



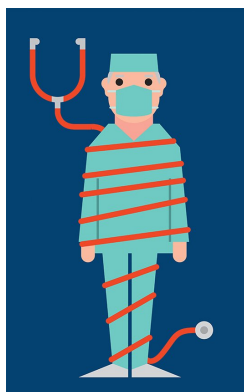
Kirurgers autonomi

LEGELIVET

PETER FORDE HOUGAARD

E-post: peter.forde-hougaard@oslomet.no
OsloMet – storbyuniversitetet

Kirurgers mulighet til å styre sin egen arbeidsdag og fatte selvstendige, kliniske beslutninger er i liten grad undersøkt *in situ*. Dette bør gjøres oftere.



Illustrasjon: Robert Hanson /
NTB

Analyser av legers autonomi baseres som regel på intervjuer eller spørreskjemaundersøkelser (1, 2). I mitt doktorgradsarbeid (3) undersøkte jeg kirurgers autonomi gjennom et omfattende feltarbeid blant kirurger ved et universitetssykehus. Tre sentrale funn blir kort presentert her.

Sykehuskirurgers kliniske beslutninger er skjønnsbaserte og foretas i komplekse kontekster. Disse enkeltbeslutningene har i neste omgang konsekvenser for ens egne, pasienters, legers og andre aktørers senere beslutninger. Samtidig sliter sykehus med å skape kontinuitet (4, 5). En grunn til dette er kirurgers tjeneste- og arbeidsplaner. Planene sikrer kontinuerlig tilstedeværelse av kirurger, men innebærer også at det oppstår diskontinuitet i deres arbeidsforløp, relasjon til pasienter og tilgang til informasjon. Kirurgenes muligheter til å fatte beslutninger blir dermed redusert. Dette skyldes blant annet at tjenesteplanenes utforming setter kirurgene i *temporal utakt*, noe som umuliggjør faste kirurgiske team. Dette gjør det vanskelig for kirurgene å bli kjent med hverandre, og reduserer muligheten for læring og kollegial kontroll. Tendensen forsterkes ytterligere når arbeidet er delt mellom flere aktører og geografiske steder.

Tjenesteplanenes utforming setter kirurgene i *temporal utakt*, noe som umuliggjør faste kirurgiske team

Videre er det ikke alltid at den enkelte kirurg får igangsette eget arbeid. Ofte stilles det – uten varsel – krav fra andre om at kirurgen skal fatte en beslutning eller løse en oppgave. Slike krav kommer fra ulike deler av sykehuset, og gjør kirurgens arbeid vanskelig å styre og kontrollere, både for kirurgen selv og ledelsen. Kirurgene prøver derfor å sikre seg et handlingsrom for å styre eget arbeidsforløp, for på den måten å komme i posisjon til å fatte beslutninger. Til dette har de en rekke strategier, deriblant regulering av avstand til andre aktører. En slik avstandsregulering avhenger av stilling og arbeidsposisjon, samt når på døgnet arbeidet gjøres.

Kirurgene jeg fulgte var derimot mer opptatt av å sikre gode beslutninger gjennom *kollegiale diskusjoner*

I sosiologisk litteratur påstås det ofte at kirurger er ensidig opptatt av å kunne fatte beslutninger alene (6, 7). Kirurgene jeg fulgte var derimot mer opptatt av å sikre gode beslutninger gjennom *kollegiale diskusjoner*. Slike diskusjoner var det imidlertid ofte vanskelig å gjennomføre. Dette var særlig problematisk for mindre erfarne leger, i tillegg til at beslutninger tidvis ble forsinket, fattet på svakt grunnlag, eller ikke fattet i det hele tatt.

Autonomi trengs for å oppnå nødvendig informasjon og kollegial støtte i de vurderinger og beslutninger som skal tas. Med tilstrekkelig styring over eget arbeid legges grunnlaget for gode arbeidsvilkår for kirurgene, gode medisinskfaglige beslutninger og kvalitativt bedre pasientbehandling, samt mer robust profesjonell kollegial kontroll. Funnene i denne undersøkelsen tyder på at dette vanskelig gjøres dersom kirurgenes arbeid skjer innenfor store avdelinger, der arbeidet er fordelt over et sosialt og organisatorisk komplekst sykehus. Avhandlingens innsikter kan derfor også være relevante for planlegging og organisering av våre sykehus.

LITTERATUR:

1. Kuldova TØ, Drange I, Enehaug H et al. Faglig skjønn under press. Fire casestudier og en sammenfatning. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet AFI, OsloMet – storbyuniversitetet, 2020. https://oda.oslomet.no/bitstream/handle/10642/8928/r2020_06_Faglig%20skjonn%20under%20press_okt.pdf?sequence=5&isAllowed=y Lest 24.1.2021.
2. Heijstra TM, Rafnsdóttir GL, Jónsdóttir LS. Autonomy and well-being among Nordic male and female hospital physicians. *Work* 2011; 40: 437–43. [PubMed][CrossRef]
3. Hougaard PF. Tid, rom og kirurgers autonomi: en etnografisk studie av sykehuskirurgers arbeidsorganisering, arbeidspraksis og profesjonelle autonomi. Oslo: OsloMet – storbyuniversitetet, 2020. <https://oda.oslomet.no/bitstream/handle/10642/9294/A-20-27-Hougaard-SPS-publisert.pdf?sequence=3&isAllowed=y> Lest 24.1.2021.
4. Krogstad U, Hofoss D, Hjortdahl P. Continuity of hospital care: beyond the question of personal contact. *BMJ* 2002; 324: 36–8. [PubMed][CrossRef]
5. Vinge S, Strandberg-Larsen M. Kontinuitet og koordination i sundhedsvaesenet. *Ugeskr Laeger* 2010; 172: 775–7. [PubMed]
6. Cassell J. *Expected miracles: Surgeons at work*. Philadelphia, PA: Temple University Press, 1991.
7. Katz P. *The scalpel's edge: the culture of surgeons*. Boston, MA: Allyn and Bacon, 1999.

Publisert: 4. mars 2021. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.21.0052
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no