

Mennesket i DRG-systemets bilde – helt eller stykkpriset og delt?

Michael 2010; 7: 234-43.

Innsatsstyrt finansiering via DRG-systemet står for en betydelig andel av finansieringen av helseforetakene i Norge. Prinsippet er at jo høyere aktiviteten i et helseforetak er, jo større blir helseforetakets refusjoner. I denne artikkelen redegjør vi kort for DRG-systemet og de variablene som i dette systemet legges til grunn for å vurdere aktiviteten ved sykehusene. Vi drøfter spesielt diagnosen som sentral variabel i systemet og spør om denne er i stand til å fange opp sykdomsbegrepets kompleksitet. Videre diskuterer vi hvorfor viktige pasientrelaterte aktiviteter som omsorg og samhandling ikke er med blant variablene i DRG-systemet. Vi drøfter hvilke konsekvenser dette kan ha for blant annet omsorgsperspektivet og diskuterer hvordan bruken av DRG-systemet kan tenkes å påvirke helsearbeideres tenke- og handlemåte.

Innsats og finansiering

Innsatsstyrt finansiering gjennom DRG-systemet er etter hvert vel etablert som finansieringsmodell i helsevesenet. I 2009 ble 40 % av helseforetakenes somatiske pasientbehandling finansiert gjennom dette systemet, og det finnes lange og detaljerte lister over hva pasientenes diagnoser er priset til (1). Begreper som aktivitetsmål, produksjon og resultat er ikke lenger forbeholdt næringslivet, men brukes like gjerne i behandling av pasienter. Hvilken innvirkning har dette på oss som helsearbeidere – og gjør det noe med måten vi tenker og handler på?

Hensikten med denne artikkelen er ikke først og fremst å diskutere rettferdigheten ved innsatsstyrt finansiering som økonomisk fordelingsredskap i helsevesenet, men snarere å reflektere over hva denne modellen gjør med helsearbeideres fokus.

DRG-systemet

Innsatsstyrt finansiering – stykkprisfinansiering – innebærer at helseinstitusjonene skal få betalt ut fra hva de gjør, altså ut fra aktiviteten. Prinsippet er at jo høyere aktiviteten er, desto større blir helseforetakets refusjoner.

DRG-systemet er et redskap som skal beskrive aktiviteten ved sykehusene (2). DRG er en forkortelse for «diagnoserelaterte grupper» (2). Systemet ble utviklet ved Yale University i USA og tok sikte på å måle sykehusenes produktivitet og effektivitet, samt ledelse og ressursforbruk (3). Modellen var hentet fra industrien (4). Norge var relativt tidlig ute med innføringen av DRG i europeisk sammenheng. Etter et prøveprosjekt i Hordaland og Nordland tidlig på 1990-tallet, ble innsatsstyrt finansiering via DRG-systemet innført i Norge fra 1997 (3).

Prinsippet i DRG-systemet er at man ved hjelp av visse variabler søker å beskrive hvor mye ressurser sykehuset bruker på den enkelte pasient. De sentrale variablene er (2):

diagnoser
prosedyrer (operasjoner med mer)
kjønn
alder
utskrivningsstatus

Ut fra disse variablene plasserer systemet hver enkelt pasient i en diagnose-relatert gruppe (DRG), og dette brukes som beregningsgrunnlag for innsatsstyrt finansiering.

Systemet er kvantitativt og baserer seg på at de sentrale variablene er målbare. Variablene konverteres derfor til tall – eller DRG-poeng. Diagnoser og behandlingsprosedyrer er kostnadsvektet og er sentrale i aktivitetsberegningen. Systemet er koblet tett opp mot diagnosekodene i diagnoselisten ICD-10 ved at valg av diagnoser i ICD-10 er av stor betydning for hvilken DRG (diagnoserelatert gruppe) et pasientopphold ved et sykehus plasseres i, og dermed for hvor mange DRG-poeng pasientoppholdet utløser. Også koder for behandlingsprosedyrer påvirker DRG-plasseringen og dermed DRG-poengene. DRG-poengene gir igjen grunnlag for å beregne helseforetakenes refusjoner (1).

Den virkeligheten DRG-systemet skal håndtere er kompleks, og alle pasienter skal kunne klassifiseres i dette systemet (2). Pasienter med samme diagnose er imidlertid forskjellige, og for å kompensere for dette brukes begrepet «gjennomsnittspasient». For eksempel regner DRG-systemet med at en bruker mer ressurser på et sykehusopphold for en «gjennomsnittlig»

pasient med lungeemboli enn en «gjennomsnittlig» pasient med multipel sklerose, og behandling av pasienten med lungeemboli gir derfor flere DRG-poeng som uttrykk for at denne pasienten genererer større aktivitet i helsevesenet (1).

Utfordringer

Innsatsstyrt finansiering gjennom DRG-systemet er i utgangspunktet statens finansieringssystem for helseregionene. Hvis det var mulig å isolere DRG-systemet til et makronivå som det helseregionale, ville det kanskje ikke vært så problematisk, men når det inntar avdelinger og trenger seg inn i helsearbeider-pasient-relasjoner, kan det få utilsiktede konsekvenser (5). Det er ikke uten grunn blitt stilt spørsmål ved hva DRG-systemet kan gjøre med legenes faglige fokus (6). Blant annet er det trukket fram at det kan bli vanskelig å se det prinsipielle skillet mellom diagnostisering og DRG-koding (7). Fra legehøld er det uttrykt bekymring for at økonomi og ikke medisin kan bli avgjørende for de valgene man foretar når det gjelder pasientprioriteringer (5).

Selv om innsatsstyrt finansiering via DRG-systemet er gjennomførbart som økonomisk modell, kan det derfor være grunn til å spørre om denne tenkningen i det hele tatt er mulig, uten at sentrale perspektiver i pasientbehandlingen forsvinner underveis. I det videre ønsker vi å utdype dette.

Diagnosebegrepets objektivitet og målbarhet

Når vi ser på variablene som legges til grunn for aktivitetsberegningen, kan de ved første øyekast se ut som relativt objektive størrelser. For eksempel vil de fleste være enige om at kjønn og alder er presise faktorer. Allerede her må det imidlertid tas høyde for at det ikke nødvendigvis er samsvar mellom kronologisk og biologisk alder. Når det gjelder behandlingsprosedyrer, kan disse – i hvert fall på et generelt plan – beskrives objektivt, noe som gjøres i prosedyrebøker ved forskjellige sykehusavdelinger. Hvor komplisert gjennomføringen av en gitt behandlingsprosedyre er, kan imidlertid variere fra pasient til pasient. Likevel er diagnosen den variabelen som både er den viktigste og antagelig mest kompliserte i DRG-systemet. Og selv om DRG-systemet opererer med «gjennomsnittspasienter», kan det være grunn til å spørre hvor objektivt og målbart diagnosebegrepet egentlig er.

For å stille diagnoser benyttes – i hvert fall i somatikken – i stor grad det naturvitenskapelige subjekt-objekt-perspektivet når en studerer menneskekroppens organer, vev og celler. Ofte benyttes en reduksjonistisk tilnærming, der man søker å forklare biologi ved hjelp av fysiske og kjemiske prosesser (8), for på den måten å danne seg et bilde av helheten ved hjelp

av delene. I diagnostiseringsprosessen er denne arbeidsmåten ofte både nyttig og nødvendig, eksempelvis gjennom biopsier, cytologiske prøver og biokjemiske analyser. Diagnoser som er basert på denne typen undersøkelser, kan sies å være relativt objektive, men allerede her må det tas høyde for at en del av funnene ved supplerende undersøkelser er basert på undersøkerens vurderinger og derfor inneholder et subjektivt element der det kan inngå et visst skjønn.

Diagnostiseringsprosessen innebærer imidlertid også andre usikkerhetsmomenter. For det første er ikke den stilte diagnosen nødvendigvis synonym med pasientens tilstand, og den kan senere bli revidert når en får mer kunnskap om pasienten. Dette i seg selv gjør diagnosen vanskelig å bruke som standardisert mål på ressursforbruk og aktivitet (7). Et annet moment er at slett ikke alle diagnoser er basert på håndfaste objektive funn. Vi vil utdype dette ved å se nærmere på sykdomsbegrepet.

Å stille diagnoser handler om å finne ut hva slags sykdommer pasientene har, men sykdomsbegrepet er et begrep med flere dimensjoner. Spørsmålet om hva sykdom er, er derfor ikke umiddelbart lett å besvare. Sykdom kan være både noe objektivt og noe subjektivt. Det objektive er det som lar seg måle og undersøke med forskjellige standardiserte diagnostiske prosedyrer. I det subjektive aspektet ligger derimot pasientens opplevelse av sykdommen. Sykdom påvirkes også av sosiale sammenhenger. Vi må derfor forholde oss til at det er flere perspektiver på sykdom (9). Ikke alle perspektivene er like lette å måle, og de er kanskje heller ikke like godt representert i diagnoseverktøyene.

Diagnoser er med andre ord basert på en kombinasjon av objektive data, faglige vurderinger med forskjellig grad av skjønn, og en kulturelt betinget forståelse av hva sykdom er. DRG-poengene skal derimot fungere som objektive mål og være grunnlag for å beregne helseforetakenes refusjoner. Da spørs det om vi klarer å ivareta sykdomsbegrepets mangfoldighet og diagnostikkens ulike fasetter, når alle diagnoser skal omregnes til poeng.

Finnes det tall for alt?

Det er også andre perspektiver i helsearbeiderens hverdag som det kan være grunn til å drøfte i lys av en innsattsstyrt finansieringsmodell. Selv om DRG-systemet i prinsippet skal ta hensyn til alle sykehusets kostnader, inkludert medisinsk service og administrasjon (2), er det viktige elementer i sykehusesenes aktivitet som ikke er representert i systemets variabler. For hva er egentlig aktivitet? Og er all aktivitet målbar?

Helsearbeidere skal ikke bare stille diagnoser, gjennomføre prosedyrer og dele ut medisiner. Helsearbeidere – uansett profesjon – skal også kom-

munisere med pasientene, samhandle og vise omsorg. Men hvorvidt pasientkommunikasjonen fungerer, om informasjonsutvekslingen er god, eller om omsorgen er tilfredsstillende, sier DRG-poengene ingen ting om, selv om dette i høyeste grad er viktige elementer i helsevesenets aktivitet.

Hva kan så være grunnen til at begreper som «omsorg» og «samhandling» ikke er med på lista over sentrale variabler som legges til grunn for å vurdere aktivitet i helsevesenet, til tross for at dette er vesentlige elementer i all helsetjeneste? Omsorg er for eksempel sett på som så viktig at det er nedfelt i helsepersonelloven at helsehjelp skal ytes på en omsorgsfull måte (10), og omsorg er således en helt naturlig del av en helsearbeiders fagutøvelse.

Omsorg er et hverdagslig begrep som vi på en måte umiddelbart forstår hva innebærer. Likevel er det ikke helt lett å definere. Ifølge den norske sykepleieren og filosofen Kari Martinsen er omsorg et menneskelig grunnfenomen som ikke kan tallfestes (11). Martinsen beskriver omsorg som tredimensjonalt. Omsorg er for det første relasjonelt, fordi omsorg bare er mulig i møte med andre. For det andre er omsorg praktisk. Det innebærer at omsorg krever en form for handling. Hvis en ikke handler, vil en havne ut i det Martinsen kaller sentimental omsorg, en situasjon der en bare synes synd på noen uten å gjøre noe. For det tredje er omsorgen moralsk, fordi det dreier seg om hvordan vi er, opptrer og utøver makt i møte med andre mennesker, som helsearbeidere er vi derfor ansvarlige overfor en svakere part (12).

Omsorg er derfor et komplekst begrep med flere dimensjoner, og det er noe annet enn bare en tjenesteyting (12). Det betyr at omsorg ikke like lett kan prises som en hvilken som helst vare eller tjeneste. Det innebærer også at omsorgsrelasjoner er grunnleggende forskjellige fra kjøper-selger-relasjoner, der det som selgeren overdrar til kjøperen, kan måles i kroner og øre (13).

En viktig grunn til at omsorg ikke er med blant de kvantitative variablene som legges til grunn for innsatsstyrt finansiering, er kanskje nettopp dette. Omsorg kan ikke like lett beskrives som objekt og er derfor vanskeligere å tallfeste – og dermed vanskeligere å kostnadsvekto.

Omsorgens relasjonelle dimensjon tilsier også at omsorg på samme måte som kommunikasjon og samhandling hører hjemme i helsearbeider-pasientforholdet, og det har en annen dimensjon enn naturvitenskapens subjekt-objekt-perspektiv. I kommunikasjon mellom helsearbeider og pasient er den naturvitenskapelige, forklarende og reduksjonistiske synsvinkelen som benyttes i mye av diagnostikken, antagelig ikke den best egnede, fordi samhandling krever et annet perspektiv på mennesket.

Kanskje man i de humanistiske vitenskapene finner et perspektiv som kan være mer relevant i denne sammenheng. Både naturvitenskapene og

åndsvitenskapene – deriblant de humanistiske vitenskapene – forholder seg til mennesket, men på forskjellige måter (14). Mens årsaksforklaring av iaktatte fenomener er sentralt i naturvitenskapene, har man i de humanistiske vitenskapene vektlagt hermeneutikken og dermed forståelsen av meningen i det som uttrykkes (15, 16). Å forstå hverandres opplevelser og ytringer er viktige elementer i kommunikasjon mellom mennesker, og derfor også i forholdet mellom helsearbeider og pasient.

Men ytringer og opplevelser er noe som er til stede der og da i en gitt situasjon, og som derfor – i motsetning til naturvitenskapelig kunnskap – vanskelig lar seg beskrive objektivt ut ifra gitte naturlover. For å forstå andres opplevelser og ytringer trengs i stedet et mellommenneskelig perspektiv. Men det mellommenneskelige perspektivet – der kommunikasjon, samhandling og omsorg befinner seg – er ikke like målbart som bakteriemengden i urinen eller hemoglobinkonsentrasjonen i blodet, og det er derfor ikke like egnet som variabel når man på kvantitativt vis skal måle aktiviteten i helsevesenet.

Det mellommenneskelige perspektivets betydning

Av forutgående drøfting kan det altså se ut som det kan være vanskelig å finne plass til relasjonelle elementer som omsorg, kommunikasjon og samhandling i DRG-systemet. Når det gjelder diagnosen, kan også denne bli objektivert når alt skal regnes i poeng. Men at det mellommenneskelige perspektivet er mangelfullt representert i DRG-variablene, betyr ikke at det er mindre viktig i praksis.

Filosofen Hans Skjervheim framholder at hvis pasienten tingliggjøres og det mellommenneskelige perspektivet mangler, vil samhandling bli vanskelig (17). Pasienten er et tenkende individ, og vi kan ikke handle på samme måte overfor et menneske som overfor en fysisk gjenstand. Skjervheim bruker Kants skille mellom praktiske og pragmatiske (tekniske) handlinger for å illustrere dette (18). Med pragmatiske handlinger menes her mål-middel-handlinger, for eksempel handlinger en ingeniør benytter seg av når han skal beregne bygningskonstruksjoner, altså objekter. Praktiske handlinger er derimot handlinger i forhold til andre mennesker, det vil si handlinger overfor andre subjekter (19). Da kommer det mellommenneskelige perspektivet inn, og i sosial aktivitet mellom mennesker er det allmenngyldige normer som gjelder (18). Da kan ikke ens egne mål alene være styrende for handlingsvalgene, fordi en også må forholde seg til andre individer med egne tanker, meninger og følelser.

Pragmatiske handlinger hører på mange måter hjemme i det naturvitenskapelige perspektivet. Dette perspektivet har sin rettmessige plass når

en i den diagnostiske prosessen gjennomfører forskjellige supplerende undersøkelser. Det er også nødvendig i den tekniske utførelsen av ulike behandlingsprosedyrer for at disse skal gjennomføres korrekt. Sånn sett kan en si at mange handlinger overfor pasienter inneholder elementer av den pragmatiske handlingen. Men det er alltid andre mennesker en har med å gjøre, og handlingene er derfor aldri rent pragmatiske enten det dreier seg om å ta en blodprøve eller å legge inn et kateter. Dette er også noe Skjervheim trekker fram når han hevder at mange handlinger i virkeligheten er sammensatte og er både pragmatiske og praktiske (18). Det gjør at helsearbeideren må kunne kombinere kunnskap fra forskjellige felter – blant annet det naturvitenskapelige – med god omsorgsevne og evne til kommunikasjon (20). Fordi man som helsearbeider forholder seg til andre mennesker, må det mellommenneskelige perspektivet alltid være tilstede, ellers står vi i fare for å objektivere pasienten.

Fokusdreining

På mange måter er DRG-systemets variabler best tilpasset det pragmatiske handlingsperspektivet. Dette er kanskje ikke overraskende når en vet at modellen er hentet fra industriell produksjon. Men hva kan bli følgen hvis det pragmatiske handlingsperspektivet får en sentral plass også i helsevesenet?

Som tidligere nevnt, var innsattsstyrt finansiering via DRG-systemet i utgangspunktet tenkt brukt på helseregionalt nivå, og er neppe egnet på avdelingsnivå eller i helsearbeider/pasient-relasjoner (5). Spørsmålet er imidlertid om det er mulig å isolere DRG-tenkningen til regionale helseforetak. Når kvantitative aktivitetsberegninger gjennom DRG-systemet er et så sentralt grunnlag for finansiering i helsevesenet, er det ikke utenkelig at det vil kunne påvirke tankegangen og handlingsmønsteret på lavere nivåer enn det helseregionale. Hvis dette medfører et mer pragmatisk handlingsperspektiv i helsevesenet som sådan, hva gjør det i så fall med helsearbeideres fokus?

I DRG-systemet er det det objektivt målbare som registreres. Omsorgsperspektivet kan da bli skadelidende, fordi omsorg er vanskelig å tallfeste og derfor ikke «teller» i regnskapet. Det er kanskje mulig å kostnadsvekke forskjellige tjenester som helsearbeidere yter overfor pasienter, men å yte personlige tjenester er ikke identisk med omsorgsarbeid, fordi omsorgsbegrepet som tidligere nevnt innebærer noe annet og mer komplekst (12). Dersom helsearbeider/pasient-relasjonen utvikles i retning av en markeds-situasjon liknende den en finner mellom en kjøper og en selger, kan derfor omsorgsperspektivet komme i bakgrunnen (13). Og hvis omsorgsarbeid erstattes av ren tjenesteyting, er handlingsperspektivet med ett blitt mer pragmatisk, og vi mister viktige dimensjoner i pasientbehandlingen.

Også den nære koblingen mellom diagnostikkens ICD-koding og DRG-systemets poengberegning, kan tenkes å innebære fokusdreininger, ikke minst i legerollen. Det er ikke overraskende om ledelsen ved klinikker og sykehusavdelinger føler «produksjonspresset», blant annet, ved at en må velge riktige koder i ICD-10 for ikke å gå glipp av DRG-poeng. Hvis fagekspertisen som fastsetter pasientenes diagnosekoder skal benytte sitt faglige skjønn til å registrere de økonomisk mest gunstige diagnosene, kan det oppstå en økonomisk konkurranse mellom fagmiljø, der medisin og behandling defineres som økonomi (21). En logisk konsekvens av dette er opplæring av personalet til å kode best mulig. Men hvor bærer dette av sted?

Det er framholdt at det neppe er heldig hvis legene i stedet for å bruke tid på diagnostikk, behandling, pasientinformasjon og pasientomsorg, i stedet har DRG-koding som en hovedbeskjeftigelse (6). En leder i helsevesenet uttrykte i en intervjuundersøkelse for noen år tilbake sin skepsis til presset om økt inntjening og fokuset på å kode riktig i ICD-systemet på denne måten:

«...Vi må gå på kurs og få all verdens råd – og da grenser det opp til hva som er etisk riktig...» (21).

Antagelig er avdelingslederen her inne på noe grunnleggende. Det er ikke uvesentlig å se på etiske konsekvenser av økonomiske redskaper når det er pasientbehandling det dreier seg om.

For hva skjer hvis det overordnede målet i helsevesenet er å nå budsjettets aktivitetsmål, og det som i hovedsak legges til grunn for å vurdere aktiviteten i helsevesenet, er det som kan måles objektivt? Hvor blir det da av pasienten som menneske?

Skjervheim betoner nettopp begrensningene ved å objektivere omverdenen og den andre. Hvis andre menneskers utsagn kun oppfattes som objektive fakta, gir en ikke rom for en reell samtale med plass til vurderinger. Man vil da konstatere fakta uten egentlig å la seg engasjere, noe som vil være en klar begrensning i ethvert yrke i helsevesenet. I praksis betyr dette at man stiller seg utenfor situasjonen (18). Det er ikke noe gunstig utgangspunkt for kommunikasjon og samhandling.

Når aktivitetsmål basert på «objektive» og «målbare» kriterier får hovedfokus i pasientbehandlingen, kan det nettopp være en fare for dette, fordi helsevesenets blikk flyttes fra det mellommenneskelige perspektivet – der omsorg, kommunikasjon og samhandling befinner seg – til konstaterbare fakta om pasienten. Disse faktaene blir til poeng som legges til grunn for økonomiske refusjoner. Fokuset på objektive kriterier kan da bety en tingliggjøring av helsetjenestenes virksomhet på bekostning av det mellom-

menneskelige perspektivet (13). Hvis Skjervheim har rett, vil det i så fall kunne medføre mindre engasjerte helsearbeidere, og det er vi neppe tjent med.

Helsehjelp – mer enn produksjon

Modellen for DRG-systemet var opprinnelig hentet fra industrien (4), og kanskje er det også der den hører hjemme. Fordi modellen i utgangspunktet var tilpasset produksjon av industrielle objekter, oppstår en slags logisk brist når systemet overføres til helsevesenet og pasientbehandling. DRG-systemets variabler mangler et mellommenneskelig perspektiv, og dette mellommenneskelige perspektivet kan ikke mangle i helsearbeiderens hverdag. Effektivitet og lønnsomhet er markedets verdier. Disse står i kontrast til – og kan muligens også over tid komme til å endre – helsearbeideres faglige og etiske normer (13). Spørsmålet er da hva som skal ha høyest prioritet i helsevesenet. Hvis det blir viktigere å nå kvantitative aktivitetsmål enn å behandle og gi omsorg til dem som trenger det mest, kan det være på tide å stille oss spørsmålet om hvor mennesket er blitt av. Hele mennesket.

Litteratur

1. Helsedirektoratet. *Innsatsstyrt finansiering 2009*. Oslo, 2008.
2. Helsedirektoratet. *Hva er DRG-systemet*. 2007 [cited 2009 25.8.2009]: http://www.helsedirektoratet.no/kodeverk_og_pasientklassifiseri/drg/.
3. Torjesen DO, Byrkjeflot H. When Disease is Being Priced. The Translation of the American DRG System to the hospital sectors in Norway and Denmark. 2nd Nordic Workshop on Health Management and Organization 6–7 December 2007.
4. Sosial- og helsedepartementet. *Innsatsstyrt finansiering. Bakgrunn, beskrivelse og informasjon om innsatsstyrt finansiering (ISF), Statsbudsjettet 1998 og DRG-systemet (Diagnose Relaterete Grupper)*. 1998 [cited 2009 07.10]; <http://web.archive.org/web/20020820092710/http://odin.dep.no/odinarkiv/norsk/dep/shd/1998/publ/030005-990107/index-dok000-b-n-a.html>.
5. Bakken C. Bør ikke ha innsatsstyrt finansiering på avdelingsnivå. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2008;128:1316.
6. Wyller TB. Tilbake til faget. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004;124(4):473.
7. Tøndel G. Hvordan DRG-systemet påvirker medisinsk praksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 1532–4.
8. Crick F. *Om molekyler og mennesker*. Oslo: Cappelen, 1967.
9. Hofmann B. *Hva er sykdom?* Oslo: Gyldendal akademisk, 2008.
10. LOV-1999-07-02-64: *Lov om helsepersonell m.v.* (helsepersonelloven).
11. Martinsen K. *Samtalen, skjønnem og evidensen*. Oslo: Akribe, 2005.
12. Martinsen K. *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. 2. utg. [Oslo]: Universitetsforlaget, 2003.

13. Lian OS. *Når helse blir en vare: medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2007.
14. Dilthey W. Avgrensning av åndsvitenskapene. I: Læg Reid S, Skorgen T. (eds.) *Herme-
neutisk lesebok*. Oslo: Spartacus; 2001. p. 215–23.
15. Fjelland R. *Innføring i vitenskapsteori*. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.
16. Habermas J. *Vitenskap som ideologi*. Oslo: Gyldendal, 1969.
17. Skjervheim H. *Objektivismen - og studiet av mennesket*. Rev. utg. Oslo: Gyldendal aka-
demisk, 2000.
18. Skjervheim H. *Deltakar og tilskodar og andre essays*. [Ny utg.] Oslo: Aschehoug, 1996.
19. Sørboe JI. Reparasjon eller kommunikasjon? - Pasient og behandlar i filosofisk perspektiv.
I: Ekeland TJ, Heggen K, eds. *Meistring og myndiggjøring - reform eller retorikk?* Oslo:
Gyldendal akademisk, 2007. p. 53–63.
20. Grimen H. Profesjon og kunnskap. I: Molander A, Terum LI. (eds.) *Profesjonsstudier*.
Oslo: Universitetsforlaget, 2008. p. 71–86.
21. Torjesen DO. *Foretak, management og medikrati*. Bergen: Universitetet i Bergen,
2007.

Lars Kyte
 Høgskolelektor / Cand. med.
 Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avdeling for Helsefag
 Postboks 523, 6803 Førde
 lars.kyte@hisf.no

Solveig Hauge
 Førsteamanuensis, PhD
 Universitetet i Oslo
 Institutt for helse og samfunn
 Avdeling for sykepleievitenskap og helsefag
 Postboks 1153 Blindern
 0318 Oslo
 solveig.hauge@medisin.uio.no

og

Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avdeling for Helsefag
 Postboks 523, 6803 Førde