



**Høgskulen
på Vestlandet**

MASTEROPPGAVE

Dagkirurgi - en helsepolitisk effektiviseringsstrategi?

En praxeologisk registrantanalyse av statlige føringer for dagkirurgi,
1995-2020

**Outpatient surgery – a healthpolitical strategy for
effectiveness?**

A praxeological registant analysis of Governmental regulations, 1995-
2020

Miriam Bjørndal Dahl

Kandidatnummer: 405

Master i klinisk sykepleie - operasjonssykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

30 studiepoeng

Veileder Jeanne Boge, professor,

Master i klinisk sjukepleie, Høgskulen på Vestlandet

10 juni 2020

Forord

I arbeidet med denne studien har jeg lært mye historikk om det norske helsevesenet jeg jobber i, men også om politiske føringer og reguleringer for helsevesenet. Denne kunnskapen har vært nyttig både for å få nye perspektiv på velferdssamfunnet og Norges offentlige helsevesen, og noe jeg trolig vil bære med meg i arbeidet som operasjonssykepleier. Jeg vil også mest sannsynlig ha med meg Bourdieu sine nyttige samfunnsteorier videre. Ved disse har jeg oppdaget at den sosiale virkelighet har mange flere nyanser enn jeg hadde oppdaget tidligere.

Det er mange som fortjener en stor takk for at jeg har klart å gjennomføre denne studien. Først og fremst vil jeg takke veilederen min, Jeanne, for at du har veiledet på en konstruktiv, konkret og oppmuntrende måte. Tusen takk for at du heier på oss masterstudenter, deler av all din kunnskap og visdom, og for at du engasjerer oss til å skrive oppgavene på best mulig måte. Det har vært til virkelig stor hjelp for meg. Tusen takk for at du samler oss masterstudenter til gruppeveiledning for masterstudenter fra HVL som arbeider i samme tradisjon, og at du inviterer oss inn i forskermiljøet Praxeologi. Begge miljøene har hjulpet meg til å finne inspirasjon til oppgaven, og har vært gode forum for å kunne diskutere studien når jeg har stått fast.

Videre vil jeg få si tusen takk til Hildebjørg, mamma og pappa som har korrekturlest oppgaven. Det har vært til god hjelp, og gjort oppgaven bedre. Tusen takk også til familien min for støtte og oppmuntringer. Tusen takk til vennene mine og Bibelgruppen min som har heiet på meg og vært der for meg på de måtene en har kunnet i en tid med pandemi, som det har vært deler av tiden denne masteroppgaven har blitt til. Jeg setter så pris på dere! Til slutt fortjener min kjære Ruben den største takken. Tusen takk for at du har trodd på meg, oppmuntret meg og støttet gjennom skrivingen av masteroppgaven! Tusen takk for at du har gitt meg gode innspill til oppgaven og at du har vært så utrolig tålmodig med meg dette halvåret. Jeg er så heldig som får dele livet mitt med deg!

Sammendrag

I denne studien har jeg undersøkt hvordan det kan ha seg at den norske regjering posisjonerer seg som de gjør til dagkirurgi. Dagkirurgi innebærer at pasienten selv i stor grad er sin egen sykepleier. Pasienten må for eksempel utøve tiltak som å faste før operasjon. Postoperativt er det også flere egenbehandlingstiltak pasienten må gjennomføre. Det krever at pasienten har forståelse for hvordan en utøver egenomsorg, og at pasienten selv kan vurdere sin egen helsetilstand. Dagkirurgiske pasienter vil dermed ha et visst hjelpebehov av familie eller venner.

Bakgrunnen for studien er at jeg som sykepleier erfarte at dagkirurgi er relativt standardisert og effektivisert. Det fikk meg til å undre over hvordan det kan ha seg at forløpet er slik det er, og hvordan dagkirurgi er blitt så utbredt. Dette har jeg ikke funnet svar på i tidligere forskning. Hensikten med studien er å generere kunnskap som kan bidra til å forklare norsk dagkirurgisk praksis. Studien er basert på en antakelse om at endringer i norsk samfunnsstruktur og innføring av industrielt inspirert effektiviseringsstrategi har ført til forventninger om flere operasjoner for lavere kostnader for storsamfunnet. Antagelsen er undersøkt i lys av Bourdieus sin praktikkteori og begrepene habitus, felt, doxa og sosialt rom. Studien anvender praxeologisk analysestrategi og er basert på en registrantanalyse av statlige dokumenter av regjeringsdokument som omtaler dagkirurgi.

Selv om den norske regjering argumenterer for at dagkirurgi kan gagne pasienter, handler argumentasjon for dagkirurgi i hovedsak om at dagkirurgi er kostnadseffektiviserende og ressursbesparende. Analysen viser at de statlige føringene for dagkirurgi oppstod i Norge i 1995, det vil si i samme tidsperiode New Public Management fikk innpass i norsk helsevesen.

Nøkkelord: dagkirurgi, regjeringsdokument, praxeologi, doxa, praksis

Abstract

This study is about how the Norwegian government positions itself towards outpatient surgery, and possible explanations for these positionings. Outpatient surgery is based on the patient's ability to function as their own nurse. Patients have to fast preoperatively, and implement necessary self-treatment postoperatively. This depends on the patient's understanding of pre- and postoperative treatment of outpatient surgery. It also relies on patient's ability to assess their own health as well as it makes them need a certain amount of help from relatives or friends.

This study is based on my experience as a nurse. I discovered that outpatient surgery is rather efficient and standardized. This made me wonder how did outpatient surgery turn out the way it is today, and how come it is used at such a high rate. Previous research does not answer these questions. The aim of this study is to generate knowledge about explanations for outpatient surgical practice. The study is based on an assumption that the practice is a result of changes of structure in Norwegian society, and incorporation of industrial strategies for efficiency in the Norwegian healthcare system. This may have led to an expectation of a higher rate of surgeries at a lower cost. The assumption is examined by Bourdieu's theory of social practices and his definitions of the terms habitus, field, doxa and social space. The study takes a praxeological approach, and is based on a registrant analysis of governmental guidelines regarding outpatient surgery.

Even though the Norwegian government regards outpatient surgery to benefit patients, outpatient surgery is mostly argued to be cost efficient and save resources. In the analysis, governmental guidelines for outpatient surgery is shown to appear at the time New public management was implemented in Norwegian healthcare.

Key words: outpatient surgery, government regulations, praxeology, social practices

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon.....	1
1.1 Bakgrunn og undring.....	1
1.2 Antagelse og analyser.....	1
1.3 Dagkirurgi	2
1.3.1 Pasientens opplevelse av dagkirurgi.....	4
1.3.2 Dagkirurgi i et historisk perspektiv	6
1.3.3 Tilrettelegging og egenbehandling som ideal i moderne sykepleie.....	7
1.3.4 Dagkirurgi - en helsepolitisk effektiviseringsstrategi?.....	9
2.0 Teoretisk forankring.....	12
2.1 Praktikkteori	12
2.2 Praxeologisk analysestrategi	13
2.2.1 Habitusteori	14
2.2.2 Sosialt rom og felt	15
2.2.2.1 Doxa, heterodoxa og ortodoxa	15
2.3 Autososioanalyse.....	16
2.4 Analyse spørsmål	17
3.0 Metode.....	17
3.1 Registrantanalyse.....	17
3.1.1 Tidligere praxeologiske studier	18
3.1.2 Ethiske refleksjoner	18
3.1.3 Teknikk ved generering av data om felt og sosialt rom.....	19
3.1.4 Teknikk ved innsamling av statlige dokumenter.....	20
4.0 Analyse del I: Autososioanalyse	22
4.1 Forskerens posisjonering.....	22
4.2 Forskerens posisjon og disposisjoner	23
5.0 Analyse del II: Statlige føringer for dagkirurgi - 1995-2020	24
5.1 Regjeringsdokumentenes posisjon og disposisjon	24
5.2 Hvordan de ulike kategoriene regjeringsdokumenter posisjonerer seg til dagkirurgi	27
5.2.1 De dominerende dokumentenes posisjonering til dagkirurgi	27
5.2.2 Meldinger og proposisjoner til Stortinget sin posisjonering til dagkirurgi.....	28
5.2.3 De dominerte dokumentenes posisjonering til dagkirurgi.....	29
5.2.4 Oppsummering av de ulike kategoriene regjeringsdokumenter sin doxa.....	30
5.3 Regjeringens doxa om dagkirurgi fra 1995-2008.....	30
5.3.1 Mer dagkirurgi som effektiviserende og ressursbesparende for spesialisthelsetjenesten.....	31
5.3.2 Heterodoxa i regjeringsdokumenter fra 1995-2008.....	35

5.3.3 Oppsummering av regjeringens posisjonering til dagkirurgi fra 1995-2008.....	36
5.4 Regjeringens doxa om dagkirurgi fra 2009-2020.....	36
5.4.1 Oppsummering av regjeringens doxa om dagkirurgi, 2009-2020.....	41
6.0 Drøfting av forhold som kan bidra til å forklare regjeringens posisjoneringer til dagkirurgi	42
7.0 Avsluttende kommentarer	46
Litteraturliste	49

Tabeller og figurer

Liste over vedlegg

Vedlegg 1: Skjematisk fremstilling av regjeringsdokumentene som omhandler dagkirurgi

Vedlegg 2: Studiens søkehistorikk

Vedlegg 3: Skjematisk fremstilling av regjeringsdokumentenes posisjon og disposisjon

Tabeller og figurer:

Tabell 1: Indikatorer for regjeringsdokumentenes posisjon og disposisjon s. 25

Tabell 2: Oversikt over regjeringsdokumentenes posisjon s. 27

Figur 1: Illustrasjon av felt og sosial rom s. 46

1.0 Introduksjon

I denne studien har jeg undersøkt hvordan den norske regjering har posisjonert seg til dagkirurgi de siste 25 årene, og hvordan det kan ha seg at de posisjonerer seg som de gjør. Hensikten med studien er generere kunnskap som kan bidra til å forklare dagkirurgisk praksis i Norge.

1.1 Bakgrunn og undring

Interessen for dagkirurgi oppstod da jeg jobbet som sykepleier ved et norsk offentlig sykehus, og jeg oppdaget at dagkirurgi er et relativt standardisert og effektivisert forløp. Forløpet baserer seg på at pasienten forstår og håndterer egenbehandlingstiltakene som kreves før og etter operasjon. Før operasjon må pasienten for eksempel faste. Etter operasjon må pasienten blant annet observere operasjonssår, ta sårskift og administrere aktuelle nye medikamenter (jf. kap.1.3). Det fikk meg til å undre meg over hvordan det kan ha seg at forløpet er slik det er i dag, og hvordan det kan ha seg at dagkirurgi har blitt så utbredt. Undringen har jeg ikke funnet svar på i tidligere studier om dagkirurgi. Derfor har jeg i denne studien forsøkt å forklare hvordan det kan ha seg at den norske regjeringen har posisjonert seg som de har gjort.

1.2 Antagelse og analyser

Jeg har basert studien på en antagelse om at både samfunnsstrukturelle endringer i Norge og innføring av industriell effektiviseringsstrategi i offentlig helsevesen har spilt en rolle for dagkirurgisk praksis, og for hvordan regjeringen posisjonerer seg til dagkirurgi (jf. kap. 1.3.4). Antagelsen er undersøkt i lys av den franske sosiologen Pierre Bourdieu (1930-2002) sin praktikkteori (jf. kap. 2.1) og begrepene habitus, felt, doxa og sosialt rom (jf. kap. 2.2.1-2.2.2.1). Studien anvender praxeologisk analysestrategi (jf. kap. 2.2). Studiens analyser er i hovedsak basert på registrantanalyse av statlige dokument (jf. kap. 5). Før studiens teorigrunnlag, analysestrategi, metode og teknikk belyses, stopper studien først opp ved dagkirurgi i et nåtidig og historisk perspektiv.

1.3 Dagkirurgi

Ved dagkirurgi kommer pasienten til sykehuset operasjonsdagen, blir operert og reiser hjem samme dag. Pasienten er dermed på sykehuset mindre enn et døgn selve operasjonsdagen (Ræder & Nordentoft, 2010). Slik jeg har erfart dagkirurgi, er forløpet relativt standardisert. Pasienten vurderes først poliklinisk for om det er aktuelt med operasjon, og blir deretter meldt til kirurgi dersom det er indikasjon for et inngrep. Pasientens sykehistorie kartlegges av lege.

Siden det i dag finnes mer skånsomme kirurgiske metoder som kikkhullskirurgi, og mer skånsomme anestesimidler, kan flere pasienter i dag opereres dagkirurgisk (Schlichting, 2018). Pasientens helsetilstand vurderes likevel individuelt for om pasienten er egnet for å gjennomgå kirurgi, og om de kan gjennomgå forløpet dagkirurgisk. Norske offentlige sykehus bruker et klassifikasjonssystem utviklet av American Society of Anesthesiologists (ASA) i 1963 for å vurdere pasienters preoperative helsetilstand. Klassifiseringene er inndelt i fem kategorier. Kategori ASA 1 innebærer at pasienten er frisk. Pasienter i kategori ASA 2 har heftelser med helsen, men normal funksjon. Er pasienten under 3 måneder eller over 80 år er han eller hun ASA 2, selv om pasienten ikke har underliggende sykdom. Pasienter i ASA klasse 3 og 4 er alvorlig og klinisk syk med enten lav, moderat eller alvorlig funksjonsbegrensning. I ASA klasse 5 regnes pasienten som i livets slutfase. I Norge kan de aller fleste pasientene i kategori 1 og 2 opereres dagkirurgisk dersom ikke pasienten har signifikante lidelser. Er pasienten ASA klasse 3 eller 4, vurderes de individuelt for egnethet og om de er stabile nok klinisk for dagkirurgi. Pasienten må, med andre ord, være relativt frisk for å få tilbud om å gjennomgå dagkirurgi (Ræder & Nordentoft, 2010). Jeg tenker dette viser at det er pasienter som faglig forsvarlig har forutsetninger for å kunne håndtere dagkirurgi som får mulighet til å gjennomgå forløpet.

Pasienter med indikasjon for operasjon, og som har samtykket til å gjennomgå dagkirurgi, innkalles i kort tid før operasjon til en preoperativ samtale. Dette kalles også et preoperativt mottak. Da blir pasientens helsestatus igjen kartlagt og nedskrevet, denne gang både av sykepleier og lege. Jeg har også erfart at pasientens boforhold blir kartlagt. Det tilstrebes også at pasienten får informasjon av ansvarlig kirurg. Målet er at pasienten skal få informasjon om det kirurgiske inngrepet og om mulige komplikasjoner, i tillegg til å gi rom for at pasienten kan stille spørsmål. Pasienten vurderes og informeres også av anestesilege. Det blir i mange tilfeller rekvirert blodprøver (Holm & Kummeneje, 2009, s. 233 og 234).

Selve operasjonsdagen skal pasienten møte fastende. Det vil si at pasienten ikke skal spise mat, drops eller pastiller, tygge tyggegummi, snuse eller røyke etter midnatt kvelden før operasjonen. Faste innebærer også at pasienten *kun* kan drikke klare væsker (vann, saft, te eller kaffe uten melk) inntil to timer før operasjon. Pasienten skal også ha vasket seg grundig kvelden før det kirurgiske inngrepet (Odom-Forren, 2015, s. 289). Operasjonsdagen møter pasienten hovedsakelig postsekretær, spesialsykepleiere som intensiv-, operasjon- og anestesisykepleiere, anestesilege og kirurg. Jeg har opplevd at forberedelsene til operasjon vanligvis skjer hurtig. Pasienten blir forberedt i et rom av en intensivsykepleier, eller i noen tilfeller en sykepleier, på den dagkirurgiske avdelingens postoperativ seksjon. Mange av dataene som ble kartlagt ved preoperativ samtale blir gjentatt muntlig og dokumentert både før og etter at pasienten kommer inn på operasjonsstuen (Holm & Kummeneje, 2009, s. 234).

Slik jeg har erfart det, blir pasienten hentet inn på operasjonsstuen av anesthesi- eller operasjonssykepleier for klargjøring til kirurgi. Operasjonen gjøres enten i lokal-, generell- eller regional anestesi som vil si at pasienten sover helt eller delvis og ikke kjenner berøring eller smerte en bestemt tidsperiode (Schlichting, 2018). Min erfaring er at pasienten hjelpes over i en seng fra operasjonsbordet etter endt kirurgisk inngrep. Pasienten må være stabil sirkulatorisk og respiratorisk før pasienten kan overflyttes til postoperativ seksjon for overvåkning (Odom-Forren, 2015, s. 270). Oppvåkningstiden etter anestesi er ofte kort, og mange pasienter opplever relativt få bivirkninger av anestesimidlene (Schlichting, 2018). Forskning av Stessel et. al (2015) viser likevel at et kirurgisk inngrep medfører en viss grad av tretthet, smerte og kvalme hos pasienten på tross av mer skånsomme metoder og anestesimidler. Kriteriet for at pasienten kan reise hjem etter operasjon, er at han eller hun har gjenvunnet tilsvarende funksjonstilstand som før operasjon. Det vil si at pasienten klarer de daglige aktivitetene i samme grad som han eller hun kunne før inngrepet (Holm & Kummeneje, 2009, s. 235). Erfaringsmessig tilbringer pasientene mellom 2-6 timer på postoperativ seksjon, og det er hovedsakelig ansvarlig anestesilege som vurderer når pasienten kan skrives ut fra oppvåkningsavdelingen til hjemmet. Kirurgene bruker å se til pasienten før hjemreise, og informere om hvilket inngrep som ble gjennomgått og om operasjonsforløpet.

Ved dagkirurgi får ikke pasientene nødvendigvis oppfølging av helsevesenet den første tiden etter operasjon. Noen sykehus har en ordning der en sykepleier, fra for eksempel preoperativt mottak, ringer til pasienten formiddagen etter inngrepet for å spørre hvordan pasienten opplevde det første døgnet (Bautz-Holter, 2009). Jeg har opplevd at kommunehelsetjenesten i

noen tilfeller blir innlemmet i det postoperative forløpet, men det er ikke rutine. Pasientene har dermed selv ansvar for egenbehandlingen i den postoperative fasen. De må balansere sosial aktivitet, mobilisering og hvile, samt overholde belastningsrestriksjoner etter noen typer inngrep. Pasienten må utføre personlig hygiene, ta sårskift og vurdere sitt eget operasjonssår. Det er også nødvendig for at operasjonssåret skal ha god tilheling at pasienten sikrer et tilstrekkelig og riktig nærings- og væskeinntak. Sist, men ikke minst, skal pasienten selv administrere smertestillende og/eller andre medikamenter foreskrevet i forbindelse med inngrepet (Odom-Forren, 2015, s. 289).

1.3.1 Pasientens opplevelse av dagkirurgi

I 2017 gjennomførte høgskolelektorene og operasjonssykepleierne Grethe Dåvøy og Petrin Eide, sammen med sykepleier, filosof, historiker og emerita Kari Martinsen semistrukturerte dybdeintervju av 12 pasienter som hadde gjennomgått bihulekirurgi dagkirurgisk. Studien ble gjort ved et norsk universitetssykehus, og hadde som mål å oppnå kunnskap om pasientenes opplevelse av dagkirurgi. I studien ble operasjonsdagen beskrevet som direkte traumatisk av de fleste respondentene. Inntrykk som lyder, smerter og følelsen av å kjenne seg sårbar ble forklart som grunn for at situasjonen opplevdes stressende. Det pasientene påpekte at gjorde operasjonsdagen overkommelig, var at spesialsykepleierne viste trygghet i jobben sin. De satte også pris på at pleien spesialsykepleierne gav, var preget av omsorg og personlig tilpasset pasienten. Sykepleiefaglig kompetanse ble savnet av de fleste respondentene i det postoperative forløpet da pasienten selv måtte vurdere sin egen helsetilstand (Dåvøy et al., 2017).

Pasientene var stort sett fornøyde med informasjonen de fikk både før, under og etter inngrepet. Først da respondentene kom hjem opplevde de at informasjonen om det postoperative forløpet gjerne var mangelfull og vanskelig å implementere selv. På tross av at pasientene ble oppfordret til å ta kontakt med sykehuset ved komplikasjoner eller for å få råd, torde flere av dem ikke å ringe for å spørre om hjelp. Mange av pasientene opplevde å ha sterke smerter og å være medtatt ved hjemkomst. De var usikre på hvor mye smerte det var normalt og akseptabelt å ha, hvor tid de burde kontakte sykehuset og hvor mye smertestillende de kunne ta. Pasientene synes det var utfordrende å forholde seg til seg selv som nyoperert. Til og med de som hadde hjelp av pårørende etter dagkirurgi, var enige at dagene etter kirurgi var utfordrende (Dåvøy et al., 2017).

En norsk masterstudie av operasjonssykepleier Unn Elise Egelanddal (2018) som omhandler pasienttilfredshet etter dagkirurgisk inngrep for brystkreft, viste at pasientene ikke nødvendigvis kjente seg syke på tross av nylig gjennomgått kirurgi. I studien ble det også bemerket av informantene at de i liten grad hadde forberedt seg til å være syke. Egelanddals (2018) studie er basert på intervju med 7 kvinnelige pasienter.

I sin studie oppsummerer Egelanddal (2018) også flere tidligere internasjonale studier om dagkirurgi. Disse studiene viste til at det er ulikt hvor fornøyd pasienter var med dagkirurgiens forløp. Noen gav uttrykk for å være svært fornøyd, mens andre pasienter følte på at de ble skjøvet ut døren etter det kirurgiske inngrepet. En av studiene Egelanddal (2018) belyste, var en canadisk studie av lege og professor i onkologi og kirurgi Richard Margolese og professor i psykologi Lasry (2000). Studien, som ble beskrevet i Egelanddals studie (2018), omhandler den postoperative fasen etter brystkreftkirurgi. Den viste at rekonvalesenstiden var kortere og at den psykiske helsen var bedre blant kvinner som hadde det postoperative forløpet hjemme istedenfor på sykehus. Dermed ble dagkirurgi ansett som et gode for pasienten (Egelanddal, 2018).

Studier fra andre land kan ikke direkte overføres til en norsk kontekst. Likevel underbygger intervju sykepleierlektor og forsker Anne Mottram (2011a; 2011b) hadde med pasienter som har gjennomgått dagkirurgi i England funn fra Dávøy et. al. (2017) sin studie om at rekonvalesenstiden er krevende. Respondentene i Mottrams (2011a; 2011b) studie fortalte at ettertiden var langt tyngre enn de var forberedt på før operasjon. I en av studiene hennes ble det påpekt en dissonans mellom pasientens forventning til effektivt pasientforløp og tiden postoperativt. Selv om ettertiden ble opplevd som krevende, verdsatte pasientene de raske og korte intervensjonene med helsevesenet dagkirurgi gav. En respondent beskrev det hurtige sykehusforløpet som en tur på fast-food kjeden McDonalds. Flere av respondentene var fornøyd med å kunne reise tidlig hjem etter operasjon, men mente at oppfølgingen postoperativt var for liten. Ønsket pasientene i studien ytret, var personlig tilrettelegging gjennom hele forløpet. De påpekte at den postoperative fasen burde planlegges bedre preoperativt for å sikre et best mulig forløp. Pasientene ønsket at kommunehelsetjenesten og hjemmesykepleien i større grad ble innlemmet i dagkirurgiens postoperative forløp (Mottram, 2011a; 2011b).

1.3.2 Dagkirurgi i et historisk perspektiv

Dagens kirurgi bærer, ut fra pensum og forskning om forløpet og pasienters opplevelser, preg av å være effektivisert og standardisert (jf. kap. 1.3-1.3.1). Det er et spesialisert og høyteknologisk fag som krever høy utdanning (Hamberger, 2013, s. 11). Kirurgiske inngrep har blitt gjennomført siden middelalderen både i Norge og Europa. De første som utførte de kirurgilignende inngrepene var bartskjæerne, og de ble opplært i faget ved å gå i lære. Kirurgi var først et håndverksfag som var regulert av og underlagt legene. Bartskjæerne og legene jobbet gjerne sammen, men ansvarsområdet til en bartskjærer var begrenset til praktiske og konkrete oppgaver som sårstell, ytre skader, brudd og amputasjoner (Moseng, 2003, s. 26-27 og 43-44). Ved kriger på 1400 og 1500-tallet, hadde de også ansvar for stell av skadde soldater. Legenes lære og domene, på den andre siden, var på denne tiden preget av filosofisk tenkning, samt alternative spekulasjoner om årsaker til sykdom. Legene skulle ikke gripe inn i kroppen, men skulle utøve legekunsten rent og fromt (Uddenberg, 2018, s. 43 og 249).

Siden det medisinske faget var mer anerkjent enn håndverksfaget bartskjæerne utøvde, måtte de kjempe lenge for å få lik status som legene. Først fra midten av 1700-tallet begynte faget å innlemmes i det medisinske fellesskapet. Det skjedde gradvis, i takt med at det ble bygget anatomisaler for undervisning av bartskjæerne. Faget ble etter hvert en akademisk grad på lik linje med det medisinske faget på slutten av 1700-tallet, og bartskjæerne fikk tittelen kirurger (Moseng, 2003, s. 43-44 og 52). Dette har trolig sammenheng med at det medisinske faget på begynnelsen av 1800-tallet i stor grad ble preget av naturvitenskap, anatomi og biologi (Uddenberg, 2018, s. 249). Samtidig ble fattighusene, også kalt hospitaler, omdefinerte. De gikk fra å være en ufrivillig oppbevaringsplass for samfunnets verst stilte som var syke, til å knyttes til den medisinske profesjonen. Leger og kirurger lærte i hospitalene om ulike sykdommer, og fikk praktisert yrkene sine. Syke begynte å søke dit frivillig for å få hjelp (Mathisen, 2006, s. 73). I takt med dette ble kirurgenes kunnskap i større grad ansett som gyldig, og grunnutdannelsen til kirurgene og legene ble slått sammen til en utdanning. Det vil si at legene og kirurgene fikk en likeverdig posisjon i samfunnet (Uddenberg, 2018, s. 249).

Kirurgiske inngrep før 1800-tallet ble ikke gjennomført med bedøvelse som i dag, men med opioider og alkohol. Kirurgi var dermed forbundet med stort ubehag. Det var også vanlig at inngrepet forårsaket dødelige postoperative infeksjoner. Faget utviklet seg til å bli mer

skånsomt og oppnå en høyere postoperativ overlevelsrate fra midten av 1800-tallet (Uddenberg, 2018, s. 257-258 og 597). Det har sammenheng med at det i Norge, og i Europa, ble større fokus på å rense bort smittestoff og urenheter. Rundt 1860 ble antiseptikk, aseptikk, anestesi og kirurgi gjort til daglige praksiser i sykehusene. Videre ble kirurgien også mer skånsom ved at den første bedøvelsen ble gjennomført i 1847 (Moseng, 2012, s. 24). I forlengelsen av at disse nye kirurgiske praksisene ble innført, vokste det også frem egne operasjonsavdelinger (Schiøtz, 2003, s. 55). Likevel var det først på 1900-tallet de store gjennombruddene og kunnskapen innen kirurgi skjedde. Det ble utviklet nyere kirurgiske teknikker og metoder i forbindelse med fremvekst av ny teknologi og fagkunnskap (Hamberger, 2013, s. 11).

Utover 1990-tallet ble det færre sengeplasser på somatiske sykehus. Antall døgn for innlagte pasienter ble også redusert. Det førte til at pasienter i økende grad ble behandlet i poliklinikker og ved dagkirurgi. Dagens offentlige helsevesen i Norge er i større grad underlagt politiske strukturer enn før, i tillegg til å være mer spesialisert og basert på teknologi (Schiøtz, 2003, s. 500-503 og 544-545). Kirurgisk drift bærer i dag preg av industriell tenkning, noe som trolig har ført til mer dagbehandling i spesialisthelsetjenesten (Johannessen, 2006). Dagkirurgi ble først beskrevet i Norske legetidsskrift rundt 1986, og har siden da utviklet seg raskt i omfang (Solheim, 1996). Fagområdet ble først omtalt i dokumenter på regjeringen sin nettside fra 1995 (jf. kap. 3.1.4). Det kan tyde på at kirurgene benyttet dagkirurgi der de syntes det var faglig forsvarlig før det ble lovpålagt (Solheim, 1996). I dag utgjør dagkirurgisk ca. 60 % av alle planlagte inngrep i Norge (Ræder & Nordentoft, 2010).

1.3.3 Tilrettelegging og egenbehandling som ideal i moderne sykepleie

Dagkirurgi fører dermed til at mange pasienter reiser hjem samme dag etter å ha gjennomgått kirurgi og må være sin egen pleier (jf. kap. 1.1). Denne pleien ble tradisjonelt utført av sykepleiere og annet pleiepersonell. Pleie av syke har forekommet på ulike måter gjennom alle tider, og vært regnet for å være et kvinnelig domene. Det vi i dag kjenner som moderne sykepleie var tidligere utøvd av uskolerte gangkoner fra lavere sosiale lag (Moseng, 2012, s. 14-24). De levde og hadde sitt virke i fattige og krevende arbeidskår på hospitalene. De var legens håndlangere, men legene hevdet at gangkonene var udugelige og likte ikke å jobbe sammen med dem. De ville ha pleiere fra sitt eget klasselag som kunne være medhjelpere til

medisinsk og kirurgisk behandling. Bevegelsen Sanitation Movement, som blant annet besto av overklassekvinnen Florence Nightingale, støttet opp om legenes syn på de ufaglærte pleierne. Dette bidro til opptakten til den moderne sykepleie hvor hygiene ble et sentralt fundament (Boge, 2008, s. 39-41). I siste halvdel av 1800-tallet omformet Nightingale sykepleie til et yrke basert på utdanning. Kravene til sykepleieren var medisinsk kunnskap, dyktighet, kompetanse og dannethet (Moseng, 2012, s. 14-24).

Norge fikk egen utdanning for sykepleiere i 1868. Dette var en diakonal utdanning. Prestene ønsket innflytelse over sykepleiefaget, så fra midten av 1800-tallet og utover 1900-tallet var det en kamp om retten til å dominere over sykepleiefaget; skulle sykepleierne være legenes eller prestens assistenter? Det var legene med tilhørende medisinsk logikk som vant denne kampen (Mathisen, 2006, s. 124). På begynnelsen av 1970-tallet ønsket sykepleierne å frigjøre seg fra legene og selv definere sykepleierutdanningen sitt kunnskapsgrunnlag. Sykepleierne ville få frem forskjellen mellom sykepleiefaget og medisin (Schiøtz, 2003, s. 493). Det gjorde at sykepleierne tok grep om eget fag, og sykepleierutdannelsen ble tatt bort fra sykehusene og inn i høyskolesystemet (Schiøtz, 2017, s. 346). Etter hvert som kirurgi ble mer spesialisert og teknologibasert på begynnelsen av 1900-tallet (Hamberger, 2013, s. 11), vokste det også frem videreutdannelse for sykepleiere på høyskolenivå for pre- og postoperativ sykepleie. Disse begynte som sykehusinterne opplæringer i for eksempel operasjonsavdelingene, men er i dag egne utdannelse, som anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleie. Formaliseringen av disse utdannelsene ble et faktum på slutten av 1940-tallet (NSF, 2016). Utdannelsen til anestesi- og operasjonssykepleier hadde først like utdannelsesplaner, men ble separate studieforløp fra 1952 (NSFLOS, u.å.).

På 1960-tallet startet en argumentasjon i sykepleiefaget om at pasienten hadde behov for å klare seg mest mulig selv. Argumentasjonen var fundert i sykepleietenkeren Virginia Hendersons behovsteori. Henderson hevdet at sykepleiens funksjon var å tilrettelegge og dekke de grunnleggende behovene pasienten selv ikke klarte å ivareta, og hjelpe pasienten til å være mest mulig selvstendig. Hennes teori var trolig preget av den amerikanske psykologen Abraham Maslow sin behovsteori som preget samfunnet i samme tidsperiode. Maslow bygget sin teori på at alle mennesker aktivt ønsker å utvikle seg og ivareta egen helse. Hans teorier fikk et stort gjennomslag (Boge, 2008, s. 31-34). Behovsideologi kan ha vært medvirkende til at tilrettelegging, pasientopplæring og egenomsorg ble satt på agendaen i sykepleien. De nye perspektivene på sykepleie kan også sees i sammenheng med at det på slutten av 1900-tallet

ble færre plasser i kirurgiske sengeposter, og at det ble omlagt til mer dagbehandling og dagkirurgi i spesialisthelsetjenesten (Lund, 2012, s. 207).

Ved dagkirurgi møter pasienten ofte bare spesialiserte sykepleiere i løpet av forløpet. Dermed får spesialsykepleiere, som operasjonssykepleie, en viktig rolle ved dagkirurgi (Holm & Kummeneje, 2009, s. 234). Operasjonssykepleier er en viktig del av det tverrfaglige, kirurgiske teamet. Målet med operasjonssykepleie er å ta ansvar for pasientens integritet, observere og vurdere pasientens tilstand før og etter operasjon og sette i verk tiltak i forhold til situasjonen. Rent praktisk er noen av hovedoppgavene til operasjonssykepleieren å forebygge infeksjoner og leiringsskader, og å assistere kirurgen. I tillegg skal operasjonssykepleier utøve profesjonell omsorg i det korte møte med pasienten (NSFLOS, 2015). Den korte intervensjonen med spesialisthelsetjenesten dagkirurgi gir, fører også til at pasienten selv må utføre pre- og postoperativ behandling og sykepleie (Nakstad, 2012, s. 569).

1.3.4 Dagkirurgi - en helsepolitisk effektiviseringsstrategi?

Kravet til pasienten om å utøve egenbehandling og å være sin egen pleier ved dagkirurgi, er ikke nødvendigvis uproblematisk. Forskning viser at det kan by på utfordringer (jf. kap. 1.3.1). Likevel blir ikke dagkirurgiske pasienter fullstendig overlatt til seg selv uten tilgang på helsehjelp. De har rett på informasjon om hvor de kan henvende seg for å få helsefaglig hjelp og kompetanse etter inngrepet. Retten til nødvendig helsehjelp er sentral i norsk offentlig helsevesen, og er nedfelt i Pasient og brukerrettighetsloven § 1-2 og 1-3 (1999). Dagkirurgi behøver heller ikke være en stor økonomisk belastning for pasienten. Taksten for dagkirurgi er lik en poliklinisk undersøkelse (Helsenorge, 2019). Uten eventuelle ekstrakostnader ligger taksten på rundt kr. 320 (Helse Bergen, 2016).

Det mest fremtredende argumentet som har blitt brukt i helsepolitisk sammenheng for dagkirurgi, er at det er kostnadsbesparende for offentlige sykehus. Både fordi kostnaden for dagkirurgi generelt er lavere enn for døgnekirurgi (Helsedirektoratet, 2017, s. 21), men også på grunn av at en sengeplass på sengepost beregnes til å koste flere tusen kroner. Selv om den nøyaktige kostnaden er omdiskutert (Stien, 2009), viser det likevel at dagkirurgi fører til kostnadskutt for sykehuset fordi pasienten ikke innlegges. Det ser med andre ord ut for at

dagkirurgi kan være et produkt av velferdsstatens og regjeringens effektiviseringsstrategi av offentlig sektor (Hjelmtveit, 2009, s. 34-48).

Regjeringen er sentral i styringen av velferdsstaten, da den er en av de tre viktigste politiske styresmaktene i Norge. Norsk politikk er basert på maktfordelingsprinsippet, som vil si at makten til å styre samfunnet er fordelt på tre statsmakter; Storting, regjering og domstoler. Stortinget har den lovgivende og bevilgende makten, mens regjeringen har ansvar for å utøve den bevilgede makten. Domstolene har den dømmende makten. Regjeringen har dermed en høy posisjon i det norske samfunnet og i velferdsstaten Norge. Det innebærer også at regjeringen virker styrende for norsk offentlig spesialisthelsetjeneste og dagkirurgi ved at de har myndighet til å definere rammene for norsk offentlig helsevesen og spesialisthelsetjenesten. Eksempler på det kan være å sette dagkirurgiske seksjoner sine økonomiske rammer, og definere hvilke fagområder sykehuset og avdelingene skal fokusere på (Hovde, 2019).

Ved stortingsvalget velger folket hvem som skal sitte på Stortinget, og indirekte hvem som skal være statsminister og sitte i regjering. Stortingsrepresentantene bestemmer så hvilken regjering vi får. Deretter utvelger statsministeren hvem som skal være ministre (Stortinget, 2020). Departementene har som hovedfunksjon å utøve myndighet innenfor sitt virkeområde (Regjeringen, u.å.a). Regjeringsmedlemmer, som er med å sette rammer for offentlig helsevesen, behøver ikke å være utdannet lege. En må ikke nødvendigvis være fagprofesjonell for å sitte i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Det innebærer at regjeringsmedlemmene kan ha lite kunnskap om dagkirurgi, kirurgi eller medisin siden de like gjerne kan være økonomer, ingeniører, advokater som sykepleiere eller leger. Et eksempel er at nåværende helseminister (leder for HOD), Bent Høie, er utdannet innen hotellfag og har grunnfag i jus. Å sitte i regjeringen gir dermed, uansett tidligere utdanning, anerkjennelse og status i det norske samfunnet (Regjeringen, u.å.b).

Den norske velferdsstaten, slik vi kjenner den i dag, begynte å ta form i 1885 da enkelte lover om arbeidsvern, sykeforsikring og sosialomsorg ble videreutviklet fra restriktive fattiglover (Hjelmtveit, 2009, s. 34-48). Likevel fungerte familien fortsatt i stor grad som en forsikringsordning om en trengte praktisk eller økonomisk hjelp (Olsen, 2009, s. 286-287). Fra 1890 og frem mot andre verdenskrig ble sykdom i større grad sett på som et offentlig ansvar å bekjempe. Samtidig vokste institusjonshelsetjenesten. Allerede i 1920 hadde Norge et relativt godt utbygd helsevesen. Likevel var det fra 1945 at den sosialpolitiske utviklingen

virkelig tok form med opprettelsen av trygdeordningene. Det sikrer en viss inntekt og hjelp for vanskeligstilte i samfunnet (Hjelmtveit, 2009, s. 36-48). Helsebygg, som for eksempel hospitalene og dagens moderne sykehus, ble satt til å skulle hjelpe de syke å bli friske og ivareta svake samfunnsgrupper. Fra tidlig 1900-tallet og frem til rundt 1960 ble helsebyggene i stor grad eid av kommunene, fylkene og private aktører som allmennpraktiserende leger. Likevel ble det allerede på 1930-tallet ytret ønske om en nasjonal plan for sykehusene, inspirert av modeller fra Danmark og Sverige. Denne endringen skjedde gradvis fra rundt 1945 til 1960, i takt med at offentlig helsevesen ble mer institusjonalisert, statlig styrt og regulert. I 2002 overtok velferdsstaten ansvaret for alle norske, offentlig helsevesen og spesialisthelsetjeneste. Målet var at statens skulle ha kontroll over sykehusenes økonomi. Det viste seg å være utfordrende, og sykehusenes utgifter steg i årene etter staten påtok seg å alene finansiere offentlig helsevesen (Carstens, 2012, s. 78-83).

Offentlige sykehus i Norge har i dag en relativt stabil inntekt i form av en basisbevilgning. Den reguleres ut fra antall innbyggere og alderssammensetning i sykehusets region (Helsedirektoratet, 2019, s. 13). Et skifte skjedde imidlertid fra 1970 og utover slutten av 1900-tallet, da New Public management (NPM) ble introdusert i offentlig sektor. NPM er en finansierings- og ledelsesmodell basert på økonomisk vekst og kostnadseffektivitet. Konseptet er hentet fra privat sektor, og blir beskrevet som en overgang fra forvaltningsstyring og til forretningsmessig inspirert offentlig styring og ledelse av velferdsstaten (Hjelmtveit, 2009, s. 36-48).

Modellen er basert på at mennesker heller prioriterer egne behov enn de som er til det felles beste for kollektivet. NPM er også basert på at velferdsstaten er for stor, kostbar og tar for lite hensyn til individet (Boge, 2008, s. 65). Dermed ble økonomisk kunnskap og prioritering av mål for velferdsstaten sentralt i offentlig sektor. Det førte også til endringer i statens oppgaver. I løpet av 1900-tallet vokste staten til å bli en institusjon som styrte og ledet stadig mer av samfunnet, og fikk i større grad oppgave å omfordele samfunnets ressurser. Staten overlot mer til markedet, hvor markedskonkurranse igjen overtok flere samordnings- og nyskappingsoppgaver. Hensikten var å øke muligheten for fagliggjøring av statens styring. Innenfor de ulike offentlige sektorene ble mer overlatt til styring av fagfolk og økonomer. Det førte igjen til omorganisering av offentlig sektor. I helsesektoren førte omorganiseringen til at sykehusene ble omdannet til målstyrte helseforetak (Berg, u.å), og til at innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført i norsk offentlig spesialisthelsetjeneste fra 1997 (Helsedirektoratet, 2019, s. 13).

ISF er en finansieringsmodell der utbetaling til sykehusene beregnes utfra sykehusets produktivitet, som for eksempel antall kirurgiske operasjoner (Regjeringen, 2014). Sykehusene lønnes altså etter hvor mange pasienter de behandler, og hvilken type behandling de utfører. Økonomisk kompensasjon for ulik behandling beregnes utfra diagnoserelaterte grupper (DRG). ISF regnes ut ved at medisinsk og administrativ informasjon rapporteres fra sykehusene til staten årlig. Sammen med aktivitetsdataene benyttes kostnadsinformasjonen til å fastsette sykehusenes økonomiske refusjon knyttet til de ulike DRG-ene. Ressursbruk for DRG-ene fremkommer gjennom beregninger basert på gjennomsnittskostnader. En kan si at en kostnadsvekt uttrykker hva en DRG koster i gjennomsnitt i relasjon til andre DRG-er. Den beregnede kostnadsbelastningen, basert på DRG-poeng, gir grunnlag for sykehusets ISF-refusjon. Ved dette systemet, pålegger dermed staten sykehusene å yte en effektiv drift for å tjene inn økonomiske midler til sykehuset. Dette har trolig preget hvordan dagkirurgi utøves i dag (Helsedirektoratet, 2019, s. 13-14).

2.0 Teoretisk forankring

Både egne erfaringer, tidligere forskning og litteratur om dagens offentlige helsevesen (jf. kap. 1.1-1.3.4) viser at dagkirurgi er av politisk interesse, men så langt har studien ikke undersøkt hvordan regjeringen faktisk posisjonerer seg til dagkirurgi. For å generere kunnskap om den norske regjeringens posisjoneringer, har jeg analysert dagkirurgi i lys av Bourdieus sin praktikkteori (jf. kap. 2.1), og hans definisjoner av begrepene habitus (jf. kap. 2.2.1), felt (jf. kap. 2.2.2), doxa (jf. kap. 2.2.1.1), sosialt rom (jf. kap. 2.2.2).

2.1 Praktikkteori

I denne studien har jeg studert dagkirurgi som en praktikk. Bourdieu konstruerte sin praktikkteori med henblikk på å kunne forklare og forstå mennesker eller en bestemt gruppes handlinger, og hvorfor handlingene ser ut som de gjør (Petersen, 1996, s. 124-143). Begrepet praktikk er dermed sentralt i Bourdieus sin praktikkteori. En praktikk er det vi gjør i praksis, og praksis er det vi mennesker konstant gjør i dagliglivet og i de sosiale prosessene rundt oss (Harrits, 2017, s. 25).

Mennesker fra ulike sosiale lag og grupperinger har gjerne ulike posisjoner og posisjonerer seg på ulike måte i samfunnet. De er agenter (Bourdieu, 1997, s. 7-8), det vil si individer som deltar i en sosial kamp om innflytelse innen feltet de agerer i (Wilkens, 2015, s. 46).

Betegnelsen agent henviser til at praktikken nødvendigvis ikke er fullstendig kalkulert (Bourdieu, 1998, s. 89). Innenfor samfunnsarenaene agentene er en del av, agerer de på bestemte måter uten å selv være fullt klar over hvordan det kan ha seg at de tenker eller handler slik de gjør i de ulike sammenhengene (Petersen, 1996, s. 124-136). Vi agerer ut ifra hvordan vi er lært opp til å agere. Tanker og handlinger styres og orienteres rundt en relativt korrekt, kollektiv kløkt som ved tidens løp har arbeidet seg inn i koppen og blitt en fornemmelse for handlingsmessig motivasjon og drivkraft. Handlingene er ikke ensbetydende faglig eller moralsk korrekt, men de blir relativt treffsikre (Callewaert, 2014, s. 166). Denne innlærte kløkten kaller Bourdieu for praktisk sans. Praktisk viser dette seg i hvordan for eksempel en sykepleier rettleder en student eller pasient, eller i hvordan regjeringen velger å utøve myndigheten de er gitt. For å lære om hvordan en agent eller gruppe mennesker er opplært til å tenke eller handle, kan en registrere og beskrive hvordan det handler eller ytrer seg. Det kan skape en subjektiv forståelse av individets eller gruppens oppfatning av og posisjonering til praksis (Petersen, 1996, s. 124-126). Dette, forklarer Bourdieu, kan undersøkes ved å konstruere habitus (jf. kap. 2.2.1), felt og sosial rom (jf. 2.2.2).

2.2 Praxeologisk analysestrategi

Bourdieu argumenterer for at praktikker kan studeres ved hjelp av en praxeologisk analysestrategi (Bourdieu, 1998, s. 72-86; Petersen & Callewaert, 2013, s. 110). Han hevder det finnes tre former for teoretisk viten; fenomenologisk, objektivistisk og praxeologisk. Praxeologien hevder at verken objektivismen eller fenomenologien sine forklaringsmodeller alene kan bedømme og fremkalle gyldig kunnskap. Objektivismen forsøker å forklare menneskelig handling i lys av objektive strukturer, som samfunnet individet er en del av, og hvilke føringer det legger for individet. Fenomenologien, på den andre siden, søker utelukkende å få frem individets subjektive erfaringer uten å ta hensyn til individets kontekst. De objektive rammene anses i praxeologisk viten som grunnleggende for våre handlinger og holdninger. Mennesker produserer og reproducerer disse rammene gjennom sine handlinger. Prosessen fører til en internalisering av eksterne betingelser, men også en eksternalisering av interne faktorer (Bourdieu, 1998, s. 72-86).

Måten praxeologisk metodologi genererer kunnskap om sosiale fenomener, er å foreta et brudd med både objektivismen og subjektivismen. Det objektivistiske bruddets hensikt er å avdekke objektive sosiale strukturer og fremstille dem som sosiale mulighetsbetingelser. Et subjektivistisk brudd fremhever agenten uten å hevde at individets livsverden og erfaringer er sannhet. Praxeologisk viten blir formet ved å se de objektive, sosiale strukturene og den kompetente agenten i sammenheng, uten å gå på bekostning av hverandre. Det gjør praxeologisk viten til et produkt av en dobbel teoretisk bevegelse, som tar for seg den dialektiske relasjonen mellom det objektive og det subjektive.

Bourdieu argumenterer derfor for et dobbelt brudd. Først brudd handler om et brudd med praktikken som studeres. Det andre innebærer at forskeren må bryte med sine egne forståelser av den praksis som studeres. Forskeren er med andre ord ikke objektiv, og må betrakte seg selv med samme refleksivitet som i arbeidet med sitt forskningsobjekt (Petersen & Callewaert, 2013, s. 98, 99 og 110). Derfor er autososioanalyse en egen del av studien (jf. kap. 2.3 og 4).

2.2.1 Habitusteori

En hovedide innen Bourdieus sosiologiske forskning, er analysemetoden hans av forbindelsen mellom en person eller gruppes posisjon i det sosiale miljø, og å se den eller deres posisjonering i lys av den (Järvinen, 2013, s. 372). I Bourdieus sin fremstilling er habitus en teoretisk konstruksjon som bør sees i sammenheng med begrepet felt (jf. kap. 2.2.2). Konstruksjonen er en analysemetode for å fremvise et system av varige, men foranderlige, posisjoner og disposisjoner en agent eller gruppe oppfatter og bedømmer verden ut fra (Callewaert, 2014, s. 165 og 166).

For å forklare hva Bourdieus mente med posisjon og disposisjoner, knyttet han begrepet habitus til sin definisjon av begrepet kapital. Bourdieus beskriver sosialt liv som et spill, hvor agentene har ulike forutsetninger i det sosiale spillet ut ifra hvor mye og hvilke former for kapital de besitter. Bourdieus nevner fire typer kapital: økonomisk, sosial, kulturell og symbolsk. Økonomisk kapital er de materielle godene og inntekten en agent har. Sosial kapital innebærer hvilke sosiale relasjoner agenten har, som familie, venner, kolleger eller naboer. Kulturell kapital er hvilken legitim kunnskap, utdanning og kompetanse agenten besitter. Den symbolske kapitalen beskriver evnen et individ har til å utnytte de andre formene

for kapital. Denne avhenger av om agentens sosiale setting godtar at kapitalen omgjøres til andre verdier. Et eksempel er en agent med høy inntekt som donerer tid eller penger til veldedig arbeid. Da kan den økonomiske kapitalen konverteres til symbolsk kapital i form av moral (Wilkens, 2015, s. 39 - 40).

2.2.2 Sosialt rom og felt

For å kunne konstruere frem en gruppe eller et individs habitus, argumenterte Bourdieu for at forskeren må konstruere studiens sosiale rom og felt. Det sosiale rom beskriver 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 prinsipp, 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. Agenter i det sosiale rommet som har mye til felles, står som oftest nærmere hverandre enn de med lite til felles. Forskjeller i posisjon kan være en medvirkende forklaring på en agent eller gruppes handling (Bourdieu, 2008a, s. 20-36). Det gir en kollektiv overensstemmelse mellom agentene med lik mengde posisjon i det sosiale rommet. Dette kan komme til uttrykk gjennom informantens språk, forklaringer, holdninger og praktikk (Bourdieu, 1998, s. 93-94).

I det sosiale rommet finnes det flere felt. Felt er institusjoner som ofte har vært etablert i lang tid, har en historie, tradisjoner, mønstre, begrensninger, posisjoner og strategier. Det er ikke et fysisk rom, men et sosialt betinget, usynlig og definerbart rom. Det kan sammenlignes med et magnetisk felt (Petersen, 1989, s. 46-48). En agents mengde gangbar kapital angir agentenes posisjon i et felt og sosialt rom. Den eller de med høyest posisjon i feltet har som regel størst definisjonsmakt. Kapitaler som gir høy posisjon innen ulike felt, og dermed status og anerkjennelse, varierer fra felt til felt (Järvinen, 2013, s. 378).

2.2.2.1 Doxa, heterodoxa og ortodoxa

I alle etablerte felt finnes det noen ikke-bevisstgjorte, udiskutable premisser og uskrevne normer for oppførsel som virker styrende for agentens praktikk. Dette kaller Bourdieu for feltets doxa. Alle som deltar i feltet må akseptere betingelsene for å være med i feltets spill.

Doxa opprettholdes for eksempel gjennom rekrutteringsprosessene feltet benytter. Det vil si at feltets nye agenter blir sosialisert inn i feltets doxa gjennom for eksempel læremestere eller veiledere. Kamper om doxa og definisjonsmakt i feltet, skaper dynamikk og kompromiss. Likevel ønsker ingen av agentene i feltet dets undergang, og er dermed eksplisitt enig i at det er verd å kjempe for (Järvinen, 2013, s. 378 og 379).

Ifølge Bourdieu vil nye i et felt stort sett stille seg mer eller mindre kritisk til feltet de har trått inn i. Det kaller Bourdieu heterodoxa. Det kan rukke ved feltets doxa, bryter tausheten rundt den og kan skape kamp eller konflikt mellom nye agenter i feltet og agenter som forsvarer doxa, kalt ortodoxa. Erfarne agenter som har oppnådd maksimal kapital innen feltet, ønsker gjerne å vedlikeholde doxa for å beholde og videreføre deres oppstilling av kapital. Ved heterodoxa ønsker de å endre feltets «status quo» for selv å kunne få en høyere posisjon og anerkjennelse innenfor feltet. Slik utformes det en viss dynamikk og kompromiss innen et felt (Järvinen, 2013, s. 378 og 379).

2.3 Autososioanalyse

Bourdieu hevdet at en forsker påvirker alle deler av sitt forskningsarbeid. Derfor har jeg analysert mine egne posisjoneringer til dagkirurgi. Posisjoneringene sees i lys av min posisjon/mine disposisjoner, og i lys av min posisjon i forhold til studiens felt og sosiale rom. På den måten har jeg prøvd å gjøre det tydelig for både meg selv og leser forhold som kan ha preget studien (Wilkens, 2015, s. 84: Bourdieu, 2008b, s. 7-8).

Autososioanalyse innebærer at forskeren stiller seg selv de samme spørsmålene som forskningens objekt (Bourdieu, 2008b, s. 7-8). Forskeren underlegger seg dermed samme objektivisering som studiens agenter. Formålet er at forskeren skal vise selvrefleksivitet uten å være for privat, men fortsatt være åpen nok om sin bakgrunn til at det er klart hvilket ståsted forskeren har, og hva som preger forskerens persepsjon av verden. Vi har alle en posisjon innen den sosiale verden og innen forskningens felt, og den former ubevisst eller bevisst våre holdninger, vurderinger, tanker, uttalelser og handlinger. Målet er å objektivt få frem forskeren sin posisjon i studiens felt, og hvordan relasjonen til feltet har påvirket forskerens forklaringer, tolkninger og analyser (Prieur, 2002, s. 114).

2.4 Analyse spørsmål

I forlengelsen av Bourdieu's teoriunivers, har jeg basert studien på følgende analyse spørsmål:

- Hvordan posisjonerer den norske regjeringen seg til dagkirurgi?
- Hvordan kan det ha seg at regjeringen posisjonerer seg som de gjør til dagkirurgi?

3.0 Metode

3.1 Registrantanalyse

For å finne svar på studiens forskningsspørsmål, har jeg gjort dokumentanalyser av statlige dokument fra de siste 25 årene. For å forstå og forklare bestemte sosiale fenomener, må en ifølge Bourdieu (referert i Kropp, 2009, s. 173) rekonstruere feltets historie. Ved å se på historien, kan en forklare hvordan og hvorfor de sosiale fenomenene har oppstått og hvordan de har forandret seg. Prosessen kalles en registrantanalyse, og baseres på registranter; en samling av korte referater av ulike typer dokumenter som er systematisk gjennomgått. Ved å gjennomgå og registrere store tekstmengder, får en oversikt over innsamlet data (Kropp, 2009, s. 173-174). Ifølge Kropp (2009, s. 173) kan metoden hjelpe forskeren til å danne et overblikk over mange dokumenter, og til hvordan lese og registrere dem systematisk. Ved å se etter de historiske prosessene som preger feltet, og videre se det i lys av agentenes posisjon, kan forskeren finne frem til en forståelse for hvorfor agenter handler. I denne studien ble dette gjort ved å analysere hvordan regjeringsdokumentene argumenterer (Kropp, 2009, s. 173-174). Helt praktisk utføres metoden ved først å lage et kortfattet sammendrag av tekstene, og deretter stille de samme spørsmålene til alle tekstene. Som forsker skal en forsøke å objektivisere dokumentene, og stille seg spørrende til det som står i teksten når en gjennomfører en dokumentanalyse i praxeologisk optikk. Forskeren bør forsøke å forstå konteksten dokumentene er skrevet i (Esmark, 2009, s.194).

Registrantanalysen har to formål. Første er å analysere frem posisjoner i feltet; både de posisjonene som kommer tydelig frem i teksten, og som gjerne er dominerende, i tillegg til de ikke-uttalte, men mer implisitte posisjonene. Ved hjelp av registranten settes feltets historie og nåtidige organisering sammen til et helhetlig bilde. Det gir mulighet for å kunne generere kunnskap om feltets kamper og doxa. Registrantanalysens andre mål er å bidra til en kronologisk fremstilling av viktige hendelser, historiske prosesser, samt utviklingen i feltet og

dets organisering. Det kan bidra til tydelig å vise brudd og endringer i feltets historie (Kropp, 2009, s. 181-182).

I analysen i denne studien, ble det først gjort rede for dokumentenes posisjon og disposisjoner. Deretter belyses relasjonen mellom regjeringsdokumentenes posisjon opp mot dokumentenes posisjoneringer. På den måten blir forholdet mellom posisjoneringer opp mot felt og sosialt rom fremhevet. Dette ble gjort for å ha grunnlag for å konstruere habitus (jf. kap. 2.2.2). Denne måten å samle data og gjennomføre analyse krever en balansegang mellom teori og empiri (Hansen, 2009, s. 64-68).

3.1.1 Tidligere praxeologiske studier

Jeg har funnet inspirasjon fra flere tidligere praxeologiske studier til min studie. For å generere data om velferdsstaten, fant jeg Andrea Mathisen (2019) sin praxeologiske mastergradsstudie om langvarige intensivsykepleiepraktikker som nyttig for å finne kilder. Fra hennes studie fikk jeg også inspirasjon og hjelp til hvordan jeg kunne forstå og formulerte meg rundt Bourdieu sine begreper. Jeg har også hentet inspirasjon fra Rolf Horne (2016) sin praxeologiske doktorgradavhandling om habilitering av langtidssyke barn i arbeidet med teorigrunnlaget. Videre fant jeg inspirasjon til studiens metode- og analysedel fra Marianne Giske Holvik (2018) sin praxeologiske mastergradsstudie i sykepleievitenskap om pårørende i sykepleiefaget, og Mari Gaupås Blindheim (2019) sin praxeologiske mastergradsstudie i sykepleievitenskap om barnekreftoverlevende med helseutfordringer i etterkant av sykdom og behandling.

3.1.2 Ethiske refleksjoner

I likhet med Blindheim (2019) og Holvik (2018) sine studier ble det også i min studie benyttet dokumenter som er åpne og tilgjengelige for allmennheten på internett. Derfor har det ikke vært nødvendig å innhente godkjenning fra dem som har skrevet tekstene. Jeg har heller ikke behovd å innhente godkjenning fra etiske komiteer eller instanser med tanke på oppbevaring, innhenting og behandling av data (Polit & Beck, 2017, s. 139).

3.1.3 Teknikk ved generering av data om felt og sosialt rom

Før jeg gjorde registrantanalyse av regjeringsdokument som omtaler dagkirurgi, gjorde jeg forberedende konstruksjoner av fagområde dagkirurgi, det medisinske og kirurgiske fagfeltet og velferdsstaten (Prieur, 2002, s. 110-114). Disse forberedende konstruksjonene er basert på andres vitenskapelige arbeid. Prekonstruksjonen av studiens felt og sosiale rom gir en innføring i hvilke kamper som har foregått i feltet, hvem som har dominert det og hvem som i dag har størst definisjonsmakt i feltet (jf. kap. 1.3.2-1.3.4). Konstruksjonen er basert på pålitelige kilder av både nyere og eldre dato. Studien har fokus på leger/kirurger, sykepleiere og pasienter som sentrale agenter i feltet. Særlig litteratur om kirurgi og kirurgiens historie (Hamberger, 2013, s.11; Uddenberg, 2018, s. 43), samt forskning og litteratur om norsk offentlig helsevesen og det medisinske feltets fremvekst (Carstens, 2012, s. 78-83; Moseng, 2003, s. 26, 27, 43, 44 og 52; Schiøtz, 2003, s. 55) har vært sentral ved prekonstruksjonen av det kirurgiske og medisinske fagfeltet og legene og kirurgenes plassering i det sosiale rom.

Prekonstruksjonen av fagområdet dagkirurgi ble blant annet gjort ved søk i helsefaglige databaser som PubMed, SweMed+ og Oria (jf. vedlegg nr. 2). Da fant jeg studiene jeg har inkludert om dagkirurgi av Dåvøy, Eide & Martinsen (2017), Egelanddal (2018), Margolese & Lasry (2000) og Mottram (2011a; 2011b). Studiene ble valgt ut fordi de formidler hvordan pasientene opplever dagkirurgi. Studiene er skrevet av agenter med sykepleiefaglig bakgrunn (jf. kap. 1.3.1). Sykepleiere og spesialsykepleieres posisjon i feltet og teori om fagområdet dagkirurgi ble konstruert ved hjelp av litteratur og forskning om sykepleiefaget (Bautz-Holter, 2009; Boge, 2008, s. 39-41; Holm & Kummeneje, 2009, s. 230-235; Lund, 2012, s. 14-16 og 207; Mathisen, 2006, s. 73 og 124; Moseng, 2012, s. 14-24; Nakstad, 2012, s. 569; Odom-Forren, 2015, s. 270 og 289; Schiøtz, 2017, s. 346).

Politikernes posisjon i feltet ble konstruert ved hjelp av litteratur om velferdsstaten, helsepolitiske føringer, samt regjeringen og Stortinget sine nettsider (Helseforetaksloven, 2001; Hjelmtveit, 2009 s. 34-48; Regjeringen, 2014; Regjeringen, u.å.a; Regjeringen, u.å.b; Olsen, 2009, s. 286-287; Pasient og brukerrettighetsloven, 1999; Stortinget, 2020).

For å underbygge og supplere forskning og pensum som ble benyttet, har studien inkludert noen elektroniske kilder. Disse er norsk offentlig helsetjenester sine nettsider (Helsedirektoratet, 2017, s. 21; Helsedirektoratet, 2019, s. 13-14; Helsenorge, 2006; Helse Bergen, 2016) Norsk legetidsskrift (Johannessen, 2006; Ræder & Nordentoft, 2010; Solheim,

1996), Norsk sykepleierforbund (Berg, u.å; NSF, 2016; NSFLOS; 2015; NSFLOS, u.å) og et elektronisk oppslagsverk (Hovde, 2019; Schlichting, 2018).

3.1.4 Teknikk ved innsamling av statlige dokumenter

De statlige dokumentene jeg har inkludert i studien, fant jeg ved å søke “dagkirurgi” på regjeringen.no. Da kom det frem treff på mange dokumenter av ulike kategorier.

Dokumentkategoriene jeg valgte å analysere, var *Meldinger til Stortinget (St. meld.)*, *Proposisjoner til Stortinget (St. prp.)* og *Norges Offentlige Utredninger (NOU)*. Det var fordi de er sentrale dokument regjeringen ytrer seg gjennom. Dokumentene var hovedsakelig skrevet av fire ulike departement, 41 av HOD og 10 av fire andre departement. De ble først kategorisert etter departement og årstall. Dokumenter av HOD ble deretter kategorisert etter dokumenttyper for å gi bedre oversikt.

Meldinger til Stortinget (St. meld.)

St. meld. brukes når regjeringen vil presentere en sak for Stortinget uten forslag til vedtak. *Nasjonal helse- og sykehusplan* er i denne kategorien. *St. meld.* kan også brukes når regjeringen vil foreslå å trekke tilbake et lovforslag (Regjeringen, u.å.c).

Proposisjoner til Stortinget (St. prp.)

Dersom regjeringen vil foreslå et vedtak, betegnes dokumentet som *St. prp.* (Regjeringen, u.å.d). Regjeringen benytter hovedsakelig to typer proposisjoner. Første inneholder forslag til lovvedtak. Disse ble før 2009 kalt *Odelstingsproposisjon (Ot.prp.)*, mens det i dag blir kalt *Proposisjon til lovvedtak (Prop. L)*. Grunnen til det er at delingen av Stortinget i Odelsting og Lagting ble opphevet etter stortingsvalget i 2009. Derfor behandles alle proporsjoner i dag av Stortinget i plenum. Den andre type proposisjonen til Stortinget inneholder alle andre forslag regjeringen vil legge frem, og blir kalt *proposisjon til Stortinget (St.prp.)* eller *Prop. S.* (Gisle, 2018).

Norges Offentlige Utredninger (NOU)

NOU står for *Norges Offentlige Utredninger* og er dokument som skal redegjøre for ulike forhold i samfunnet. Dokumentet kan enten være en utgreiing eller en rapport. Det er regjeringen eller et departement som setter sammen egne arbeidsgrupper for å skrive de offentlige utredningene (Regjeringen, u.å.e).

Styringsdokumenter

Etter å ha funnet disse typene dokumenter, gikk jeg igjen inn på regjeringens nettside og valgte HOD, *Sykehus* og *Styringsdokumenter*. Da fant jeg *Oppdrags- Bestiller- og Styringsdokumentene* regjeringen har skrevet til sykehusene. Første ble skrevet for år 2002, siden det var fra 2002 staten alene overtok styringen av sykehusene (jf. kap. 1.3.4). Disse dokumentene gis vanligvis ut av HOD en gang per år til de regionale helseforetakene, ofte i forbindelse med at årets statsbudsjett blir publisert av Stortinget. Dokumentene beskriver hvilke oppgaver og krav som blir stilt helseforetakene det kommende året. Dokumentene er delt inn i et dokument for sykehusene i hver landsdel (Regjeringen, 2019). Jeg har analysert regjeringsdokumentene som omhandler *Helse Vest*, da dette er hvor jeg selv har jobbet og fortsatt arbeider. Da fant jeg 19 dokumenter. Disse ble kategorisert etter årstall som *Styringsdokument* under HOD i studiens skjematiske registrantanalyse (jf. vedlegg nr. 1).

Studien har inkludert totalt 67 regjeringsdokumenter. Det tidligste dokumentet jeg fant som belyste dagkirurgi på regjeringens side, var skrevet i 1995. Derfor starter dokumentanalysene i 1995. Jeg begynte å analysere dokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), da mesteparten av dokumentene var skrevet av dem. Dokumenter av HOD ble, i tillegg til å være kategorisert etter årstall, kategorisert etter type dokument for å gi en bedre oversikt. Etter at jeg hadde analysert dokumentene skrevet av HOD, gikk jeg gjennom dokumentene skrevet av de andre departementene i tilfeldig rekkefølge. Ved gjennomgang av dokumentene skrev jeg korte referat av det dokumentene skrev om dagkirurgi. Referatene er lagt ved studien (jf. vedlegg nr. 1). Jeg stilte dokumentene følgende spørsmål:

1. Hvilket departement er regjeringsdokumentet skrevet av?

2. Hvilken type dokument er det statlige dokumentet (NOU, Melding til Stortinget, Proposisjon til Stortinget eller styringsdokument?)?
3. Hvilket årstall ble dokumentet publisert?
4. Hvordan beskriver det statlige dokumentet dagkirurgi?
5. Hvordan kommer departementets posisjonering til dagkirurgi frem i dokumentet?
6. Hvordan kommer doxa, heterodoxa og ortodoxa til uttrykk i de statlige dokumentene?

På bakgrunn av spørsmålene har jeg generert data om regjeringens posisjoneringer til dagkirurgi.

4.0 Analyse del I: Autososioanalyse

I første del av studiens analyse har jeg forsøkt å forklare mine posisjoneringer. Det vil si at jeg har forsøkt å forklare mine egne posisjoneringer til dagkirurgi. Denne prosessen har bidratt til selvrefleksjon rundt posisjoneringene mine til fagområdet, og hvordan min bakgrunn har formet arbeidet med studiens teorigrunnlag og de statlige dokumentene. På grunn av studiens omfang er ikke autososioanalysen fullstendig. Målet med konstruksjonen er at jeg fremstår transparent om hvilket ståsted jeg har hatt i møte med studiens datamateriale og analyser.

4.1 Forskerens posisjoneringer

At jeg er nyutdannet operasjonssykepleier og holder på med en mastergrad, tror jeg har preget denne studien betydelig. Operasjonssykepleiere har en sentral rolle ved dagkirurgi (jf. kap. 1.3.2). Min posisjonering til dagkirurgi er både positiv og undrende. Jeg tror at dagkirurgi, der det er forsvarlig, kan være et godt tilbud til pasienter som ønsker det og har forutsetninger for å håndtere forløpet. Jeg tror også det kan bidra positivt økonomisk og frigir ressurser for spesialisthelsetjenesten. Likevel stiller jeg meg undrende til om dagkirurgi og effektiviseringen av spesialisthelsetjenesten gjør at økonomiske hensyn blir satt høyere enn omtanke og omsorg for pasienter og pårørende. Jeg stiller meg også spørrende til hvordan det påvirker de kommunale helsetjenestene. Dagens praksis i Norge rundt dagkirurgi kan føre til at noen av funksjonene og utgiftene spesialisthelsetjenesten tidligere hadde, i noen tilfeller blir lagt på primærhelsetjenesten og pårørende rundt pasienten. Det kan kanskje føre til at dagkirurgi ikke er like kostnadsbesparende for helsevesenet som det gis uttrykk for. Jeg stiller

meg også undrende til om det er nok fokus på opplæring og informasjon til pasienter ved dagkirurgi. På grunn av masterstudiets omfang, er det umulig å gjøre grundige studier av alt det jeg undrer meg over når det gjelder dagkirurgi, så i denne oppgaven har jeg avgrenset meg til å analysere statlige rammebetingelser for dagkirurgi.

For å forklare min vei inn mot å innta posisjonen operasjonssykepleier, vil jeg trekke frem noen holdninger jeg opplever å ha arvet fra familien min: fokus på viktigheten av utdanning og yrkesstolthet. Viktighet av utdanning er noe jeg vil påstå å ha arvet fra familien min. Et eksempel er at da jeg gikk siste året på videregående skole, kan jeg ikke huske å ha fått spørsmål om jeg ville studere. Spørsmålet var heller *hva* jeg skulle eller *ville* studere. Jeg tenker det viser fokuset, både åpenlyst, men også underbevisst, familien min har på utdanning. Jeg tror også yrkesstoltheten rundt sykepleiefaget er noe som er produsert i familien min, og som jeg har reprodusert. Det at min mor var sykepleier, tror jeg også har vært med å prege min vei til utdanning innen sykepleiefaget. De mange ulike arbeidsmulighetene, at en får jobbe med mennesker, og at det er et fag i utvikling, appellerte til at jeg valgte sykepleien. At spesialutdannelsen jeg har tatt er operasjonssykepleie tror jeg er fordi det er et yrke hvor ingen dag er lik, at jeg liker teamarbeid og jeg må være løsningsorientert i yrkesutøvelsen. Orden, kontroll og nøyaktighet er ferdigheter som trengs i yrket (NSFLOS, 2015). Det tror jeg er egenskaper jeg trolig både har hatt anlegg for å utvikle ut fra min oppvekst, men som jeg også trolig har blitt sosialisert inn i ved både utdannelsen som sykepleier og operasjonssykepleier.

4.2 Forskerens posisjon og disposisjoner

Jeg er en kvinne født på begynnelsen av 90-tallet. Jeg vokste opp i en liten bygd i utkanten av en by på Vestlandet. Jeg vokste opp i et middelklassehjem med gifte foreldre og tre brødre. Alle i kjernefamilien min har høyere utdanning. Jeg er gift, og mannen min jobber som vernepleier i psykiatrien, og har fast 100% jobb. Vi eier leiligheten vi bor i. Jeg ble ferdig utdannet operasjonssykepleier i desember 2019, og i juni 2020 begynner jeg i full stilling som operasjonssykepleier på et norsk, offentlig sykehus. Jeg jobbet som sykepleier i to år etter studiet sykepleiestudiet før jeg begynte på videreutdannelsen. Både da og som student i operasjonssykepleie jobbet jeg med dagkirurgiske pasienter.

5.0 Analyse del II: Statlige føringer for dagkirurgi - 1995-2020

I studiens andre analysedel har jeg analysert statlige føringer for dagkirurgi. Denne delen tar først for seg analyser av regjeringsdokumentenes posisjon og disposisjoner (jf. kap. 5.1).

Disse analysene ble brukt som grunnlag for å kartlegge de ulike typene regjeringsdokumentene sine posisjoneringer (jf. kap. 5.2). Deretter ble regjeringsdokumentenes posisjoneringer analysert etter tidsepoker. Dette er ikke gjort på bakgrunn av at det er brudd i doxa, men for å fremheve hvordan regjeringsdokumentenes posisjonering til dagkirurgi ble sterkere argumentert for utover tidsperioden.

5.1 Regjeringsdokumentenes posisjon og disposisjon

I arbeidet med å kartlegge de 67 aktuelle regjeringsdokumentene sin posisjon og disposisjon, hentet jeg inspirasjon fra Jesper Frederiksen's (2016) doktorgradsavhandling om tverrprofesjonelle velferdsprofesjoner. Han arbeidet i en praxeologisk tradisjon, og delte i sin studie inn dokumentene han analyserte etter hvilken kapital de besitter. Dokumentene ble etterpå rangert som høy eller lav på bakgrunn av samlet mengde kapital. Rangeringen ble deretter benyttet for å angi dokumentets posisjon og tilhørende disposisjoner (Frederiksen, 2016, s. 133-136).

I min studie har jeg benyttet hovedtrekkene i skjemaet han brukte for å klassifisere dokumentenes posisjon og disposisjon. Jeg har delt inn i de tre samme kapitalene han har benyttet for å klassifisere og rangere sine dokumenter; økonomisk, kulturell og sosial kapital. Jeg har også funnet inspirasjon i måten Frederiksen satte opp indikatorer for å rangere dokumentets grad av kapital selv om indikatorene ble annerledes definert og skåret i min studie (Frederiksen, 2016, s. 133-136). Indikatorer og oversikt over regjeringsdokumentenes rangering ble skjematisk fremstilt (jf. vedlegg nr. 3 og Tabell 1). Regjeringsdokumentene har i seg selv ingen økonomisk, sosial eller kulturell kapital. Likevel har de likevel en relativt høy posisjon i offentlig helsevesen, da de er skrevet av eller på oppfordring av regjeringen. De ulike typene regjeringsdokumenter har også forskjellig mulighet og myndighet til å påvirke hvilket fokus og økonomisk hensyn dagkirurgi skal ha. Det påvirker igjen hvilken grad de har til å definere den praktiske utformingen av fagområdet. Indikatorene ble satt med tanke på å kunne rangere regjeringsdokumentenes definisjonsmakt og mulighet til å påvirke praksis (jf. kap. 2.2.1).

Tabell 1: Indikatorer for regjeringsdokumentenes posisjon og disposisjon

Disposisjon	Indikator
Økonomisk kapital	<p><u>Øk. 1:</u> Dokumenter som direkte styrer hvor mye midler dagkirurgi økonomisk bemidles av statsbudsjettet.</p> <p><u>Øk. 2:</u> Dokumenter som har mulighet til å påvirke hvor mye dagkirurgi økonomisk bemidles av statsbudsjettet.</p> <p><u>Øk. 3:</u> Dokumenter som har ingen, eller i liten grad mulighet, til å definere hvor mye dagkirurgi økonomisk bemidles av 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>

Styringsdokumentene med høyest posisjon av regjeringsdokumentene

I den skjematiske fremstillingen av regjeringsdokumentenes posisjon og disposisjoner (jf. vedlegg nr. 3), fremtrer Styringsdokumentene skrevet av HOD (herunder Styringsdokument for Helse Vest 2001-2004, Bestillerdokument for Helse Vest 2005-2006 og Oppdragsdokument for Helse vest 2007-2020) med høyest posisjon. Styringsdokumentene har en høy økonomisk kapital da de er retningsgivende for hvordan sykehusene sine tildelte økonomiske midler skal fordeles (Regjeringen, 2019). I tillegg innehar disse dokumentene en høy kulturell kapital fordi de gir implikasjoner for hva sykehusene skal utrette og hvilke faglig fokus de skal ha. *Styringsdokumentene* innehar dermed en høy sosial kapital, da de direkte styrer praksis for offentlig spesialisthelsetjeneste. Det gir videre utslag i hvordan pasientbehandling utøves (jf. vedlegg nr. 3 og Tabell 1).

St. meld. og St. prp. med midterste posisjon av regjeringsdokumentene

St. meld. og *St. prp.*, uavhengig av hvilket departement som har skrevet det, skårer middels på rangeringen av regjeringsdokumentene. Dokumentene foreslår reguleringer og føringer for spesialisthelsetjenesten, og har en indirekte mulighet til å påvirke fagområdet dagkirurgi. Det gir disse dokumentkategoriene en viss autoritet og innflytelse på økonomiske og faglige prioriteringer for norsk offentlig spesialisthelsetjeneste (Regjeringen, u.å.c; Regjeringen, u.å.d). Dermed får dokumentene også en indirekte mulighet til å påvirke sykehusenes praksis og pasientbehandling. Dokumentene innehar dermed en middels grad av økonomisk-, kulturell- og sosial kapital (jf. Tabell 1).

NOU-ene har lavest posisjon av regjeringsdokumentene

NOU-ene har lavest posisjon blant regjeringsdokumentene. NOU-ene skrives stort sett ikke av regjeringsmedlemmer, men av arbeidsgrupper formet og satt ned av regjeringen eller et departement. Dokumentene virker veiledende og rådgivende om ulike forhold i samfunnet, og blir gjennomgått av regjeringen. Det gir dermed NOU-ene en viss grad av innflytelse på hvordan offentlig helsevesen styres, men i liten grad direkte mulighet til å definere offentlig spesialisthelsetjeneste sin økonomiske eller faglige praksis. Det gir dem også lite direkte påvirkning på sykehusene utøvelse og pasientbehandling (Regjeringen, u.å.e). NOU-ene innehar dermed lavest økonomisk-, kulturell- og sosial kapital blant regjeringsdokumentene i denne studien (jf. Tabell 1).

Ut fra dette kan det argumenteres for at dokumenttypene rangert midterst og lavest, gjerne ansees som rådgivende for den øverst rangerte dokumentkategorien. Oppsummert kan regjeringsdokumentene sin posisjon fremstilles slik:

Tabell 2: Oversikt over regjeringsdokumentenes posisjon

Øverste posisjon: Styringsdokument av HOD
Midterste posisjon: Meldinger og Proposisjoner til Stortinget fra regjeringsdepartementene
Laveste posisjon: Norges Offentlige Utredninger (NOU) av ulike arbeidsgrupper satt ned av regjeringen eller et departement, til regjeringen

5.2 Hvordan de ulike kategoriene regjeringsdokumenter posisjonerer seg til dagkirurgi

Gjennom analysen av regjeringsdokumentenes posisjonering til dagkirurgi fremstår det en nærmest samstemt og sterk doxa om dagkirurgi i fra 1995 og til i dag. De statlige føringenes fokus var likevel delvis ulike på grunn av deres forskjellige posisjoner. Studiens belyser videre de ulike dokumentenes hovedfokus og posisjonering til dagkirurgi (jf. kap. 5.2.1, 5.2.2 og 5.2.3).

5.2.1 De dominerende dokumentenes posisjonering til dagkirurgi

Dokumentene høyest rangert, *Styringsdokumentene*, posisjonerer seg til dagkirurgi som effektiviserende og ressursbesparende for spesialisthelsetjenesten. Argumentene de dominerende dokumentene benyttet for å begrunne sin posisjonering, var at økt dagkirurgi frigir sengeplasser i sykehusene og reduserer pasientenes innleggelsestid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b, Helse- og omsorgsdepartementet, 2019d) For å oppnå målet om omlegging til mer dagkirurgi i spesialisthelsetjenesten, argumenterte *Styringsdokumentene* for økte dagkirurgiske ISF- og DRG- rater. Disse ratene økte fra 1995, og det ble utviklet separate takster for like inngrep dag- og døgnkirurgisk i 2009 (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2009c). Det oppfordret igjen til mer dagkirurgi i spesialisthelsetjenesten. Ut fra dette kan en anta at *Styringsdokumentenes* posisjonering og doxa om dagkirurgi er basert på argument om kostnadseffektivitet og kostnadsbesparelse for velferdsstaten og spesialisthelsetjenesten. Tiltaket den dominante dokumenttypen argumenterte for at kunne effektivisere dagkirurgi og øke omfanget, i tillegg til å endre DRG og ISF rater, var å utvikle Helseatlas. Det ble regnet som en målbar måte for å kartlegge og øke dagkirurgisk utbredelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019d). På grunn av at *Styringsdokumentene* har den dominerende posisjonen, fikk de også mest sannsynlig størst gjennomslag for sine argumenter. Dokumentene kan dermed antas å ha vært sentrale i utviklingen mot at dagkirurgi har blitt et utbredt og effektivisert fagområde i dag, noe som er i tråd med at velferdsstatens ønske om omlegging til dagkirurgi i spesialisthelsetjenesten (jf. kap. 1.3.4). Denne tilnærmingen til dagkirurgi kan også fremvise sammenheng mellom *Styringsdokumentenes* posisjon og posisjonering til fagområdet (jf. kap. 5.1).

5.2.2 Meldinger og proposisjoner til Stortinget sin posisjonering til dagkirurgi

St. meld. og *St. prp.*, som innehar den midterste posisjonen blant regjeringsdokumentene (jf. kap. 5.1), inntar en noe annen posisjonering til dagkirurgi enn de dominerende dokumentene. *Meldinger til Stortinget* startet i 1995 sin begrunnelse for økt mengde dagkirurgi ved å hevde at det kunne bidra til å minske ventetiden på behandling i offentlig spesialisthelsetjeneste til 3-6 måneder. (Helse- og omsorgsdepartementet, 1995, s. 3,4, 21, 22 og 28). For å kunne oppnå målet, ble det argumentert for økt ISF- rate og DRG- rate for dagkirurgi i tillegg til desentralisering av dagkirurgi til flere norske sykehus. Dagkirurgi ble også argumentert for å være et gode for pasientene der det ble brukt forsvarlig (Helse- og omsorgsdepartementet, 1995, s. 3,4, 21, 22 og 28; Helse- og omsorgsdepartementet, 1999a, s. 25). Begrunnelsen er todelt. *St. meld. 7* fra 2019, hevdet at offentlig helsevesen bør tilrettelegge for at pasientene skal være aktive deltagere i sin egen behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b, s. 7-8). Det ble også argumentert for at den moderne spesialisthelsetjenesten i Norge oppnår bedre resultater i dag. Argumentet var bygget på at offentlig spesialisthelsetjeneste i dag tilrettelegger for at pasientene får være mest mulig i kjente omgivelser, og oppmuntrer pasientene til å s være mest mulig mobil (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, s. 73-74). Selv om dagkirurgi blir argumentert for å være svært ressursbesparende for

spesialisthelsetjenesten, hevder *St. meld. 28* fra 1999 at det kan føre til flere oppgaver for kommunehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999a, s. 50).

I *St. prp. 47* fra 1999 argumenteres det heterodokt for at spesialisthelsetjenesten kan oppleve merforbruk ved økt andel dagkirurgi (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999b, s. 11, 13 og 23). I et annet dokument argumenteres det for at samarbeid med privat helsesektor og Trygdeetaten, kan føre til grenseforskyvning mellom privat og offentlig helsesektor (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002a, s. 17). Dokumentkategoriene *St. meld* og *St. prp.* stilte seg relativt likt posisjonert til dagkirurgi som de dominerende dokumentene, med økonomiske forklaringer for økt mengde dagkirurgi (Helse- og omsorgsdepartementet, 1995, s. 3,4, 21, 22 og 28; Helse- og omsorgsdepartementet, 1999a, s. 25; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 73-74; Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b, s. 7-8). Likevel finnes det i noen få av dokumentene argumenter mot økt dagkirurgi (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999b, s. 11, 13 og 23; Helse- og omsorgsdepartementet, 2002a, s. 17). Dermed kan det ansees som at *St. meld.* og *St. prp.* argumenterer og posisjonerer seg i tråd med sin posisjon. Dette i form av at de fremsto som å få medhold på noen av sine argumenter, og at de virker supplerende til de dominerende dokumentene (jf. kap. 5.1).

5.2.3 De dominerte dokumentenes posisjonering til dagkirurgi

Doxa om dagkirurgi som effektiviserende og ressursbesparende for spesialisthelsetjenesten ble også i all hovedsak holdt i hevd i NOU-ene (NOU 2005:3, 2005, s. 84; NOU, 2003:1, 2003, s. 25, 46, 56; NOU 1997:18, 1997, s. 67; NOU 2016:25, 2016, s. 56 og 62). NOU-ene argumenterte også for økning av ISF- og DRG-rater, samarbeid med Trygdeetat og privat helsesektor, og utvikling av Helseatlas for å kunne bidra til økt mengde dagkirurgi (NOU 2000:22, 2000, s. 594 og 607-608; NOU 2019:24, 2019, s. 52). Noen NOU-er argumenterer derimot for at primærhelsetjenesten og sårbare pasientgrupper kan oppleve utfordringer ved økt mengde dagkirurgi i spesialisthelsetjenesten (NOU 1997:18, 1997, s. 9, 59, 97, 104 og 108; NOU 2005:3, 2005, s. 25). NOU-ene benytter dermed andre begrunnelser for at økt mengde dagkirurgi kan være utfordrende enn dokumentene med midterst posisjon. Det kan mulig fremvise at NOU-enes i større grad vektlegger faglige begrunnelser for og mot dagkirurgi enn de andre dokumentene. De dominerte statlige føringene kan dermed ansees å innta en noe opponerende, men veiledende fremtoning. Samtidig argumenterer de også for økt mengde dagkirurgi på noenlunde lik linje med dokumentene av høyere posisjon (NOU

2000:22, 2000, s. 594 og 607-608; NOU 2019:24, 2019, s. 52). Dokumentenes argumenter kan dermed antas at ble lavere verdsatt enn de dominerende og middels posisjonerte dokumentene (jf. kap. 5.1).

5.2.4 Oppsummering av de ulike kategoriene regjeringsdokumenter sin doxa

De ulike dokumentkategoriens hovedargument og doxa kan dermed oppsummeres i disse punktene:

- *Styringsdokumentenes* doxa om dagkirurgi er at fagområdet bidrar til ressursbesparelse og effektivisering av spesialisthelsetjenesten. Hovedargumentet disse statlige føringene er at det frigjør sengeplasser i sykehusenes sengeposter.
- *St. meld.* og *St. prp.* argumenterte i stor grad for doxa om dagkirurgi som ressursbesparende og effektiviserende for spesialisthelsetjenesten. Argumentene ble blant annet bygget på å oppnå ventelistegaranti på 3-6 for behandling i spesialisthelsetjenesten. Noen av disse dokumentene argumenter heterodokt at dagkirurgi kan skape merforbruk for spesialisthelsetjenesten og kapasitetsutfordringer i primærhelsetjenesten.
- NOU-ene argumenterer også i stor grad for dagkirurgi som ressursbesparende og effektiviserende for spesialisthelsetjenesten. Likevel argumenterer noen NOU-er før år 2000 heterodokt ved å hevde at både primærhelsetjenesten og sårbare pasientgrupper kan oppleve utfordringer ved omlegging til mer dagkirurgi i spesialisthelsetjenesten.

5.3 Regjeringens doxa om dagkirurgi fra 1995-2008

For å få frem flere nyanser i regjeringsdokumentenes posisjoneringer har jeg videre analysert dokumentene etter tidsepoker. I Norge ble dagkirurgi først praktisert etter initiativ fra norske kirurger fra rundt 1986. Fagområdet ble anvendt i mindre omfang i begynnelsen (Solheim, 1996), men var sterkt i vekst allerede fra 1988 (NOU 1996: 5, 1996, s. 32). Fra 1996 økte omfanget av dagkirurgi ytterligere, og dagkirurgi gikk fra å være et lege insentiv, og til å bli lovpålagt og helsepolitisk initiert. Veksten startet i de regionale helseforetakene etter hvert som ISF og DRG- ratene for dagkirurgi ble økt fra 1995 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1995, s. 3,4, 21, 22 og 28; NOU 2000:22, 2000, s. 698; NOU 2003:34, 2003, s. 52).

5.3.1 Mer dagkirurgi som effektiviserende og ressursbesparende for spesialisthelsetjenesten

Dokumentet *St. meld. nr. 44* (Helse- og omsorgsdepartementet, 1995, s. 3,4, 21, 22 og 28) argumenterte for at økt omfang av dagkirurgi kunne effektivisere spesialisthelsetjenesten og korte ned ventetid på behandling. Dagkirurgi ble hevdet å være en “ubrukt ressurs” for å øke sykehusenes kapasitet, og et ledd i målet om ventetidsgaranti på 3-6 måneder for behandling ved offentlig sykehus. Økt ISF-rate ble benyttet som et middel for å oppnå ønsket mengde dagkirurgi og effektivisere spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 1995, s. 3,4, 21, 22 og 28). Positivt ladede begrep som “riktig” og “naturlig” ble brukt i argumentasjonen for å øke omfanget av dagkirurgisk behandling (NOU 2005:3, 2005, s. 84). Denne viste seg å være en fremtredende argumentasjon i flere dokument, og dagkirurgi som effektiviserende og ressursbesparende for spesialisthelsetjenesten fremstår som en sterk doxa i regjeringen fra 1995-2008 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999a, s. 25; Helse- og omsorgsdepartementet, 1995, s. 3,4, 21, 22 og 28; NOU 2005:3, 2005, s. 84).

Videre argument for økt omfang av dagkirurgi som effektiviserende og kostnadsbesparende, var at pre- og postoperativ pleie, som tidligere ble utøvd på sykehusenes sengeposter, ble flyttet til pasientens hjem (NOU, 2003:1, 2003, s. 25, 46, 56). Det førte til ressursbesparelse i spesialisthelsetjenesten (NOU 1997:18, 1997, s. 67), og ble også begrunnet som en overgang mange pasienter ville profitere på (NOU 2005:3, 2005, s. 84) dersom fagområdet ble brukt der det var hensiktsmessig og forsvarlig (NOU 1997:18, 1997, s. 67). Det ble argumentert for at sykehushotellene var et godt alternativ pre- og postoperativt etter dagkirurgi for pasienter med lang reisevei. Selv om de ikke nødvendigvis har personell med helsefaglig bakgrunn, gir det likevel pasienten kort vei til å oppsøke fagprofesjonell helsehjelp. Dokumentet argumenterer for at dersom pasienten skulle ha behov for oppfølging av helsevesenet etter dagkirurgi, har spesialisthelsetjenesten ansvar for at pasienten får et forsvarlig tilbud (NOU 1997:2, 1997, s. 9, 59, 97, 104 og 108). Et annet gode for pasienten av dagkirurgi, ifølge *Ot. prp. 38*, er at pasienten får dekket pasientreiser av staten der det ikke er et tilstrekkelig kollektivtilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999c, s. 24).

Økte ISF og DRG-rater

Ifølge *St. prp. nr. 1* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002b, s. 22, 26 og 181-183; Helse- og omsorgsdepartementet, 2008b), og *Styringsdokumenter* for 2002-2008 (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2002c; Helse- og omsorgsdepartementet, 2008c) lå ISF-raten på mellom 40-60% fra tidsperioden 1999-2008. Siden ISF raten for dagkirurgi hadde økt, ble dagkirurgi derfor en vesentlig del av sykehusenes inntjening (NOU 2008:2, 2008, s. 22). Det var et resultat av at dagkirurgi fra 1999 ble innlemmet i DRG- systemet (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999b, s. 11, 13 og 23). I lys av dette argumenterte *St. prp. 65* (Finansdepartementet, 1997b, s. 59) for at dagkirurgi var så ressursbesparende for spesialisthelsetjenesten at det burde bevilges mer økonomiske midler til fagområdet i statsbudsjettet for år 1998.

Målet om å øke utbredelsen av dagkirurgi, og dermed øke effektiviteten i spesialisthelsetjenesten, ble regnet som realistisk. Det var basert på at andre sammenlignbare land som England og USA hadde på denne tiden en høy prosentandel dagkirurgisk virksomhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 1995, s. 3,4, 21, 22 og 28). Ifølge Norsk ¹legeforenings tidsskrift hadde disse landene en elektiv dagkirurgisk rate på 50% allerede i 1996, mens denne i Norge samme år var på 24% (NOU 1996:1, 1996, s. 219 og 287).

Ny teknologi for mer dagkirurgi

En annen begrunnelse for at en høyere andel dagkirurgi i Norge ble argumentert for som realistisk, var at flere typer kirurgiske inngrep fra 1995 kunne gjennomføres dagkirurgisk grunnet ny teknologi (Helse- og omsorgsdepartementet, 1995, s. 3, 4, 21, 22 og 28). Et eksempel på slik ny teknologi var kikkhullskirurgi (NOU 2003:1, 2003, s. 25, 46, 56; NOU 2000: 21, 2000, s. 698). Økt omfang av ny teknologi ble derimot begrunnet at alene ikke kunne bidra til omlegging til dagkirurgi i spesialisthelsetjenesten (NOU 2000: 21, 2000, 698).

Organisatoriske endringer i spesialisthelsetjenesten

Organisatoriske endringer ble også nevnt som essensielt for økt dagkirurgisk rate. Her henviser dokumentet til erfaringer fra bankvesenet på 1980-tallet. Utfra dette ble det argumentert at dagkirurgi og annen planlagt drift i spesialisthelsetjenesten burde ha egne avdelinger i sykehusene (NOU 1997:2, 1997, s. 9, 59, 97, 104 og 108). Et dokument av

¹ Henvisning til Norsk legetidsskrift: <https://tidsskriftet.no/1996/01/artikkel/omfang-av-dagkirurgi>

Finansdepartementet fra 1997 argumenterte for høyere økonomisk bevilgning til medisinsk teknisk utstyr, da det ble begrunnet som “flaskehalsen” for å oppnå ønsket økning av dagkirurgisk virksomhet i spesialisthelsetjenesten (Finansdepartementet, 1997a, s. 13).

Desentralisering av dagkirurgi

En annen utfordring som ble belyst i kjølvannet av satsing på dagkirurgisk vekst, var mangel på spesialsykepleiere og leger. Det ble argumentert for at det kunne stagnere den ønskede økningen av dagkirurgi (Helse- og omsorgsdepartementet, 1995, s. 3, 4, 21, 22 og 28).

Ettersom det var de regionale helseforetakene som i stor grad utførte dagkirurgi frem til 1999, ble det på 2000-tallet argumentert for påpekt at lokalsykehus også burde utbygge og ha et godt dagkirurgisk tilbud til pasienter. Dette ble utover 2000-tallet lovpålagt lokalsykehusene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003, s. 13, 44-45; Helse- og omsorgsdepartementet, 2008a, s. 11; Finansdepartementet, 2008, s. 70). Siden Norge har spredt bosetting og mange små sykehus, ble desentralisert dagkirurgisk drift argumentert for å være nyttig.

Desentralisering ble også begrunnet for å bidra til bedre utnyttelse av flere av norske sykehus sin kapasitet. Dermed ble lokalsykehus også pålagt å være bidragsytere for å øke det dagkirurgiske tilbudet (NOU 1997:18, 1997, s. 67; NOU 1996:1, 1996, s. 219 og 287).

Omprioriteringer i primærhelsetjenesten

I tillegg til at det ble adressert utfordringer spesialisthelsetjenesten kunne møte ved omlegging til mer dagkirurgi, ble utfordringer primærhelsetjenesten kunne oppleve også tatt i betraktning. *St. meld nr. 28* (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999a, s. 25) argumenterte for at økt bruk av dagkirurgi kunne føre til økt belastning på primærhelsetjenesten, både i form av et større behov for pleiepersonell og andre nødvendige ressurser som utstyr til mer behandling i hjemmet. Selv om omfanget av tekniske hjelpemidler hadde økt, argumenterte dokumentet for at mange pleie- og omsorgsoppgaver likevel bare kan utføres av menneskehender.

Utfordringen ble adressert igjen i dokumentet *St. prp. nr. 1 “For budsjetterminen 2007”* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006, s. 280). I dette dokumentet argumenteres det for at utfordringen burde løses ved omprioriteringer i primærhelsetjenesten. *NOU 2015:17* (s. 36 og 43) belyste igjen utfordringen i 2015 (jf. kap. 5.4).

Samarbeid med Trygdeetaten og privat sektor

Et annet tiltak som ble innført for å øke dagkirurgisk kapasitet fra rundt 2002, var å utnytte ressurser fra privat helsesektor. Tiltaket ble først omtalt i *St. meld. 5* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003, s. 13, 44 og 45), *Ot. prp. nr. 74* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002, s. 17), og *St. prp. 1* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002b, s. 22, 26 og 181-183). Argumentert for at tiltaket burde benyttes var at det kunne få ned ventetiden for dagbehandling og dagkirurgi i offentlig helsesektor. I tiltaket ble Trygdeetaten satt som bindeleddet mellom offentlig og privat helsesektor. Avtalen går ut på at offentlig helsevesen kan kjøpe helsetjenester for pasienter med bedriftsavtaler hos private helsetjenester. I *Ot. prp. nr. 74* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002a, s. 17) ble det argumentert for at en fare ved innføring av tiltaket kunne være grenseforskyvning og likestilling mellom privat og offentlig helsesektor. Avtalen var derfor først en prøveordning, men fikk medhold og ble vedtatt i regjering og Storting i 1999 og benyttes fortsatt. Innføringen av avtalen førte til en økning av enkelte dagkirurgiske inngrep (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001-2009; NOU 2000:22, 2000, s. 594 og 607-608). Det ble argumentert for at pasientgruppen som burde prioriteres i tiltaket, burde være yrkesaktive pasienter med enkle lidelser som hadde høy sannsynlighet for effekt av behandling. Det ble begrunnet med at det ville gi mulighet for tidligere friskmelding og tilbakeføring til arbeid for yrkesaktive (NOU 2000:27, 2000, s. 129-130). Prøveordningen ble undersøkt i et delprosjekt. Prosjektet gikk ut på at en gruppe yrkesaktive pasienter med enklere lidelser ble delt i to. Ene gruppen fikk tilbud om diagnostisering og dagkirurgisk behandling i privat helsesektor etter avtale med Trygdeetaten og offentlig spesialisthelsetjeneste, og den andre gruppen pasienter ble diagnostisert og dagkirurgisk behandlet i offentlig helsesektor (kontrollgruppe). Prosjektet viste at ventetiden var kortere enn tidligere år for begge gruppene etter økning av ISF rate for dagkirurgi, men også at kontrollgruppen litt ute i prosjektet ble raskere behandlet. Ordningen med Trygdeetaten ble likevel vedtatt, da det ble argumentert for at etaten med tiden ville bli bedre på å administrere avtalen og samarbeidet mellom offentlig og privat sektor (NOU 2000:27, 2000, s. 129-130).

I to dokumenter nevnes det andre argumenter for samarbeid med Trygdeetaten og privat helsesektor som en vedvarende og landsdekkende ordning (NOU 2000:22, 2000, s. 594 og 607-608; NOU 2000:27, 2000, s. 129-130). For det første kunne det bidra til å redusere sykemeldingsperioden for yrkesaktive, da de kunne føre til at ble kjappere diagnostisert og eventuelt behandlet. For det andre kunne det bidra til at yrkesaktive dermed kunne komme

raskere tilbake i arbeid. Det ble igjen argumentert for å bidra til reduksjon av sykepengeutbetalinger for velferdsstaten (NOU 2000:22, 2000, s. 594 og 607-608).

5.3.2 Heterodoxa i regjeringsdokumenter fra 1995-2008

Fra 1995 til ca 2000, finnes det en *St. prp.*-er (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999b, s. 11, 13 og 23) og noen *NOU-er* som posisjonerer seg til en viss grad heterodox til dagkirurgi (NOU 1997:2, 1997, s. 9, 59, 97, 104 og 108; NOU 1999:15, 1999, s. 25; NOU 2005; 2005, s. 84). De heterodoxe utsagnene ble hovedsakelige uttalt før 2002, altså før staten alene overtok det overordnede ansvaret for sykehusene (jf. kap. 1.1.4).

Merforbruk i spesialisthelsetjenesten?

I *St. prp. 47* fra 1999 ble det argumentert for at økt andel dagkirurgi kunne øke belastningen og forbruket i spesialisthelsetjenesten, og dermed skape et merforbruk i sykehusene (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999b, s. 11, 13 og 23). Årsakene til merforbruket ble i *NOU 1999:15* (1999, s. 25) og *St. prp. 47* (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999b, s. 11, 13 og 23), begrunnet at kunne være todelt. Første argument var at økt omlegging til dagkirurgi kunne føre til økt ressursbruk i form av personell, materiell og lignende (NOU 1999:15, 1999, s. 25). Den andre begrunnelsen for merforbruket som ble nevnt, var at dagkirurgi ble antatt å føre til høyere pleietyngde blant pasienter i sengepostene (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999b, s. 11, 13 og 23).

Bidrar til mindre empati i spesialisthelsetjenesten?

I lys av sistnevnte argument, ble det videre fremhevet at sårbare pasientgrupper kunne oppleve negative konsekvenser av omleggingen til dagbehandling i spesialisthelsetjenesten, og at dette burde undersøkes (NOU 2005:3, 2005, s. 25).

NOU 1997:2 (1997, s. 9, 59, 97, 104 og 108) ble det argumentert for at økt fokus på spesialisering, sentralisering og inntjening ikke var ensbetydende positivt. Dokumentet begrunnet dette med at det kunne føre til at helsepersonell i mindre grad forsøker å forstå pasientens situasjon, og at vennlighet hadde fått mindre betydning i spesialisthelsetjenesten.

Det ble argumentert for at kortere liggedøgn i sykehus kunne gi dårligere vilkår for pasientens evne til å utnytte sine selvhelbredende krefter og ressurser. *NOU 1997:2* (1997, s. 9, 59, 97, 104 og 108) hevdet derfor at dagkirurgi bare burde benyttes der det er faglig forsvarlig, og ved mindre alvorlige tilstander. For at pasienten skulle ha mulighet for å håndtere egenbehandlingen dagkirurgi krever, argumenterte dokumentet videre for at pasienten må møtes med respekt gjennom hele sykehusoppholdet. Dokumentet mente respekt utvises ved at helsepersonell lar samtaler med pasientene være på deres premisser. I tillegg argumenterte dokumentet for at helsepersonell burde tilrettelegge for at pasientens pårørende kunne ha mulighet til å være hos pasienten så langt det var mulig og ønskelig for dem (*NOU 1997:2*, 1997, s. 9, 59, 97, 104 og 108).

5.3.3 Oppsummering av regjeringens posisjonering til dagkirurgi fra 1995-2008

Dagkirurgi som effektiviserende og ressursbesparende for spesialisthelsetjenesten er den mest fremtredende doxa om dagkirurgi i regjeringsdokumentene fra 1995-2008. For å oppnå mer dagkirurgi, ble disse tiltakene satt i verk i denne tidsperioden:

- Økt ISF og DRG- rate
- Ny teknologi for mer dagkirurgi
- Omorganisering av spesialisthelsetjenesten
- Desentralisering av dagkirurgi
- Omprioriteringer i primærhelsetjenesten
- Samarbeid med Trygdeetaten og privat sektor

Heterodexe argument i regjeringsdokumenter fra 1995-2008, fremtrer i en *St. prp.* og tre *NOU*-er. Argumentene disse dokumentene benyttet var:

- Potensielt merforbruk i spesialisthelsetjenesten?
- Potensielt mindre empati i spesialisthelsetjenesten?

5.4 Regjeringens doxa om dagkirurgi fra 2009-2020

Det finnes ingen heterodoxe argument mot doxa eller brudd i argumentasjonen for dagkirurgi i tidsperioden 2009-2020. Likevel belyses noen nye vinkler og mindre justeringer i forhold til tiltak for å økt mengde dagkirurgi. Doxa som fortsatt ble argumentert for i denne tidsperioden, var at dagkirurgi er effektiviserende og ressursbevarende for spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, s. 73-74; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b; Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b, s. 141-143 og 153; NOU 2016:25, 2016, s. 56 og 62).

Separate rater for ISF og DRG for dagkirurgi og døgnekirurgi

Regjeringens ønske og argument om ytterligere økning av dagkirurg, førte til høyere ISF og DRG rater for fagområdet fra 2009. Med mer finansiering til sykehusene for dagkirurgi og dagbehandling, økte igjen andelen dagkirurgi i offentlige sykehus (NOU 2010:13, 2010, s. 74). Dagkirurgi hadde i perioden før 2009 hatt samme rate for kirurgi som om pasienten skulle innlegges. Dette ble i tiden etterpå argumentert for at det burde være separate rater for å kunne oppnå høyere rate dagkirurgi i spesialisthelsetjenesten. Argumentet fikk gjennomslag, og dagkirurgi fikk egne rater (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009b).

Bedre utnyttelse av operasjonsstuene

Til tross for at spesialisthelsetjenesten hadde blitt effektivisert de siste 25 årene, ble det argumentert for at det var ytterligere rom for forbedring. Et eksempel var at ulike sykehus hadde forskjellig variasjon for utnyttelse av operasjonsstuene sine. Bedre utnyttelse av operasjonsstuene ble dermed fremhevet som tiltak for økt dagkirurgisk virksomhet, og å effektivisere spesialisthelsetjenesten enda mer (NOU 2016:25, 2016, s. 56 og 62).

Flere postsekretærer og sykepleiere per lege

Det ble i to dokumenter argumentert for at personalsammensetning kunne bidra til ytterligere effektivitet i spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b, s. 141-143 og 153; Helse- og omsorgsdepartementet, 2019d). Argumentet var basert på at det hadde blitt dokumentert at antall postsekretær og sykepleier per lege kunne øke legenes produktivitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b, s. 141-143 og 153). Et *Oppdragsdokument* for

Helse Vest (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019d) hevdet derfor at det også burde undersøkes hvordan legeressursene i offentlig helsevesen ble benyttet.

Standardisering, kvalitetssikring og pakkeforløp

Videre argumenteres det i *St. meld. 11* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, s. 73-74) for tiltak som kunne bidra til å oppnå effektivisering av fagområdet. Argumentene var rettet mot å innføre standardisering av dagkirurgi og pakkeforløp. Målet med effektiviseringen av dagkirurgi ble beskrevet som å være at sykehusene skulle tilby pasienter mest mulig hensiktsmessig og faglig riktig behandling. Standardiseringen skulle også øke pasientsikkerheten og gjøre pasientbehandlingen tryggere. Begrunnelsen for at standardiserte forløp kunne gi tryggere pasientbehandling, var at det kunne bidra til kvalitetssikker pasientbehandling basert på fagkunnskap og faglige retningslinjer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, s. 73-74). Pakkeforløpene ble hovedsakelig nevnt i forbindelse med kreftbehandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b; Helse- og omsorgsdepartementet, 2019d). Likevel har jeg opplevd at noen av krefttypene som ble nevnt, som for eksempel brystkreft, har jeg opplevd opereres dagkirurgisk dersom det er indikasjon for kirurgisk fjerning av tumor.

St. meld. 16 fra 2010 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010a, s. 76), bemerket at dagkirurgi generelt hadde blitt muliggjort innen flere fagfelt som øre-, nese- og halskirurgi, gynekologi og barnesykdommer. Utviklingen var ønsket ifølge regjeringsdokumentet, som også argumenterte for at utbredelsen av dagbehandling og dagkirurgi burde utvikles innen flere fagfelt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010a, s. 76).

Redusere geografiske forskjeller

Noen regjeringsdokumenter argumenterte for, på tross av at dagkirurgi hadde blitt muliggjort innen flere fagfelt, en uønsket geografisk variasjon i Norge i utbredelsen av dagkirurgi. Argumentet ble først tatt opp i noen statlige føringer fra 1995- 2008 (NOU 1997:18, 1997, s. 67; NOU 2000:27, 2000, s. 129-130), men ble først dokumentert som et faktum for noen typer dagkirurgiske inngrep rundt 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, s. 73-74). Funnet ble identifisert ved at befolkningens bruk av helsetjenester ble kartlagt gjennom interaktive

kart, rapporter og faktaark. Denne kartleggingen kalles Helseatlas, og er ment å være en systematisk oversikt over ulike fagområder av offentlig spesialisthelsetjeneste, som for eksempel dagkirurgi. Første Helseatlas om dagkirurgi ble utgitt i 2015, og belyste tidsperioden 2011-2013. Oppdraget med å fremstille Helseatlasene ble pålagt Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord av HOD (Helseatlas.u.å.).

Atlasen, og forskjellene det påviste, fikk et større fokus i dokumenter fra etter 2009 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, s. 73-74; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b; Helse- og omsorgsdepartementet, 2016a, s. 6 og 47; Helse- og omsorgsdepartementet, 2016b, s. 88; Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a, s. 31-32; Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b, s. 141-143 og 153; NOU 2016:25, 2016, s. 56 og 62; NOU 2019:24, 2019, s. 52;).

Hovedargumentene for Helseatlasen i dokumentene etter 2009 var økt effektivisering av spesialisthelsetjenesten og av dagkirurgi, og minske de geografiske forskjellene i utbredelsen av fagområdet. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016b, s. 88). Den registrerte geografiske forskjellen ble begrunnet at kunne være et uttrykk for overbehandling, underbehandling eller feilbehandling ved dagkirurgi, og ikke ha utgangspunkt i ulike behov hos den norske befolkning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, s. 73-74).

Redusere unyttig dagkirurgisk behandling

St meld 18 av Nærings- og fiskeridepartementet bemerket at det hadde vært nedgang i to typer ortopediske inngrep som ikke hadde sikker effekt i 2018. Disse inngrepene ble oftest gjennomført i privat helsesektor via Trygdeetaten. Denne nedgangen ble sett på som en ønsket effekt (Nærings- og fiskeridepartementet, 2018, s. 26-27). I den sammenheng ble Helseatlas igjen begrunnet for at hadde være et sentralt og viktig måleredskap, da det kunne bidra til å minske raten av dagkirurgiske inngrep som ikke har tilstrekkelig bevist nytte (NOU 2019:24, 2019, s. 52).

Bra for pasienten å være aktiv deltaker i egen behandling

I forlengelse av effektivisering og kvalitetssikring av helsetjenesten, argumenterte *St. meld 11* fra 2019 for at spesialisthelsetjenesten burde tilrettelegge for at pasienten selv kan være en aktiv deltaker i egen behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a, s. 31-32). Dette er

noe dagkirurgiske forløp bidrar i stor grad til (jf. kap. 1.3). *St. meld 9* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a, s. 31-32) argumenterte i tillegg for at både helsepersonell og pårørende burde være pådrivere for at pasienten skulle delta i sin behandling. Dagkirurgi ble dermed argument for at var en del av den mer moderne måten å drive spesialisthelsetjenesten på, som også å være positivt for pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a, s. 31-32).

Bra for pasienten å være hjemme

St. meld. 11 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, s. 73-74) argumenterte for at pasientene i dagens spesialisthelsetjeneste oppfordres til å være mer mobile, og oppnår dermed bedre resultat. Dokumentet argumenterte videre at det er bedre at pasientene får være mer i sine vante omgivelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, s. 73-74). Dersom pasienter skulle ha behov for omfattende hjelp i hjemmet av primærhelsetjenesten etter dagkirurgi, med for eksempel medisinsk-teknisk utstyr, ble det argumentert det for at spesialisthelsetjenesten skulle bistå i oppfølgingen av pasienten i hjemmet (NOU 2015:17, 2015).

Bedre operasjonsteknologi og mindre personale med høyere kompetanse

Fra 2010 ble det fremlagt et økende krav til sykehusene fra regjeringen om å forvalte midlene sine på en mest mulig ressursbesparende måte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, s. 73-74). Mange sykehus valgte da løsningen å legge om til enda mer dagkirurgi og dagbehandling. Dette førte også til ytterligere reduksjon av pasienters liggetid i sykehus (Finansdepartementet, 2014, s. 147; NOU 2015:17 2015, s. 36 og 43). Omleggingen kan sees sammenheng med at regjeringen påla sykehusene i *Oppdragsdokument for Helse- Vest* i 2015 å redusere pasientenes innleggelsestid. For å muliggjøre reduksjonen, ble det argumentert for mer dagkirurgi, ytterligere utvikling av teknologi og økt kompetanse i fremtidens spesialisthelsetjeneste. Eksempler på dette var å videreutvikle sensorteknologi, som kikkhullskirurgi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a, s. 31-32). Endringen ble argumentert for at ville være en del av å flytte ressurser til mer helsepersonell, til investeringer i de nye fokusområdene teknologi og kompetanse. Innen kompetanse ble det

argumentert for ytterligere spesialisering av helsepersonell, og da særlig for sykepleiere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b, s. 141-143 og 153).

Mer privatisering

I tidsperioden 1995-2008, ble det argumentet for ressursbesparelsen offentlig helsevesen opplevde ved avtalen med Trygdeetaten og privat helsesektor for dagkirurgisk og dagmedisinsk behandling gav (jf. kap. 5.3.1). I dokumentet Prop 169 L (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012a, s. 16-17) fra 2012 ble avtalen argumentert for igjen. Dokumentet argumenterte at tiltaket ikke gjør skillet mellom privat og offentlig sektor mindre. En annen begrunnelse for videre samarbeid var at offentlig helsesektor i stor grad kan stille krav til de private helseaktørene sine tekniske og faglige kvalifikasjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012a, s. 16-17).

5.4.1 Oppsummering av regjeringens doxa om dagkirurgi, 2009-2020

Doxa om dagkirurgi som effektiviserende og ressursbesparende ble argumentert sterkt for også i tidsperioden fra 2009-2020. Likevel benyttet regjeringsdokumentene noen annerledes begrunnelse og tiltak for mer dagkirurgi enn regjeringsdokumentene fra før 2009. Doxa for dagkirurgi i perioden 2009-2020 kan oppsummeres i disse punktene:

- Økt mengde dagkirurgi
- Separerte DRG-rater ved dagkirurgi og døgnkirurgi
- Bedre utnyttelse av operasjonsstuene
- Flere postsekretærer og sykepleiere per lege
- Standardisering og kvalitetssikring av dagkirurgiske forløp og pakkeforløp
- Redusere unyttig dagkirurgi
- Bra for pasienten å være aktiv deltaker i egen behandling
- Bra for pasienten å være hjemme
- Bedre operasjonsteknologi og mindre personale med høyere kompetanse
- Mer privatisering

Som tidligere nevnt fremstår det ikke heterodoke argument i denne tidsperioden.

6.0 Drøfting av forhold som kan bidra til å forklare regjeringens posisjoner til dagkirurgi

I likhet med alle andre sosiale aktører benytter også regjeringen sine innlærte holdninger og handlinger i møte med beslutninger angående norsk, offentlig helsevesen. Det vil si at regjeringen bruker sin praktiske sans (jf. kap. 2.1), i lys av sin samfunnsposisjon, som grunnlag når de argumenterer for hvordan helsevesenet best mulig kan fungere og styres. Studien forsøker videre å redegjøre for forklaringer på hvordan denne praktiske sansen kommer til uttrykk i regjeringsdokumentenes forventninger til og regulering av offentlig helsevesen og fagområdet dagkirurgi (jf. kap. 5.3 og 5.4). Redegjørelsen drøftes opp mot tidligere forskning (jf. kap. 1.3.1) og prerekonstruksjonen av studiens felt og sosiale rom (jf. kap. 1.3.2-1.3.4).

Tidligere forskning forklarer ikke regjeringens argumentasjon for mer dagkirurgi

Tidligere forskning viste at mange pasienter opplevde det dagkirurgiske forløpet som utfordrende. Det hadde sammenheng med at pasientene opplevde å ha mye smerter og var slitne ved hjemkomst. Tiden etter inngrepet ble påpekt som det mest krevende med forløpet. Flere av pasientene i tidligere studier opplevde det som utfordrende å skulle være sin egen pleier etter å ha gjennomgått dagkirurgi. Mange av respondentene i studiene begrunnet dette med at det var vanskelig å forholde seg til seg selv som nyoperert. Flere pasienter i tidligere studier oppga at de ikke ønsket å gjennomgå dagkirurgi igjen. En studie påpekte dissonans mellom pasientenes synspunkt på at det var positivt at dagkirurgi gav korte intervensjoner med helsevesenet, og at tiden postoperativt var mye mer utfordrende enn pasientene var forberedt på. Her var det ikke dokumentert forskjell på om pasienten hadde hjelp av pårørende eller ikke (jf. kap. 1.3.1).

Margolese og Lasry (2000) viste i sin studie at noen dagkirurgiske pasienter opplevde forløpet som positivt. Begrunnelsen for dette var basert på at en gruppe pasienter som hadde det postoperative forløpet etter dagkirurgi hjemme, skåret sin psykiske helse som bedre enn en gruppe pasienter som ble innlagt på sykehus etter dagkirurgi. Det kan være et argument for at noen pasienter muligens har bedre vilkår for å bli raskere frisk ved å ha det postoperative forløpet hjemmet istedenfor på sykehus. På tross av dette vet vi ikke noe om bakgrunnen til pasientene som deltok i deres studie, eller hvorfor noen av pasientene hadde det postoperative forløpet på sykehuset etter dagkirurgi (jf. kap.1.3.1). Ettersom det er pasienter som vurderes å

ha forutsetning for klare seg hjemme etter operasjon som får tilbud om dagkirurgi, finnes det trolig grunner til at disse pasientene hadde det postoperative forløpet på sykehus (jf. kap. 1.3). Begrunnelsen kan kanskje være basert på både at pasientene hadde lite kapital for å kunne klare seg hjemme i tillegg til underliggende sykdom (jf. kap. 2.2.1).

Regjeringen ser ut til å være klar over at pasientforløpene er blitt intensivert ved omlegging til mer dagkirurgi (Finansdepartementet, 2014, s. 147), men taler likevel for at pasienter vil profitere på forløpet fordi de oppnår bedre resultater ved å være hjemme postoperativt. Hjemme er de i vante omgivelser og er mer mobil og aktivt deltagende i egen behandling enn på sykehus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, s. 73-74). Sistnevnte argument kan bidra til mindre postoperative infeksjoner da pasientene i mindre grad eksponeres for ukjente bakterier i hjemmet (jf. kap. 1.3). Regjeringen argumenterte dermed faglig for dagkirurgi uten nødvendigvis å gjøre dette bevist (jf. kap. 2.1). Ved dagkirurgi ble det også omtalt at pårørende tar mer del i pasientens behandling, noe som også ble regnet som positivt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, s. 73-74).

Behovsideologi kan bidra til å forklare forventningene om mest mulig selvhjelp

Den amerikanske individbaserte behovsideologien til sykepleieren Virginia Henderson har hatt en sentral plass i norsk sykepleie i etterkrigstiden (jf. kap. 1.3.3). Denne ideologien er basert på en forestilling om at det er et grunnleggende menneskelig behov å være mest mulig selvhjulpne og klare seg med minst mulig hjelp fra andre. I sykepleien innebærer det forventningen om at pasienter klarer seg mest mulig selv uten hjelp fra sykepleier.

Selvhjelpstenkningen er også svært tydelig i den amerikanske psykologen Abraham Maslow's individbaserte teori om behovshierarki. Maslow fikk stort gjennomslag i etterkrigstiden (Boge, 2008, s. 31-34). Individualistisk behovsideologi er også et tydelig fundament for den amerikanske New Public Management (NPM) ideologien som har hatt stort gjennomslag i Norge de siste 20-30 årene (jf. kap. 1.3.3)

Dagkirurgi kan ansees som et eksempel på gjennomslagskraften denne amerikanske behovsideologien har fått i Norge, da pasienten pålegges ansvar for å utøve egenbehandlingstiltakene som kreves både før og etter kirurgi. Forløpet baserer seg på forventningen om at pasienten skal være sin egen pleier og ha minimal oppfølging av offentlig helsevesen i etterkant av forløpet. På denne måten skyver staten mer ansvar for pre- og postoperativ behandling over på pasienter og pårørende. Pasientene har likevel lovfestet

rett til å få hjelp av helsevesenet ved dagkirurgi (jf. kap. 5.3 og 5.4). Dermed kan det ikke argumenteres for at regjeringen har fullstendig fraskrevet sin plikt til å gi dagkirurgiske pasienter den helsehjelpen de trenger (jf. kap. 1.3.4). Pasienter som har gjennomgått dagkirurgi sendes for eksempel ikke ut av sykehuset uten informasjon om hvor de kan henvende seg for hjelp og svar på eventuelle spørsmål de skulle ha i forbindelse med forløpet. Noen dagkirurgiske avdelinger har også rutine for en viss grad av oppfølging etter det dagkirurgiske inngrepet (jf. kap.1.3).

Forventningene om effektivisering kan bidra til å forklare argumentasjon for mer dagkirurgi

Siden slutten av 1900-tallet har det vært store forventninger til at offentlig helsevesenet skal drives i pakt med produsjonstenking fra privat sektor. Som belyst i kapittel 1.3.4, overtok staten ansvaret for sykehusene og alle offentlige helsetjenester i 2002. Dermed ble staten alene ansvarlig for å bemidle sykehusene. Det førte til at en ny måte å finansiere offentlig helsevesen på ble innført. Målet var å effektivisere spesialisthelsetjenesten ved ISF- og DRG-rater. Spesialisthelsetjenesten i den sammenheng pålagt en overgang fra døgnbehandling og døgnkirurgi til mer dagbehandling og dagkirurgi. Nedtrekk av sengeplasser i sengepostene ble blant annet brukt som middel for å gjennomføre denne overgangen (jf. kap. 1.3.4.).

Gjennom analysene av regjeringsdokumentene fremtrer også det sterkeste argument for økt mengde dagkirurgi som et økonomisk initiert og i tråd med NPM sitt inntog i norsk offentlig sektor. Statens krav til omstrukturering og kostnadseffektivitet for offentlig sektor er trolig likevel ikke kun negativt. Det kan bli sett på som nettopp et middel for å få mest mulig ut av helsevesenets ressurser da flere pasienter kan behandles innenfor samme økonomiske budsjett (jf. kap. 5.3.1 og 5.4). På den andre siden, ble det i enkelte lavere rangerte dokument argumentert for at fokuset på kostnadseffektivitet og produktivitet kunne føre til mindre vennlighet og empati i spesialisthelsetjenesten. Det ble begrunnet med at helsepersonell ikke får mulighet til å sette seg inn i pasientens situasjon ved dagkirurgiens raske pasientforløp. Det kunne bidra til at pasienten i mindre grad ble oppfordret til å ta i bruk det som ble beskrevet som pasientens selvhelbredende krefter (jf. kap. 5.3.2).

I lavt rangerte regjeringsdokument problematiseres det også at dagkirurgi kan påføre primærhelsetjenesten ekstra arbeid og kostnader som i neste omgang kan gå ut over sårbare pasientgrupper kommunehelsetjenesten skal ivareta (jf. kap. 5.3.2). Slike heterodexe

argumenter fikk tilsynelatende lite gjennomslag i de dominerende regjeringsdokumentene (jf. kap. 5.2).

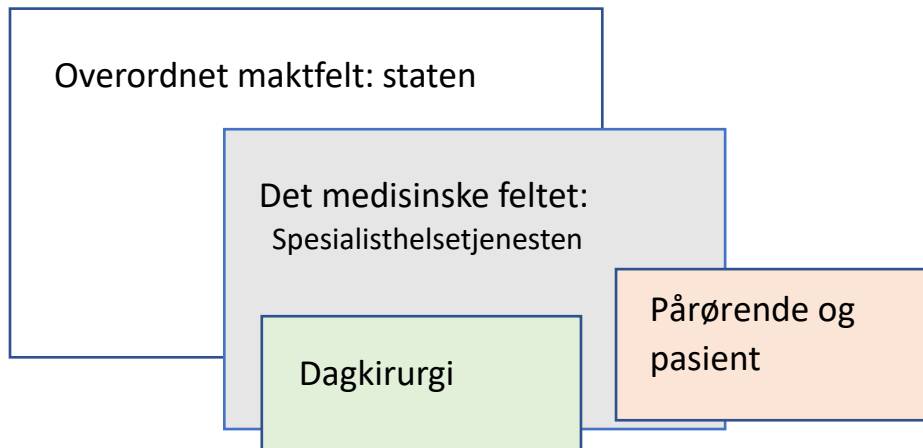
Forventningene om mer makt til politikere og mindre makt til fagprofesjonelle kan bidra til å forklare regjeringens posisjoner

Selv om leger alltid har vært underlagt politisk styring, har de tradisjonelt hatt en høy og relativt autonom posisjon i det medisinske feltet (jf. kap. 1.3.2). Etter at staten påtok seg alene å finansiere spesialisthelsetjenesten i 2002, fikk staten en enda sterkere definisjonsmakt enn tidligere. Dermed ble legenes posisjon svekket (jf. kap. 1.3.4). Det betyr selvsagt ikke at staten ser bort fra legenes faglige vurderinger. Det er anestesileger og kirurger som godkjenner pasienten for dagkirurgi, og som vurderer om pasienter kan utskrives til hjemmet operasjonsdagen. Selv om legene hadde hatt større definisjonsmakt, og selv om den statlige styringen av dagkirurgi var minimal ville det trolig vært mye dagkirurgi i Norge fordi legene startet med dagkirurgi allerede på slutten av 1980-tallet (jf. kap. 1.3 og 1.3.2). Likevel kan det se ut for at staten har satt dagkirurgi inn i en detaljert NPM- produktivitetstenkning. Det var ikke vanlig da legene startet med dagkirurgi (jf. kap. 1.3.2). Studiens analyser av regjeringsdokumenter viser at økonomiske argumenter ser ut for å ha en forrang fremfor de faglige (jf. kap. 5.2).

I regjeringsdokumentene ble det argumentert for at de dagkirurgiske forløpene burde standardiseres og effektiviseres, og hvor mange DRG poeng dagkirurgiske inngrep skal ha. I tillegg ble det også belyst for hvordan helsepersonell sin rolle burde være i fremtidens offentlige helsevesen. Et eksempel er at regjeringsdokumentene argumenterer for at helsepersonell er en begrenset ressurs. Det ble da foreslått å utvikle mer teknologi for å dekke det manglende behovet for fagprofesjonelle. Helsepersonell ble i tillegg påpekt at burde ha høyere kompetanse. Det medisinske fagfeltet kan dermed argumenteres for å være svært underlagt regjeringens styring, og det kan diskuteres hvor mye autonomt feltet faktisk er. Likevel har helsepersonell handlingsrom innenfor rammene regjeringen setter (jf. kap. 5.3.1 og 5.4). Det medisinske feltet har i tillegg sin egen logikk, oppbygning og historie. Derfor kan det argumenteres for å være relativt autonomt, på tross av at det ble mer underlagt politiske rammer etter 2002 (jf. kap. 2.2.2). Sammenhengen mellom feltene som i hovedsak samhandler ved fagområdet dagkirurgi illustreres i Figur 1 for å fremvise forhold mellom

hvilke felt dagkirurgiske praktikker innlemmer. Andre felt som kan relateres til fagområdet, som for eksempel kommunehelsetjenesten, ble ikke tatt med i illustrasjonen.

Figur 1: Illustrasjon av felt og sosial rom



7.0 Avsluttende kommentarer

Denne studien startet med at jeg undret meg over hvordan det kan ha seg at dagkirurgi har blitt så utbredt og standardisert som det er i dag (jf. kap. 1.2). Studien har bidratt til at jeg har fått større innsikt i hvordan det kan ha seg at dagkirurgipraktikkene jeg har agert i er som de er.

Før studien startet visste jeg ikke at regjeringens argumentasjon for dagkirurgi oppstod i 1995, det vil si på samme tid som NPM fikk innpass i offentlig sektor (jf. kap. 1.3.4). Gjennom studiens analyser, fremstår også den dominerende argumentasjonen for dagkirurgi å handle om kostnadseffektivisering. Dette viser seg blant annet i form av detaljerte koblinger mellom dagkirurgi og ISF og DRG-rater med tilhørende argumentasjon for at dagkirurgi er en hensiktsmessig og ressursbesparende måte å møte kapasitetsutfordringer i helsevesenet (jf. kap. 5.3.1 og 5.4). Det argumenteres også for at dagkirurgi kan gagne pasientene på grunn av at forløpet bidrar til at pasienten er en mobil og aktiv deltaker i sin egen behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 73-74). Regjeringen problematiserer derimot i liten grad at dagkirurgi kan være utfordrende for pasienter. Det kan med andre ord se ut for at det først og fremst er en økonomisk logikk som ligger bak regjeringens argumentasjon for mye dagkirurgi (jf. kap. 5.3.1 og 5.4). Denne logikken gjenspeiler seg i de strukturerte dagkirurgiske

praktikkene som jeg har erfart gjennom mitt møte med dagkirurgi i norsk, offentlig spesialisthelsetjeneste (jf. kap. 1.2 og 1.3).

Jeg startet studien med et syn på dagkirurgi som svært krevende for pasientene. Det var ikke før jeg hadde skrevet frem prekonstruksjonen av felt og sosialt rom og sosioanalysen at jeg klarte å utvide perspektivet mitt på fagområdet (jf. kap. 4.1). Studien har vist at statlige føringer kan ha argumentert for dagkirurgi på en klok måte fordi fagområdet kan bidra til at flere pasienter opereres samme økonomiske midler, og at ventetiden for kirurgi blir kortere. Den statlige logikken viste også å være i pakt med de studiene som viser at pasienter har positive erfaringer med dagkirurgi (jf. kap. 5.3.1 og 5.4). Likevel kan den statlige produksjonstenkningen utfordre både helsepersonell, pasienter og pårørende. Det er ikke undersøkt hvilke pasienter og helsepersonell som erfarer dagkirurgiske praktikker som utfordrende (jf. kap. 1.3.1). Dette kunne vært interessant å undersøke i en praxeologisk optikk.

Tidligere studier om dagkirurgi har ikke omfattet analyser av statlige føringer for fagområdet. Dermed har denne studien generert ny kunnskap om en etter hvert sentral praktikk i norske spesialisthelsetjenester (jf. kap. 1.3 og 1.3.1). Mine praxeologiske analyser har også gjort det mulig å vise at det er et hierarki mellom ulike regjeringsdokument, og at logikken i *Styringsdokumentene* gjerne har større gjennomslagskraft enn argument i dokument av lavere rang (jf. kap. 5.2) Selv om en skal være forsiktig med å trekke bastante slutninger på bakgrunn av en avgrenset masteroppgave, har registrantanalysen gjort det mulig å få overblikk over store mengder tekst om dagkirurgi (Kropp, 2009, s. 181-182). Funnene som ble generert i analysene representerer en relativt samstemt posisjonering til dagkirurgiske praktikker, selv om det finnes nyanser i regjeringsdokumentenes argumenter. Men studien omfatter ikke analyser av hvilken betydning det har hatt for de statlige føringenes posisjoneringer hvilke politisk retning og partier som satt i regjering på tidspunktene de ulike dokumentene ble skrevet (jf. kap. 3.1.4).

Selv om min studie kan ha generert litt ny kunnskap er det fortsatt mye vi ikke vet om hvordan dagkirurgi blir gjort og erfart, og om hvordan det kan være at praktikkene er som de er.

Vi vet for eksempel lite om:

- hvordan dagkirurgi faktisk gjøres og erfares av pasienter, pårørende, operasjonssykepleiere og annet helsepersonell med ulike posisjoner, disposisjoner og posisjoneringer.
- hvordan primærhelsetjenesten påvirkes av omlegging til mer dagkirurgi i sykehusene.
- hvordan dagkirurgi gjøres av institusjoner, pasienter og pårørende i andre land.
- om ulike politiske parti har ulike syn på dagkirurgi.
- hva dagkirurgisk produksjonstenkning eventuelt gjør med relasjoner mellom helsepersonell og pasienter, pasient og pårørende eller relasjonen mellom helsepersonell.

Bourdieu's teoriunivers med tilhørende metoder og teknikker kan fungere som rammeverk for slike videre studier om dagkirurgi (jf. kap. 2).

Litteraturliste

- Bautz-Holter (2009, 15. mars). *Dagkirurgi og pasienttilfredshet*. Sykepleien. 2002;90(21):(40-44). doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2002.0061>
- Berg, O. (u.å). *Fra "New public management" til "New public governance"*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/fra-new-public-management-til-new-public-governance>
- Blindheim, M. G. (2019). *Barnekreftoverlevende med helseutfordringer i etterkant av sykdom og behandling: Distinksjonen fra profilert prioritert pasient og en legeoppgave - til kronisk syk og en sykepleieroppgave. En dokumentanalyse med praxeologisk optikk av ulike posisjoners omtale av barn og unge kreftoverlevende fra tidsperioden 1979-2019*. (Masteroppgave). Universitetet i Bergen. Hentet fra: <http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/21375/Barnekreftoverlevende-med-helseutfordringer-i-etterkant-av-sykdom-og-behandling.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Boge, J. (2008). *Kroppsvask i sjukepleia* (Doktoravhandling). Universitetet i Bergen.
- Bourdieu, P. (2008a). *Af praktiske grunde: omkring teorien om menneskelig handlen*. København: Hans Reitzel.
- Bourdieu, P. (2008b). *Et utkast til en selvanalyse*. Oslo: Pax Forlag.
- Bourdieu, P. (1997). *Men hvem skapte skaberne? Interviews og forelæsninger*. København: Akademisk forlag A/S.
- Bourdieu, P. (1998). Pierre Bourdieu. Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori. I. Callewaert, S., Munk, M., Nørholm, M. & Petersen, K. A. (red.), *Tre former for teoretisk viden* (s. 72-108). København: Akademisk forlag.
- Callewaert, S. (2013). Klassisk og moderne samfunns-teori. I. Andersen, H. & Kaspersen, L. (red.), *Bourdieu* (s. 363-383). København: Hans Reitzels Forlag.
- Callewaert, S. (1996). Kultur, pædagogik og videnskab : habitus-begrebet og praktikteorien hos Pierre Bourdieu. København: Akademisk.
- Callewaert, S. (2007). Livshistorieforskning og kvalitative interview. I. H. Petersen, K. A., Glasdam, S. & Lorentzen, V. (red.), *Kritiske refleksjoner over den livshistoriske trend* (s. 20-30). Viborg: Forlaget PUC.
- Callewaert, S. (2014). Ny Pædagogisk Opslagsbog. I. Berønsted, L. B., Mottelson, M., Jørgensen, C. & Muschinsky, L. J. (red.), *Habitus* (s. 165-170). København: Hans Reitzels Forlag.
- Carstens, S. (2012). Rom for helse - hovedtrekk i spesialisthelsetjenestens bygningshistorie. I. Hammer, E. (red.), *Rammevilkår og drivere i helsebygget* (s. 74-86). Trondheim: Skipnes Kommunikasjon AS
- Dåvøy, G., Eide, P., & Martinsen, K. (2017). En dans på torneroser. Nordisk sygeplejeforskning, In press.
- Egelandsdal (2018). *Pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme etter dagkirurgi - En studie av brystkreftopererte kvinners opplevelser og erfaringer med egenbehandling etter utskrivelse fra sykehus*. (Masteroppgave) Hentet fra: https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/bitstream/handle/11250/2590992/Masterthesis_Egelandsdal.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Esmark, K. (2009). Sociologi i fortidens fremmede land. I.H. Hammerslev, O., Arnholtz, J. H. & Willig, I. (red.) *Refleksiv sociologi i praksis. Empiriske undersøgelser inspireret af Pierre Bourdieu.* (s.190-210). Hans Reitzels Forlag: København.
- Finansdepartementet (1997a). *Statsrekskapen medrekna folketrygda for 1997* (St. meld. 3 (1997-1998)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-3-1997-98-/id331714/>
- Finansdepartementet (1997b). *Omprioriteringer og tilleggsbevilgninger på statsbudsjettet 1998* (St. prp. 65 (1997-1998)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-65-1997-98-/id136930/>
- Finansdepartementet (2008). *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2008* (St. prp. 59 (2008-2009)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-59-2007-2008-/id511427/>
- Finansdepartementet (2014). *Nasjonalbudsjettet 2015* (St. meld. 1 (2014-2015)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Meld-St-1-20142015/id2005410/>
- Frederiksen, J. (2016). *Tværfaglige velfærdsprofesjoner: Tversamarbejde som en social praktik for den neolibérale velfærdsstats profesjoner* (Doktoravhandling). Roskilde Universitet. Hentet fra: https://rucforsk.ruc.dk/ws/portalfiles/portal/56817859/Frederiksen_J._2015_Tv_rprofessionelle_velf_rdsprofesjoner.pdf
- Gisle, J. (2018, 20. februar). *Proposisjon*. Hentet fra: <https://snl.no/proposisjon>
- Hamberger, B. (2013). Kirurgi. I.H. Hamberger, B. & Haglund, U. (red.), *Kirurgins utveckling och metoder* (s. 11-13, 8 utg.). Stockholm; Liber.
- Hansen, J. A. (2009). Refleksiv sociologi i praksis: Empiriske undersøgelser inspirert av Pierre Bourdieu. I. H. Hammerslev, O., Hansen, J. A. & Willig, I. (red.), *Om feltanalytiske interviews i analyser og aktivering* (s. 61 - 76). København: Hans Reitzels Forlag.
- Harrits, G. S. (2017). *Pierre Bourdieu*. Oslo: Jurist og Økonomforbundets Forlag.
- Helseatlas (u.å). *Om Helseatlas*. Hentet fra: <https://helseatlas.no/om-helseatlas#>
- Helse Bergen (2016, 6. desember). *Før du møter*. Hentet fra: <https://helsebergen.no/avdelinger/kirurgisk-serviceklinikk/dagkirurgisk-seksjon-ksk/til-deg-som-skall-opererast-pa-dagkirurgen/for-du-moter>
- Helsedirektoratet (2017, 9. oktober). *Innsatsstyrt finansiering og dagkirurgi*. Hentet fra: https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf/ISF_uttalelser_2017%20-%202009.10.17%20ISF%20og%20dagkirurgi%20-%20Utredning.pdf/_attachment/inline/444fda4a-06c3-4dd6-8a57-dd6592faf425:1eace136d9ab332b55a120f7d2b35e68b5a87cab/ISF_uttalelser_2017%20-%202009.10.17%20ISF%20og%20dagkirurgi%20-%20Utredning.pdf
- Helsedirektoratet (2019, desember). *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
- Helsenorge (2019, 30. desember). *Eigenandeler på sjukehus poliklinikk*. Hentet fra: <https://helsenorge.no/betaling-for-helsetjenester/betaling-pa-sykehus-og-poliklinikk>

- Helse- og omsorgsdepartementet (1995). *Ventetidsgarantien - kriterier og finansiering* (St. meld. 44 (1995-1996)). Hentet fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-44_1995-96/id190995/
- Helse- og omsorgsdepartementet (1998). *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)* (Ot.prp. nr. 12 (1998-99)). Hentet fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-12-1998-99-/id159415/?q=dagkirurgi&ch=2#match_0
- Helse- og omsorgsdepartementet (1999a). *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene* (St. meld. 28 (1999-2000)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-28-1999-00-/id192863/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (1999b). *Om sykehusøkonomi og budsjett 2000* (St. prp. 47 (1999-2000)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-47-1999-2000-/id202984/?ch=1>
- Helse- og omsorgsdepartementet (1999c). *Lov om endringer i folketrygdloven og i enkelte andre lover. (samleproposisjon våren 2000)* (Ot. prp. 38 (1999-2000)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-38-1999-2000-/id160587/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2001). *FOR BUDSJETTERMINEN* (St. prp. 1 (2001-2002)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-01-2001-2002-/id205422/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2002a). *Om lov om endringer i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven)* (Ot. prp. 74 (2002-2003)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-74-2002-2003-/id174712/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2002b). *FOR BUDSJETTERMINEN* (St. prp. 1 (2002-2003)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-1-2002-2003-/id295608/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2002c). *Styringsdokument for Helse Vest - 2002*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bestillerdokumentet/rev-styringsdok-vest2.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2003a). *Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten* (St. meld. 5 (2003-2004)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-5-2003-2004-/id197375/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2003b). *FOR BUDSJETTERMINEN* (St. prp. 1 (2003-2004)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-1-2003-2004-/id296410/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2003c). *Styringsdokument for Helse Vest - 2003*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bestillerdokumentet/styringsdokument-03-vest.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2004a). *FOR BUDSJETTERMINEN* (St. prp. 1 (2004-2005)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-1-2004-2005-/id209866/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2004b). *Styringsdokument for Helse Vest - 2004*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bestillerdokumentet/styringsdokument-helse-vest.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005a). *FOR BUDSJETTERMINEN* (St. prp. 1 (2005-2006)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-1-2005-2006-/id211302/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005b). *Bestillerdokument for Helse Vest - 2005*. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bestillerdokumentet/bestillardokumentetnynorsk_helse-vest100105.pdf

- Helse- og omsorgsdepartementet (2006a). *FOR BUDSJETTERMINEN* (St. prp. 1 (2006-2007)).
Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-1-2006-2007-/id213031/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006b). *Bestillerdokument for Helse Vest -2006*. Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bestillerdokumnet/bestiller-vest.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007a). *FOR BUDSJETTERMINEN* (St. prp. 1 (2007-2008)).
Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-1-2007-2008-/id483671/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007b). *Oppdragsdokument 2007 - Helse Vest RHF*. Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/2007vest.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008a). *En gledelig begivenhet* (St. meld. nr. 12 (2008-2009)).
Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008b). *FOR BUDSJETTERMINEN* (St. prp. 1 (2008-2009)).
Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-1-2008-2009-/id529930/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008c). *Oppdragsdokument 2008 - Helse Vest RHF*. Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/2008-helse-vest-sokbar.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009a). *FOR BUDSJETTERMINEN* (St. prp. 1 (2009-2010)).
Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-1-s-20092010/id580279/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009b). *Oppdragsdokument 2009 - Helse Vest RHF*. Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bestillerdokumnet/helse-vest-nyorsk.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010a). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)* (St. meld. 16 (2010)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010b). *Oppdragsdokument 2010 - Helse Vest RHF*. Hentet fra:
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/oppdragsdokument_2010/oppdragsdokument-til-helse-vest-rhf-nn.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Oppdragsdokument 2011 - Helse Vest RHF*. Hentet fra:
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/oppdragsdok_2011/helsevest.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012a). *Endringer i spesialisthelsetjenesteloven* (Prop. 196L (2012)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-196-l-20122013/id736169/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012b). *Oppdragsdokument 2012 - Helse Vest RHF*. Hentet fra:
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/oppdragsdokument_2012/oppdragsdokument2012helsevestrhfversjon111901.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013a). *FOR BUDSJETTERMINEN* (St. prp. 1 (2013-2014)).
Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-1-s-20132014/id739786/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013b). *Oppdragsdokument 2013 - Helse Vest RHF*. Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/oppdragsdokumentvest.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014). *Oppdragsdokument 2014 - Helse Vest RHF*. Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/20140128oppdragsdokumenthv.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015a). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)* (St. meld. 11 (2015)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>

- Helse- og omsorgsdepartementet (2015b). *Oppdragsdokument 2015 - Helse Vest RHF*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/opp2hv.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016a). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2015* (St. meld. 13 (2016-2017)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20162017/id2524141/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016b). *FOR BUDSJETTERMINEN* (St. prp. 1 (2016-2017)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-hod-20162017/id2513924/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016c). *Oppdragsdokument 2016 - Helse Vest RHF*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument2016hv.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017a). *FOR BUDSJETTERMINEN* (St. prp. 1 (2017-2018)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-hod-20172018/id2574064>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017b). *Oppdragsdokument 2017 - Helse Vest RHF*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2018-helse-vest-rhf.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018). *Oppdragsdokument 2018 - Helse Vest RHF*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2018-helse-vest-rhf.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2019a). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2018* (St. meld. 9 (2019-2020)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20192020/id2681185/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2019b). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023)* (St. meld. 7 (2019)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2019c). *FOR BUDSJETTERMINEN* (St. prp. 1 (2019-2020)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20192020/id2671560/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2019d). *Oppdragsdokument 2019- Helse Vest RHF*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2019-hv-rhf.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2020). *Oppdragsdokument 2020 - Helse Vest RHF*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2020-helse-vest-rhf-2.pdf>
- Hjelmtveit, V. (2009). *Velferdsstaten i endring. Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre*. I. H. Stamsø, M. A. (red.), *Sosialpolitikk i historisk perspektiv* (2 utg., s. 29 - 66). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Holm, S. & Kummeneje, I. (2009). *Pre-, og postoperativ sykepleie. Med dagkirurgi* (2 utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Holvik, M. G (2018). *Pårørende i sykepleiefaget – «Fra ansvarsfraskrivende slektning til samarbeidspartner» Distinksjonen mellom betalt og ubetalt hjelp til hjemmeboende eldre* (Masteroppgave). Bergen: Universitetet i Bergen. Hentet fra: <http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/17896/Marianne-Giske-Holvik---P-R-RENDEI-SYKEPLEIEFAGET.pdf?sequence=28&isAllowed=y>
- Hovde, K.-O. (2019, 8. februar). *Regjeringen*. Hentet fra: <https://snl.no/regjeringen>

- Horne, R. (2016). "Like barn leikar best" *En praxeologisk studie om habilitering av hjelpetrengande barn og unge* (Doktoravhandling). Universitetet i Bergen. Hentet fra: <http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/15253/dr-thesis-2016-Rolf-Horne.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Järvinen, M. (2013). Klassisk og moderne samfundsteori. I. H. Andersen, H. & Kaspersen, L. B. (red.) *Pierre Bourdieu* (s. 365-385, 5 utg.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Johannessen, L. B. (2006). *Kirurgien i endring - hvilke konsekvenser får det?* Tidsskriftet den norske legeforening. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2006/11/kirurgisk-hostmote/kirurgien-i-endring-hvilke-konsekvenser-far-det>
- Lund, E. C. (2012). *Virke og profesjon. Norsk sykepleierforbund gjennom 100 år (1912-2012)*. Oslo: Akribe.
- Mathisen, A. (2019). *Forhold som kan bidra til å forklare at intensivsykepleiere blir i yrket – en praxeologisk studie*. (Masteroppgave). Høgskulen på Vestlandet. Hentet fra: <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/bitstream/handle/11250/2602151/Mathisen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mathisen, J. (2006). *Sykepleiehistorie. Ideer - mennesker - muligheter* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Margolese R. G., Lasry J. C. (2000). Ambulatory surgery for breast cancer patients. *Annals of Surgical Oncology*. 7 (3) 181-187. DOI: 10.1007/BF02523651
- Mottram, A. (2011a). "Like a trip to McDonalds": a grounded theory study of patient experiences of day surgery. *Int J Nurs Stud*, 48(2), 165-174. doi: <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. *J Clin Nurs*, 20(21-22), 3143-3151. doi: <http://doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03763.x>
- Moseng, O. G. (2003). *Ansaret for undersåttenes helse*. Oslo: Universitetsforlaget
- Moseng, O. G. (2012). *Fremvekst og profesjonalisering. Norsk sykepleierforbund gjennom 100 år (1912-2012)*. Oslo: Akribe
- Nakstad, A. R. (2012). Sykdom og behandling. I.H. Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E. (red.), *Pre-, per- og postoperativ behandling* (s. 563 – 578). Oslo: Gyldendal akademisk.
- NOU 1996:1. (1996). *Et enklere og mer rettferdig inntektssystem for kommuner og fylkeskommuner*. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
- NOU 1996:5. (1996). *Hvem skal eie sykehusene?* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 1997:2. (1997). *Pasienten først!* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 1997:18. (1997). *Prioritering på ny*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 1999:15. (1999). *Hvor nært skal det være? -Tilknytningsformer for offentlige sykehus*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2000:21. (2000). *Strategi for sysselsetting og verdiskapning*. Oslo: Finansdepartementet.
- NOU 2000:22. (2000). *Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune*. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

- NOU 2000:27. (2000). *Sykemelding og uførepensjonering – et inkluderende arbeidsliv*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.
- NOU 2003:1 (2003). *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2003:34. (2003). *Mellom stat og marked – selvstendige organisasjonsformer i staten*. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
- NOU 2005:3. (2005). *Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2008:2. (2008). *Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2010:13. (2010). *Arbeid for helse – Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2015:17. (2015). *Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2016:25. (2016). *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten – hvordan bør staten eierskap innrettes fremover?* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2019:24. (2019). *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NSF (2016, 1. juli). *Spesialsykepleiere*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/spesialsykepleiere/artikkelliste/1734958>
- NSFLOS (2015). *Operasjonssykepleiers ansvars og funksjonsbeskrivelse*. Hentet fra: <https://nsflos.no/fag-og-fagutvikling/operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse/>
- NSFLOS (u.å.). *Operasjonssykepleiers historie*. Hentet fra: <https://nsflos.no/nsflos/operasjonssykepleiers-historie/>
- Nærings- og fiskeridepartementet (2018). *Helsenæringen- Sammen om verdiskapning og bedre tjenester* (St. meld. 18 (2018-2019)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-18-20182019/id2639253/>
- Kropp, K. (2009). Registrantanalyse. I.H. Hammerslev, I O., Hansen, J. A. & Willig I. (red.), *Refleksiv sosiologi i praksis* (s. 173-189). Viborg: Hans Reitzels Forlag.
- Odom-Forren, J. (2015). Alexander's care of the patient in Surgery. I.H. Rothrock, J. C. (red.), *Postoperative Patient Care and Pain Management* (s. 270-293). Missouri: Elsevier Mosby.
- Olsen, B. (2009). Velferdsstaten i endring. Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre. I. H. Stamsø, M. A. (red.), (2 utg., s. 29 - 66). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasient og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- 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. & Callewaert, S. (2013). *Praxeologisk sygepleievidenskab – hvad er det? En diskussion med det subjektivistiske og det objektivistiske alternativ*. København: Forlaget Hexis.

- Prieur, A. (2002). Objektivisering og refleksivitet - om Pierre Bourdieus perspektiv på design og interview. I. H Jacobsen, M. H, Kristiansen, S. & Prieur, A. (red.), *Liv, fortælling, tekst - Strejftog i kvalitativ sociologi* (s. 109-132). Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Regjeringen (2014, 30. oktober). *Statlig finansiering av de regionale helseforetak*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/statlig-finansiering-av-de-regionale-hel/id227797/>
- Regjeringen (2019, 15. januar). *Oppdragsdokument*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>
- Regjeringen (u.å.a). *Departementene*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dep/id933/>
- Regjeringen (u.å.b). *Helse- og omsorgsminister Bernt Høie (H)*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/helse--og-omsorgsminister-bent-hoie/id742895/>
- Regjeringen (u.å.c). *Meldingar til Stortinget*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokument/meldst/id1754/>
- Regjeringen (u.å.d). *Proposisjonar til Stortinget*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokument/prop/id1753/>
- Regjeringen (u.å.e). *NOU-ar*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokument/nou-ar/id1767/>
- Ræder, J. & Nordentoft, J. (2010, 8. april). *Dagkirurgi og anestesi*. Tidsskriftet den norske legeförening, 130(7), 742-746. doi:10.4045/tidsskr.08.0341
- Schlichting, E. (2018, 27. august). *Dagkirurgi*. Hentet fra: <https://sml.snl.no/dagkirurgi>
- Schiøtz, A. (2003). *Folkets helse- landets styrke. 1850-2003*. Oslo; Universitetsforlaget.
- Schiøtz, A. (2017). *Viljen til liv: Medisin- og helsehistorie frå antikken til vår tid*. Oslo: Samlaget.
- Solheim, K (1996, 30. januar). *Dagkirurgi*. Tidsskriftet den norske legeförening. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/1996/01/redaksjonelt/dagkirurgi>
- Sosial- og helsedepartementet. (2001). Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/15a4b853c7be45fb8d432b109b782961/no/pdfa/otp200020010066000dddpdfa.pdf>
- Stessel, B., Fiddlers, A. A., Joosten, E. A., Hoofwijk, D. M., Gramke, H. F., & Buhre, W. F. (2015). Prevalence and Predictors of Quality of Recovery at Home After Day Surgery. *Medicine* (Baltimore), 94(39), e1553. doi:10.1097/MD.0000000000001553
- Stien, R. (2009, 22. april). *Myten om de dyre sykehussengene*. Hentet fra: <https://www.dagbladet.no/nyheter/myten-om-de-dyre-sykehussengene/66548255>
- Stortinget (2020, 19. februar). *Hvordan dannes en regjering?* Hentet fra: <https://stortinget.no/no/Stortinget-og-demokratiet/stortinget-undervisning/videregaende-skole/hvordan-dannes-en-ny-regjering/>
- Uddenberg, N. (2018). *Medisinens historie. Lidelse og helbredelse*. Oslo: Dreyers Forlag
- Wilkens, L. (2015). *Pierre Bourdieu*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Vedlegg 1

Den norske regjeringens posisjonering til dagkirurgi, 1995-2020

av Miriam B. Dahl

Helse og omsorgsdepartementet sine posisjoneringer i Meldinger til Stortinget:

Navn på dokument	Årstall	Posisjoneringer til dagkirurgi
St. meld. nr. 44 «Ventetidsgarantien - kriterier og finansiering»	1995-1996	<p><i>St. meld 44</i> omhandler hvordan ventetidsgaranti kan effektivisere sykehusdriften.</p> <p>Dokumentet påpekte at økt elektiv virksomhet (herunder poliklinisk virksomhet og dagbehandling/dagkirurgi) kunne bidra til å nå en ventelistegaranti på mellom 3-6 mnd. Dokumentet påpekte en utfordring for å nå målet, var mangel på leger og spesialsykepleiere (som igjen har betydning for muligheten til effektiv behandling) og muligheten for dagkirurgi.</p> <p>Dagkirurgi ble argumentert for å være en ubrukt ressurs for å øke sykehusets kapasitet, og for å redusere kapasitetsproblemer i helsevesenet. Dette hadde sin begrunnelse i at mer behandling på det tidspunktet kunne gjennomføres dagkirurgisk.</p> <p><i>St. meld. 44</i> nevnes det at andre sammenlignbare land benyttet mer dagkirurgi enn norske sykehus. Dagkirurgi ble også argumentert å være en mulighet for å erstatte innleggelser i sykehus (som kan frigi ressurser). For å oppfordre sykehusene til å bruke mer dagkirurgi, ble takstene (DPG) for denne type behandling økt (s.3,4, 21, 22 og 28).</p>
St. meld. nr. 28 «Innhald og kvalitet i omsorgstenestene»	1999-2000	<p>Dokumentets argument for dagkirurgi var at det kan minske belastningen på sykehusene. På den andre siden, kunne det førte til økt mengde oppgaver for kommunehelsetjenesten. Mange av omsorgsoppgavene i kommunehelsetjenesten kan bare utøves av menneskehender, og ressursbehovet ville nødvendigvis ikke blitt redusert på grunn av tekniske hjelpemidler (s. 50).</p>
St. meld. nr. 5 «Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten»	2003-2004	<p><i>St. meld. 5</i> argumenterte for ISF som det viktigste aktivitetsbaserte tilskuddet for de regionale sykehusene. Dokumentet nevnte også at helseforetakene kan kjøpe dagkirurgiske behandlinger hos private spesialister hvor helseforetaket har avtale. Det ble først iverksatt som en prøveordning. Målet var å desentralisere dagkirurgisk behandling for å få ned ventelister i spesialisthelsetjenesten. <i>St. meld. 5</i> viste til en rapport om desentralisering til mindre sykehus. Den viste at å desentralisere hjalp for å minske ventetiden på behandling, og at det muligens hadde med at dagkirurgisk behandling ble mer tilgjengelig (s. 13, 44 og 45).</p>
St. meld. nr. 12 «En gledelig begivenhet»	2008-2009	<p>Dokumentet hevdet at lokale sykehus burde kunne tilby elektive kirurgiske tjenester innrettet mot store pasientgrupper organisert enten som dagkirurgi eller døgnkirurgi (s. 11).</p>
St. meld. nr. 16 «Nasjonale helse- og omsorgstjenester»	2010	<p>Den nasjonale planen for sykehus og omsorgstjenester henviste til at dagbehandling og dagkirurgi var blitt utbredt innen flere fag, som blant</p>

omsorgsplan (2011-2015)»		annet øre-, nese- halskirurgi, gynekologi og for barnesykdommer. Dokumentet viste også til at pasientopplæringstilbudet var blitt utbredt (s. 76).
St. meld. nr. 11 «Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)»	2015	<i>St. meld 11</i> , en nasjonal helse- og sykehusplan, argumenterte for at hvert sykehus har et ansvar for å bidra til at ressursene i utnyttes på best mulig måte, samt å tilby pasientene behandling bevist å være mest effektiv. Dokumentet viste til et Helseatlas om dagkirurgi fra 2011-2013 ² , hvor det var registrert geografiske forskjeller for noen type dagkirurgiske inngrep. Variasjonen ble argumentert for å kunne være et uttrykk for overbehandling, underbehandling eller feilbehandling. Videre ble det hevdet at det viktigste middelet for å sikre effektive og kvalitetssikre pasientbehandlinger var standardiserte pakkeforløp basert på faglige retningslinjer og fagkunnskap. Standardisering ble også argumenter for å kunne være et middel for å utnytte ressurser i sykehus på best mulig måte. <i>St. meld. 11</i> påpekte at pasientene hadde lengre liggetid i både seng og i sykehus tidligere. Derfor argumenterte dokumentet for at moderne spesialisthelsetjeneste virker til fordel for pasienten, da resultatene ofte blir bedre fordi pasienten oppfordres til å være mer mobil og mest mulig i sine vante omgivelser» (s.73-74).
St. meld. nr. 13 «Kvalitet og pasientsikkerhet 2015»	2016-2017	Dette dokumentet fremhevdde også funn fra Helseatlas ¹ om dagkirurgi som vist i <i>St. meld. 11</i> «Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)». <i>St. meld 13</i> argumenterte at de geografiske forskjellene ikke kunne ha årsak i ulike behandlingsbehov i forskjellige deler av Norge, og at det ville essensielt å identifisere årsaker til funnene. Det kunne da bli satt i verk tiltak mot de uønskede geografiske forskjellene i bruk av dagkirurgi (s. 6 og 47).
St. meld. nr. 9 «Kvalitet og pasientsikkerhet 2018»	2019-2020	<i>St. meld. 9</i> henviste til at det ble gjennomført en ny registrering av i geografisk variasjon og bruk av dagkirurgi i et Helseatlas fra 2018 ³ . Helseatlasen viste en fortsatt uønsket utbredelse av noen typer aldersbetingede og noen ikke-aldersbetingede dagkirurgiske operasjoner. Atlasen viste derimot en reduksjon av to typer ortopediske, dagkirurgiske inngrep med omdiskutert effekt. En del av disse var blitt gjennomført via kjøp av tjenester hos private sykehusaktører. Denne reduksjonen blir dermed sett på som ønsket (s. 31-32).
St. meld. nr. 7 «Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023»	2019	I den siste nasjonale helse- og sykehusplanen ble utgitt, skal nåtidens og fremtidens helsetjeneste ha fokus på å være pasientens helsetjeneste. Dokumentet argumenterte for at helsepersonell burde bidra til at pasienter og pårørende bidrar for at pasientene er aktive deltakere i helsehjelpen de mottar (s. 7-8). Dette dokumentet henviste også til Helseatlasen fra 2018 ² , likt <i>St. meld. nr. 9</i> «Kvalitet og pasientsikkerhet 2018» (s. 141-143). Videre ble det påpekt at det burde satses på en endret ressursvekst i spesialisthelsetjenesten fra vekst i bemanning, som er en knapp ressurs, til investering i teknologi og kompetanse. Tiltaket ble hevdet å kunne redusere fremtidig arbeidskraftbehov. Det ble argumentert å kunne gi større behov for videreutdanning innen helseprofesjonene, særlig blant sykepleiere (s. 9.) Selv om effektiviteten og produktiviteten hadde økt i spesialisthelsetjenesten de siste 25 årene, påpekte dokumentet at flere

² Hentet fra: https://helseatlas.no/sites/default/files/Rapporthelseatlas1_15.pdf

³ Tallene er basert på registreringer fra 2013- 2017. Hentet fra: https://helseatlas.no/sites/default/files/dagkirurgi_2013-2017.pdf

		studier hadde vist rom mer effektivitet. Dagkirurgi og dagbehandling ble fortsatt argumentert for som viktig for å kunne øke effektiviteten i spesialisthelsetjenesten (s. 141-143 og 153). Riksrevisjonen avdekket en stor variasjon i effektiviteten og utnyttelsen av operasjonsstuer, poliklinikker og andelen kirurgi som utføres som dagkirurgi. Funn viser også at bedre personalsammensetning kan øke effektiviteten, da det ble vist en positiv sammenheng mellom legenes produktivitet og antall sykepleiere og sekretærer per lege (s. 141-143).
--	--	---

Helse og omsorgsdepartementet sine posisjoneringer i Proposisjoner til Stortinget:

Navn på dokument	Årstall	Posisjoneringer til dagkirurgi
Ot.prp. nr. 12 «Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)»	1998	Fra 1994 til 1996 økte pasientstrømmer mellom fylkene for alle helseregionene. Størst relativ økning forelå ved dagkirurgi, men økning er vanskelig å være 100% sikker på grunn av datagrunnlaget (ventelistedata) (s. 49).
St. prp. nr. 47 «Om sykehusøkonomi og budsjett 2000»	1999-2000	<i>St. prp. 47</i> viste til merforbruk i sykehusene noen deler av året. Det kom frem ved telefonintervju av landets fylkessjefer. Fylkeskommunene hadde ulike taktikk for å forhindre merforbruket. Noen av sykehusene la da om til mer dagkirurgi for å øke aktivitetsnivået og inntekten. Det ble oppfordret til ved å høyne ISF taksten for dagkirurgi, og innlemme det i DRG systemet. Det bidro til å minske mengden kirurgiske pasienter i sengepostene, og ble påpekt å ha gitt økt belastning på sengepostene og påfølgende merutgifter. Argumentet for at det kunne ha skapt merforbruk, var fordi det kunne ha ført til at sengepostene ble fylt av mer syke og ressurskrevende pasienter. Mer og bedre behandling førte også til at mennesker lever lengre, og det kan gjøre at det kan bli større behov for helsetjenester. Dokumentet sier med det at jo bedre helsetjenestene er, jo mer utgifter kan det bli (s. 11, 13 og 23).
Ot. prp. nr. 38 «Lov om endringer i folketrygdloven og i enkelte andre lover. (samleproposisjon våren 2000)»	1999-2000	Dokumentet argumenterte for at det har vært en langvarig praksis å dekke dyrere pasienttransport for dagkirurgi der det ikke går rutegående transport (s. 24).
Ot. prp. nr. 74 «Om lov om endringer i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven)»	2002-2003	<i>Ot. prp. 74</i> påpekte at offentlig helsesektor kjøper for eks. dagkirurgisk behandling for pasienter i private helseforetak, og at dette dekkes av offentlige midler, kan føre til en grenseforskyvning mellom det offentlige og private. Det kan endre forsikringsordninger for helsetjenester, og fører til økt likestilling mellom privat og offentlig helsesektor ⁴ (s. 17).
St. prp. nr. 1 «FOR BUDSJETTERMINEN» (13 dokument)	(2001-2002) (2002-2003)	<i>St. prp. 1</i> fra 2002 beskrev forslaget om dagkirurgisk behandling hos spesialister med driftsavtale. Disse avtalene kunne utløse ISF og DRG-refusjon for offentlige sykehus. Begrunnelsen for forslaget var at det kunne bidra til bedre utnyttelse av samlet personellkapasitet i privat og offentlig helsesektor, i tillegg til at det kunne gi økonomiske gevinster

⁴ Bakgrunnen for Ot. prp. må sees i sammenheng med lovforslag om offentlig spesialisthelsetjeneste skal kjøpe tjenester, som dagkirurgi, av private aktører (jf. for eks. St. prp. nr. 1 «FOR BUDSJETTERMINEN 2002»)

	(2003-2004) (2004-2005) (2005-2006) (2006-2007) (2007-2008) (2008-2009) (2009-2010) (2013-2014) (2016-2017) (2017-2018) (2019-2020)	ved at sammenlignbar behandling kunne gjøres billigere (s. 22, 26 og 181-183). Forslaget fikk medhold, og førte i 2006 til at noen dagkirurgiske inngrep økte. <i>St prp. 1</i> fra 2006 argumenterte videre for at omlegging til mer dagkirurgi og mindre innleggelser som ønskelig. Det ble videre påpekt at dagkirurgi og økt dagbehandling førte til at kommunene får et større ansvar, særlig for pasienter med sammensatte behov. Proposisjonen fra 2006 argumenterer derfor at kommunene bør omprioritere sine ressurser (s. 280). I proposisjonen fra 2016, ble Helseatlasene nevnt som sentrale rettesnorer offentlige helseforetak burde rette seg etter. Det vil si at sykehusene burde øke bruken av dagkirurgi for noen fagfelt og bidra til å minske den geografiske forskjellen i Norge for dagkirurgi (s. 88). Ikke alle <i>St. prp 1</i> -ene av HOD nevnte dagkirurgi. Noen dokumenterte ISF rater, som lå på mellom 40-60% av finansiering for RHF gjennom tidsperiodene.
Prop. 196 L «Endringer i spesialisthelsetjenesteloven»	2012	Proposisjonen argumenterte for avtalen om kjøp av dagkirurgiske og tjenester fra private helsetjenesteaktører. Dokumentet hevdet at ordningen hadde medført at godkjenning som sykehus er mindre relevant enn tidligere. Likevel opprettholdt godkjenningsordningen en unødvendig forskjell i hvordan de privat eide virksomhetene ble behandlet av myndighetene. Proposisjonen påpekte dessuten at offentlig helsevesen kunne stille krav til kvalitet på tjenesten den private aktøren gir, som å kreve dokumentasjon av leverandørens tekniske og faglige kvalifikasjoner (s. 16-17).

Helse og omsorgsdepartementet sine posisjoneringer i NOU-er:

Navn på dokument	Årstall	Posisjoneringer til dagkirurgi
NOU: 5 «Hvem skal eie sykehusene?»	1996	<i>NOU 1996:5</i> argumenterte for at omlegging av takstsystemet for poliklinisk og dagkirurgisk virksomhet medførte en relativ vridning av sykehusenes aktiviteter mot dagbehandling. Utviklingen startet i 1988, og har økte frem mot 1995. Veksten av dagbehandling var sterkest i regionssykehusene (s. 32).
NOU: 2 «Pasienten først!»	1997	I denne NOU-en ble det beskrevet at dagkirurgi burde benyttes i tilfeller det er forsvarlig, og ved mindre alvorlige tilstander. Dokumentet argumenterer for at denne typen elektiv behandling burde være skjermet, og være en egne avdelinger. NOU-en hevdet at vennlighet, og evnen til å sette seg inn i pasienten sin situasjon var på vei ut av spesialisthelsetjenesten. Videre argumenterte NOU-en at pasientens egne ressurser til selvhelbredelse burde tas i bruk for at pasienten kunne håndtere sykdom og styrke mestringsvevnen. Grunnlaget for at pasienten kunne ta i bruk disse selvhelbredende kreftene, beskrives som svekkende ved lavere liggetid på sykehus, økt fokus på inntjening, sentralisering og spesialisering. For å

		<p>kunne bedre pasientens mulighet til å håndtere egenbehandling i en effektivisert spesialisthelsetjeneste, beskrev NOU-en at pasienten burde møtes med respekt fra innkomst til utskrivelse. Dokumentet argumenterte også for at det var viktig å initiere til samtale og overlevere informasjon på pasientens premisser. Det kunne skape trygghet for pasienten. Pårørende ble påpekt at burde kunne få være til stede med pasienten, så lenge pasienten ønsket det. Dokumentet fremhevd videre at spesialisthelsetjenesten har ansvar for å følge opp at pasienter som har behov for det får oppfølging i neste ledd. Herunder ble opprettelsen av sykehotell ved flere norske sykehus nevnt. Dette kunne for eks. dagkirurgiske pasienter benytte pre- og/eller postoperativt etter ønske. Sykehushotellene har ikke tilgjengelig helsepersonell, men ble argumentert for å være et godt alternativ til pasienter med lang reisevei til sykehuset. I forhold til ISF-rate argumenterte dokumentet for at refusjonsordningene burde nøye vurderes i forhold til dagkirurgi og dagbehandling. Dokumentet hevdet det ikke burde være mer lønnsomt for sykehuset å legge inn pasienter som kan reise hjem. Mer dagbehandling og dagkirurgi ble sett på som ressurs sparende for sykehusene, og at takstene for dagkirurgi burde økes til ønsket aktivitetsnivå (s. 9, 59, 97, 104 og 108)</p>
NOU: 18 «Prioritering på ny»	1997	<p>NOU-en henviser til St. meld. nr. 44 fra 1995, og argumenterte at dagkirurgisk drift var lite utbredt i Norge, selv om raten hadde økt. Det dagkirurgiske tilbudet ble sett på som begrenset på grunn av at Norge har mange små sykehus og spredt bosetting. Dokumentet argumenterte for at det var stort press på somatisk helsetjeneste, og da særlig sykehusene. Det ble lagt til begrunnet med stramme økonomiske rammer for avdelingene, og at publikum (det norske folk?) etterspurte bedre tjenester. For å kunne minske belastningen, mente dokumentet dagbehandling og dagkirurgi burde benyttes der det er til det beste for pasienten og kan bidra til ressursutnyttelse for sykehuset (s. 67).</p> <p>En av forfatterne av NOU-en, Tor Iversen⁵, gjennomførte i 1997 en undersøkelse av sammenhenger mellom finansieringsmåte og prioritering av pasientgrupper i norske sykehus. Den ble gjennomført i forbindelse med økningen av takstene for dagkirurgi i 1989, og viste at økt finansiering hadde betydning for utbredelsen av dagkirurgisk behandling. Det var ingen signifikante tegn på at takstene hadde innflytelse på hvilke pasientgrupper som ble prioritert for å kunne gjennomgå dagkirurgi (s. 218-219).</p>
NOU: 15 «Hvor nært skal det være? - Tilknytningsformer for offentlige sykehus»	1999	<p>NOU-en beskrev at poliklinisk virksomhet hadde gått opp 5% fra 1993-1997, og at innleggelsesraten hadde gått ned. Det viste en økt effektivitet i sykehusene. På tross av det, argumenterte dokumentet at mer dagkirurgi kunne ha ført til økt ressursbehov, som personell, utstyr, materiell, o.l. (s. 25).</p>
NOU:1 «Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten»	2003	<p><i>NOU 2003:1</i> nevnte at dagkirurgi var et fagområde i utvikling, og at det ble mer utbredt i takt med høyere ISF sats og ny teknologi som kikkhullskirurgi. Økonomisk bemidling ble argumentert for å være sentralt for overgangen til mer dagkirurgi. Ny teknologi og omlegging til dagkirurgi ble argumentert for å ha ført til mindre risiko for pasienten. Dette ble begrunnet med at for eksempel operasjon for grå stær tidligere</p>

⁵ Iversen, Tor, 1997, Clinical response of salaried consultants to economic incentives, in P. Zweifel (ed.): Advances in Health Economics (Kluwer Academic Publishers, Dordrecht), in press.

		hadde vært risikabel kirurgi, men var på denne tiden ansett som ukomplisert. Dokumentet hevdet at offentlig helsevesen både var blitt sentralisert og desentralisert. Begrunnelsen for dette var av at spesialisthelsetjenesten nå utøvde behandling som tidligere ble gjort i hjemmet, og motsatt; at behandling som tidligere ble gjort i spesialisthelsetjenesten kunne nå gjennomføres i hjemmet. Dagkirurgi ble nevnt et eksempel på det siste, hvor postoperativ behandling ble flyttet inn i hjemmet og som førte til færre innleggelser på sengepost (s. 25, 46, 56).
NOU: 3 «Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste»	2005	Dokumentet beskriver økt bruk av dagkirurgi med begrep som «naturlig» og «viktig» for effektiviseringen av spesialisthelsetjenesten. Dokumentet hevder de fleste pasienter vil tåle og profitere av utviklingen, men stiller seg mer skeptisk til konsekvensene det fører til for pasienter som trenger mer omfattende hjelp og samhandling. Derfor ønsker dokumentet at det bør undersøkes om grupper som kronisk syke og syke eldre påføres helseskadelige effekter av utviklingen, i tillegg til om de i sterkere grad enn andre opplever det å ha en økt belastning som følger av endringen (s. 84).
NOU: 2 «Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak»	2008	<i>NOU 2008:2</i> argumenterte at dagkirurgi utgjorde en vesentlig del av inntjeningen, i form av ISF-rate, til sykehusene året 2008 (s. 22).
NOU: 13 «Arbeid for helse – Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren»	2010	Dokumentet påpekte en økende grad av utbredelsen av dagkirurgi (s. 74).
NOU: 17 «Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus»	2015	<i>NOU 2015:17</i> argumenterte at spesialisthelsetjenesten aktivt hadde arbeidet for å korte ned liggetiden i sykehus og rette virksomheten mot mer dagkirurgi, dagbehandling og poliklinisk virksomhet. Det hadde gitt kommunen økende ansvar for hjemmeboende pasienter med avansert medisinsk utstyr i sitt eget hjem. Dette ble argumentert for at spesialisthelsetjenesten burde veilede og oppfølge kommunehelsetjenesten med (s. 36 og 43).
NOU: 25 «Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten – hvordan bør staten eierskap innrettes fremover?»	2016	Dokumentet henviste til Helseatlas ¹ for dagkirurgi nevnt i Nasjonal helse- og sykehusplan (St. meld. nr. 11) om geografiske forskjeller i utbredelsen av dagkirurgi. <i>NOU 2016:25</i> argumenterte også at det var rom for produktivetsforbedringer i sykehusene. Begrunnelsen for dette var en undersøkelse utført av Riksrevisjonen som for eksempel viste til stor variasjon i utnyttelsen av operasjonsstuen og andelen kirurgi som utføres som dagkirurgi (s. 56 og 62)
NOU: 24 «Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak»	2019	<i>NOU 2019:24</i> viste til det oppdatert Helseatlas for dagkirurgi fra 2018 ² . Det viste at det hadde vært nedgang av inngrep som hadde dokumentert lav nytte. Variasjonen mellom geografiske områder var imidlertid ikke redusert i samme omfang, og for enkelte prosedyrer hadde den økt (s. 52).

Helse og omsorgsdepartementet sine posisjoneringer i Styringsdokument:

Navn på dokument	Årstall	Posisjoneringer til dagkirurgi
------------------	---------	--------------------------------

«Styringsdokument for Helse Vest» (3 dokument)	2002-2004	I disse dokumentene ble ikke dagkirurgi nevnt direkte. De tre <i>Styringsdokumentene</i> argumenterer for ISF ordningen, hvor det ble påpekt at økt aktivitet i spesialisthelsetjenesten er målet. Basisbevilgningen ble justert opp eller ned etter ISF. Ettersom takstene for dagkirurgi hadde økt, indikerte det en oppfordring til mer dagkirurgisk behandling.
«Bestilledokument for Helse Vest» (2 dokument)	2005-2006	Disse <i>Styringsdokumentene</i> beskrev mye det samme som dokumentene for årene før (2002-2004). Dagkirurgi ble nevnt i dokumentet for 2006, hvor det ble beskrevet at sykehus og dagkirurgiske klinikker ble pliktig til å melde postoperative infeksjoner.
«Oppdragsdokument for Helse Vest» (14 dokument)	2007-2020	Flere av <i>Oppdragsdokumentene</i> nevnte ikke direkte dagkirurgi, men omhandlet somregel uttalelser om ISF. I dokumentet for 2009, var DRG-systemet for dagkirurgisk aktivitet og lik kirurgisk behandling ved innlegging gruppert i samme DRG-er. Dokumentet beskrev videre at Helsedirektoratet hadde argumentert for at finansieringen for kirurgi burde være mest mulig prioriteringsnøytralt. Derfor ble det utarbeidet egne DRG-er for dagkirurgi. Det ble også hevdet å bidra til større sammenheng mellom kostnad og finansiering, men også å kunne bidra til å oppnå den ønskede omleggingen til dagkirurgi. DRG for døgn- og dagkirurgi ble differensiert, og i <i>Oppdragsdokumentet</i> for 2010 ble det nevnt at DRG raten for dagkirurgi hadde økt. I dokument for 2012 og 2016 ble det argumentert for redusert ventetid for kreftoperasjoner og kreftpakkeløp. Fristene sykehusene burde overholde i pakkeforløpene ble også nevnt i dokumentet for 2020. I <i>Oppdragsdokument</i> for 2015 ble det argumentert for at sykehusene burde fokusere på å innføre flere behandlingstyper i dagbehandlingstilbudet sitt, og ytterligere redusere liggetid i sykehusene. Ytring om effektivitet og større kapasitetsutnyttelse ble videre beskrevet i dokumentet for 2019. Herunder ble det argumentert for at dagkirurgi burde prioriteres, og at det brukes der det har dokumentert effekt. Dagkirurgi ble også argumentert for at burde benyttes det var utviklet nyere eller tryggere metoder. Her ble bruk og utvikling av Helseatlas sett på som et virkemiddel for å nå målet, samt en metode for å kunne kartlegge hvordan legeressursene i offentlig helsevesenet ble brukt.

Finansdepartementet sine posisjoneringer:

Type dokument	Navn på dokument	Årstall	Posisjoneringer til dagkirurgi
St. meld.	St. meld. nr. 3 «Statsrekenskapen medrekna folketrygda for 1997»	1997-1998	I denne meldingen til Stortinget ble mangel på medisinsk-teknisk utstyr argumentert for å være flaskehalsen i muligheten for å behandle flere pasienter dagkirurgisk. Det ble derfor argumentert for at det burde blitt bevilget mer penger til fagområdet, samt nødvendige IT-tiltak i sammenheng med dagbehandling og dagkirurgi (s. 13).
St. prp.	St. prp. nr. 65 «Omprioriteringer og tilleggsbevilgninger	1997-1998	Proposisjonen til Stortinget beskrev dagkirurgi som god utnyttelse av sykehusenes ressurser. Det ble også argumentert for økt bevilgning til poliklinisk behandling.

	på statsbudsjettet 1998»		Proposisjonen presiserte at poliklinisk og dagkirurgisk tilbud med kikkhullskirurgi var et godt og utnyttet tilbud til ryggpasienter med skiveutglidning (s. 59)
NOU	NOU 2000: 21 «Strategi for sysselsetting og verdiskapning»	2000	Dokumentet argumenterte for at dagkirurgi kunne gjøres mer effektivt ved laserteknologi og 'kikkhullsoperasjoner'. Teknologien hadde bidratt til langt større bruk av dagkirurgi og poliklinisk behandling, samt kortere liggetid ved sykehusene. Likevel hevdet dokumentet at teknologi alene ikke nødvendigvis kunne gi effektiviseringsgevinst uten organisatoriske endringer. <i>NOU</i> .en henviste her til erfaring fra bankvesenet på 1980 og 1990-tallet (s. 698).
St. prp.	St. prp. nr. 59 «Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2008»	2008	Proposisjonen hevdet at lokalsykehus i større grad burde pålegges å gjennomføre elektiv virksomhet og dagkirurgi for store pasientgrupper (s. 70)
St. meld.	St. meld. nr. 1 «Nasjonalbudsjettet 2015»	2014-2015	Dokumentet argumenterte for at liggetiden i sykehusene var blitt redusert på grunn av dagkirurgi. Omlegging til dagkirurgi hadde trolig også økt intensiteten i sykehusoppholdene (s. 147).

Kommunal- og moderniseringsdepartementet sine posisjoneringer:

Type dokument	Navn på dokument	Årstall	Posisjonering til dagkirurgi
NOU	NOU:1 «Et enklere og mer rettferdig inntektssystem for kommuner og fylkeskommuner»	1996	<i>NOU 1996:1</i> henviste til Norsk legeforeningstidsskrift (Ræder, 1996) ⁶ , som argumenterte for at Norge hadde betydelig potensiale for økt omfanget av dagkirurgi. I 1996 ble 24% av elektiv kirurgi gjennomført dagkirurgisk, og at det ble hevdet at raten var realistisk å øke til 50%. Det ble begrunnet med at Norge da ville ha samme prosentandel som i Storbritannia og USA. Ræder argumenterte for at statlig subsidiering for poliklinisk virksomhet vil bidra til dette. Dokumentet argumenterte likevel for at spredt bosetting og lange reiseveier i Norge kunne føre til lavere utnyttingspotensiale av dagkirurgi (s. 219 og 287).
NOU	NOU:22 «Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune»	2000	Dokumentet påpekte at Trygdeetaten hadde gitt offentlig helsevesen mulighet til kjøp av medisinsk utredning og behandling for sykmeldte med lidelser som kunne kureres gjennom relativt enkle inngrep (dagkirurgi). Formålet med ordningen var å redusere ventetid for utredning og behandling av sykmeldte, samt rask tilbakeføring i arbeidslivet for yrkesaktive pasienter. Det kunne videre

⁶ Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/1996/01/artikkel/omfang-av-dagkirurgi>

			bidra til å redusere sykepengeutbetalinger. I 1999 gikk ordningen fra å være en forsøksordning til å bli en permanent og landsdekkende ordning <i>NOU 2000:22</i> nevnte at ISF og ble innlemmet i dagkirurgi fra 1999 (s. 594 og 607-608).
NOU	NOU:34 «Mellom stat og marked – selvstendige organisasjonsformer i staten»	2003	Dokumentet nevnte at ISF og DRG ble innlemmet i dagkirurgi fra 1999 (s. 52).

Arbeids- og sosialdepartementet sine posisjoneringer:

Type dokument	Navn på dokument	Årstall	Posisjonering til dagkirurgi
NOU	NOU: 27 «Sykemelding og uførepensjonering – et inkluderende arbeidsliv»	2000	Dokumentet argumenterte for avtalen om Trygdeetatens tilbud til yrkesaktive som var sykemeldt. Lidelsene som ble argumentert for at burde prioriteres, var de med størst mulig behandlingseffekt og høy sannsynlighet for friskmelding og tilbakeføring i jobb. Ved kjøp av tjenester fra det private via Trygdeetaten, kunne ventetiden på behandling reduseres. Dokumenter viste også til et delprosjekt gjort i 1999, etter at ordningen ble innsatt i 1997. Prosjektet delte dagkirurgiske pasienter inn i to grupper. Det var en forsøksgruppe (som fikk finansiert dagkirurgi av trygdeetaten), og en kontrollgruppe som ikke fikk det. Resultatet viste at forsøksgruppens ventetid endret seg gjennom prosjektperioden. Først gikk tiden pasientene var sykemeldt ned i begge gruppene. Etter hvert viste ventetiden seg å være kortere for kontrollgruppen. Det ble begrunnet med at ISF og DRG ble innført for dagkirurgi i 1999 for offentlige sykehus. Avtalen med Trygdeetaten ble likevel permanent, da det ble antatt at etaten ville bli flinkere å administrere tjenesten. Det ble derfor argumentert for at ventetiden for pasienter som ble behandlet ved avtalen ville gå ned (s. 129-130).

Nærings- og fiskeridepartementet sine posisjoneringer:

Type dokument	Navn på dokumentet	Årstall	Posisjoneringer til dagkirurgi
St meld.	St. meld. nr. 18 «Helsenæringen-Sammen om	2018-2019	Dokumentet argumenterte for at ny fremstilling av kjente produkt og utstyr (prosessinnovasjon) i spesialisthelsetjenesten hadde ført til ny teknologi. Direkte sitert argumentert dokumentet slik:

	verdiskapning og bedre tjenester»		«Dagkirurgi har blant annet blitt drevet av utvikling av teknologi for fjernstyring av instrumenter. Sensorteknologi har gjort kikkhullskirurgi mulig» (s. 26-27).
--	---	--	--

Vedlegg 2

Søkehistorikk

Søkehistorikk PubMed

Search	Add to builder	Query	Items found
#16	Add	Search (#1 AND #3 OR #4 AND #13)	16426
#15	Add	Search (#2 AND #3 AND #13)	364
#14	Add	Search (#1 OR #2 AND #3 OR #4 AND #13)	16628
#13	Add	Search nursing	751011
#12	Add	Search (#1 AND #3 AND #6)	6
#11	Add	Search (#1 AND #3 AND #5) Schema: all	0
#10	Add	Search (#1 AND #3 AND #5)	0
#9	Add	Search (#1 OR #2 AND #3 AND #5) Schema: all	0
#8	Add	Search (#1 OR #2 AND #3 AND #5)	0
#7	Add	Search (#1 OR #2 AND #3 OR #4 AND #5 OR #6)	2409
#6	Add	Search peri-operative care	2409
#5	Add	Search peri-operative nursing	151
#4	Add	Search patient satisfaction	125591
#3	Add	Search patient experience	331476
#2	Add	Search day surgery	163389
#1	Add	Search ambulatory surgery	27437

Søkehistorikk Oria:

Søk på «Dagkirurgi»

Søkehistorikk SweMed+

Søkhistorik från SveMed+

Nr	Söksträng	Antal träffar
1	dagkirurgi	215
2	pasient opplevelse	29
3	#1 AND #2	1

Vedlegg 3

Skjema for kartlegging av regjeringsdokumentenes posisjon og disposisjon

av Miriam B. Dahl

Disposisjon	Indikator
Økonomisk kapital	<p><u>Øk. 1:</u> Dokumenter som direkte styrer hvor mye midler dagkirurgi økonomisk bemidles av statsbudsjettet.</p> <p><u>Øk. 2:</u> Dokumenter som har mulighet til å påvirke hvor mye dagkirurgi økonomisk bemidles av statsbudsjettet.</p> <p><u>Øk. 3:</u> Dokumenter som har ingen eller liten grad mulighet til å definere hvor mye dagkirurgi økonomisk bemidles av statsbudsjettet.</p>
Kulturell kapital	<p><u>Ku. 1:</u> Dokumenter som legger rammer 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>

Type regjeringsdokument	Dokumentets kapitalskår, basert på indikator	Bakgrunn for skår
Styringsdokument av HOD	<p><u>Skår Øk kap.:</u> Øk. 1</p> <p><u>Skår Ku. kap.:</u> Ku. 1</p> <p><u>Skår So. kap.:</u> So. 1</p>	Styringsdokumentene har størst mengde kapital, og inntar dermed høyest posisjon blant regjeringsdokumenter som omhandler dagkirurgi. Dokumentene har direkte innflytelse på hvor mye dagkirurgi skal økonomisk bemidles, og om det er et fagområde som skal satses på. Dermed får dokumentene også direkte påvirkning på mengden dagkirurgi.
St. meld. av HOD	<p><u>Skår Øk kap.:</u> Øk. 2</p> <p><u>Skår Ku. kap.:</u> Ku. 2</p> <p><u>Skår So. kap.:</u> So. 2</p>	Meldinger fra HOD til Stortinget har en middels grad av kapital, og får posisjonen i midten av regjeringsdokumenter som omhandler dagkirurgi. Dokumentene har en indirekte innflytelse på hvor mye dagkirurgi skal økonomisk bemidles, og om det er et

		fagområde som skal satses på. Dermed får dokumentet en indirekte påvirkning på mengden dagkirurgi.
St. meld. av andre departement	<u>Skår Øk kap.:</u> Øk. 2 <u>Skår Ku. kap.:</u> Ku. 2 <u>Skår So. kap.:</u> So. 2	Meldinger fra andre departementene til Stortinget har en middels grad av kapital, og får posisjonen i midten av regjeringsdokumenter som omhandler dagkirurgi. Dokumentene har en indirekte innflytelse på hvor mye dagkirurgi skal økonomisk bemidles, og om det er et fagområde som skal satses på. Dermed får dokumentet en indirekte påvirkning på mengden dagkirurgi.
St. prp. av HOD	<u>Skår Øk kap.:</u> Øk. 2 <u>Skår Ku. kap.:</u> Ku. 2 <u>Skår So. kap.:</u> So. 2	Proposisjoner fra HOD til Stortinget har en middels grad av kapital, og får posisjonen i midten av regjeringsdokumenter som omhandler dagkirurgi. Dokumentene har en indirekte innflytelse på hvor mye dagkirurgi skal økonomisk bemidles, og om det er et fagområde som skal satses på. Dermed får dokumentet en indirekte påvirkning på mengden dagkirurgi.
St. prp. av andre departement	<u>Skår Øk kap.:</u> Øk. 2 <u>Skår Ku. kap.:</u> Ku. 2 <u>Skår So. kap.:</u> So. 2	Proposisjoner fra andre departement til Stortinget har en middels grad av kapital, og får posisjonen i midten av regjeringsdokumentene som omhandler dagkirurgi. Dokumentene har en indirekte innflytelse på hvor mye dagkirurgi skal økonomisk bemidles, og om det er et fagområde som skal satses på. Dermed får dokumentet en indirekte påvirkning på mengden dagkirurgi.
NOU av HOD	<u>Skår Øk kap.:</u> Øk. 3 <u>Skår Ku. kap.:</u> Ku. 3 <u>Skår So. kap.:</u> So. 3	NOU-er av arbeidsgrupper satt ned av HOD har en lav grad av kapital, og får den lavest posisjonen av regjeringsdokumentene som omhandler dagkirurgi. Dokumentene har i liten grad innflytelse på hvor mye dagkirurgi skal økonomisk bemidles, men innehar faglig veiledning om fagområde som skal satses på. Dokumentet har liten innflytelse på mengden dagkirurgi.
NOU av andre departement	<u>Skår Øk kap.:</u> Øk. 3 <u>Skår Ku. kap.:</u> Ku. 3 <u>Skår So. kap.:</u> So. 3	NOU-er av arbeidsgrupper satt ned av andre departement har en lav grad av kapital, og får den lavest posisjonen av regjeringsdokumentene som omhandler dagkirurgi. Dokumentene har i liten grad innflytelse på hvor mye dagkirurgi skal økonomisk bemidles, men innehar faglig veiledning om fagområde som skal satses på. Dokumentet har liten innflytelse på mengden dagkirurgi.