

# Sjukhusets inverterade hierarki

## Att förstå svårigheterna att politiskt styra produktionen av sjukhusvård med sociologen Bourdieu

AV RIKARD ERIKSSON

The intention of this paper is to describe several aspects of the internal logic that characterises the production of hospital care. This has been done using some of the concepts developed by the sociologist Pierre Bourdieu. This paper also aims to explain a number of aspects that seem to affect the chances of politically managing the production of hospital care. The paper covers five areas that are being put forward to contribute to and create a deeper understanding of the hospital as a phenomenon, the production of care and the management of care production: 1. As a sphere, the hospital is not a precise object defined by a building. Instead, a proposal for an open system has been made. 2. The character of the hospital's production of care is affected not only by players and incentives linked to hospital professions, but by a range of players with varying interests. 3. The production of care at a hospital is carried out in an organisational sphere of tension. 4. As a sphere, the players at the hospital are ranked according to the inverted hierarchy. 5. The inverted hierarchy leads to both organisational and production instability at hospitals.

### Introduktion

I den här uppsatsen är avsikten att med några av sociologen Pierre Bourdieus begrepp nyansera och fördjupa förståelsen av sjukhuset som fenomen, samt att försöka beskriva åtminstone några aspekter av den inre logik som kännetecknar produktionen av sjukhusvård. Vidare är ambitionen att beskriva några aspekter som förefaller påverka möj-

ligheterna att politiskt styra produktionen av vård på sjukhus. Uppsatsen är alltså teoretisk till sin karaktär och de resonemang som presenteras har sin utgångspunkt i Bourdieus resonemang och begrepp. Användningen av Bourdieu gör inte anspråk på att utgå från full kunskap om hans komplicerade teoretiska resonemang och begreppsapparat. Tvärtom, gör använd-

ningen av begreppens fält, disposition och position uppsatsen till en tentativ essä. Varför är det då angeläget att både nyansera och fördjupa förståelsen av sjukhuset som fenomen, sjukhusets speciella hierarkiska organisering samt svårigheterna att politiskt styra vårdproduktion?

Början av 2000-talet präglas av genomgripande nationella förändringar av sjukvårdsutbud och den grundläggande struktur som formar svensk sjukvård, vilket gör det angeläget att granska om det skett några förändringar i uppfattningar och bestämningar av vad ett sjukhus kan vara.<sup>1</sup>

Utvecklingen av medicinsk teknologi gör det också möjligt att idag, och i större omfattning än tidigare, genomföra vårdhandlingar av synnerligen komplicerad art både inom primärvården och inom den kommunala vården.<sup>2</sup> Därmed visar sig en förskjutning av sjukhuset som sammanhållet rumsligt fenomen samtidigt som innehållet i den sjukhusbaserade vården börjar spridas till andra vårdgivare.

Utvecklingen av medicinsk teknologi har också bidragit till att allt mer kvalificerad vård kan utföras utanför sjukhuset. Strukturella förändringar inom hälso- och sjukvården tycks även med benämningar som närsjukvård luckra upp den traditionella uppdelningen mellan de tre vårdgivarna länsjukvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Närsjukvård, som bland annat används för att utveckla samverkan mellan de tre vårdgivarna, förändrar även bilden av ett sjukhus som en plats där enbart specialistsjukvård bedrivs. I början av 2000-talet ta-

las det också i allt större omfattning om fyra vårdnivåer: närsjukvård, närsjukhus med specialiserad och planerad vård, sjukhus med specialiserad och bred akutsjukvård samt sjukhus med högspecialiserad vård.<sup>3</sup> De två första uppfattas vara hybrider där läns-, primärvårds- och kommunal hälso- och sjukvård samarbetar. Den tredje vårdnivån kallas idag länsjukvård och inom den fjärde ryms regionsjukhus och universitetssjukhus.

På sjukhusen inrättas också så kallade lättare vårdavdelningar bemannade med sjuksköterskor och undersköterskor, men inte med läkare, för att ta hand om de patienter som är medicinskt färdigbehandlade men som har svårigheter att direkt få någon plats inom den kommunala omsorgen.

Mot den här bakgrunden blir det då relevant att ställa den lite naiva frågan: Vad är egentligen ett sjukhus? Eller vad kännetecknar i början av 2000-talet det svenska sjukhuset som ett fält för att tala med Bourdieu? En viktig fråga i sammanhanget är om det verkligen går att överföra Bourdieus teorier om den intellektuella finkultureliten i Frankrike, som den exempelvis presenteras i *Homo Academicus* (1983), på svensk sjukhusvård? Naturligtvis finns det en mängd olikheter mellan länderna och yrkesgrupperna inom klinisk verksamhet och akademiskt arbete. Trots det bereder likheterna mellan klinik och akademi en fruktbar väg för att använda Bourdieus teorier i ett försök att beskriva det fenomen som ett sjukhus utgör. Dessa likheter handlar bland annat om professioner, status, prestige, makt, hierarkier och lojaliteter.

## BOURDIEU

### Fältet som fält

Själva termen fält kan i det här sammanhanget associeras till ett slags plant öppet terrängavsnitt befolkat av aktörer som innehar olika placeringar på ytan. Fält kan också förstås som en väl avgränsad yta vilket är något som alltså kommer att problematiseras här när de fenomen som behandlas är sjukvårdsgivande verksamheter. I mer vardaglig mening kan fält också avse ett verksamhetsområde som exempelvis ortopedi, gynekologi och psykiatri. Användningen av fält kan även denotera en grupp av tävlande, ett startfält, vilket knyter an till Bourdieus antropologiska uppfattning att människan är en konkurrerande varelse. Fältet blir här ett område där de tävlandes krafter verkar.

### Bourdies fält

Bourdieu använder begreppet fält för att skapa en förståelse för en praktiks karaktär, inre logik och relation till de aktörer som befolkar fältet.<sup>4</sup> Bourdieu fokuserar i sina arbeten på den synliga världen så som den formas av praktiker. Här kommer hans resonemang om fält att användas som inspiration och analytiskt verktyg utan att i detalj beakta ontologiska aspekter kopplade till ett fält, som rör frågor om fältet verkligen finns därute i verkligheten.<sup>5</sup>

När Bourdieu talar om de arenor som formar ett fält, tillsammans med de aktörer som är verksamma på fältet,

är begreppen position och disposition centrala begrepp och de ingår i den förklaringsmodell som återfinns i de flesta av hans arbeten. Han menar att den sociala verkligheten uppstår i ett möte mellan system av dispositioner å den ena sidan och system av positioner å den andra.<sup>6</sup> Sociologiska förklaringar kräver därför undersökningar från två håll. För det första behövs undersökningar av system av dispositioner som han ofta kallar habitus och som omfattar allt det människor bär med sig inristat i kroppen och sinnet (jämför *embodied experience*).<sup>7,8</sup> Det krävs också undersökningar av andra tillgångar som människor förfogar över. Ett fält är enligt Bourdieu ett strukturerat system av sociala positioner vars grundkaraktär bestämmer situationen för de yrkesgrupper som är verksamma på fältet. Det är också ett system av krafter som existerar mellan dessa positioner som ger att ett fält struktureras internt av maktrelationer. Positionerna som de olika yrkesgrupperna har på ett fält ger relationer mellan dem som karaktäriseras av att en eller flera yrkesgrupper dominerar och andra yrkesgrupper blir dominerade. Det som avgör om en yrkesgrupp dominerar eller blir dominerad är enligt Bourdieu knutet till i vilken utsträckning representanter inom en yrkesgrupp är bärare av och förfogar över fyra kategorier av resurser:

1. Ekonomiskt kapital såsom budget för att driva en verksamhet.
2. Socialt kapital som olika sorters värdefulla relationer inom det egna fältet och med andra fält.

3. Kulturellt kapital och då i första hand legitim och auktoritativ kunskap i form av akademisk utbildning på kandidat-, magister- eller doktorsnivå.
4. Symboliskt kapital i form av prestige och social respekt.<sup>9</sup>

Bourdieu ser också fältet som en social arena inom vilken aktörer manövrerar för att kvarhålla eller erhålla resurser och intressen och det förutsätter specialister, institutioner och erkända värdehierarkier. Ett fält definieras av de intressen och resurser som står på spel inom fältet såsom kulturella varor kopplade till specifika livsstilar, intellektuell distinktion genom utbildning, yrke, mark, politisk makt, social klass, samhällelig status och prestige. Hur specifika och konkreta dessa intressen är varierar beroende på vilket fält som behandlas. Varje fält har, beroende på dess innehåll, även en speciell logik och av aktörerna för-givet-tagen struktur. Aktörerna uppfattar sina handlingar på fältet som en nödvändig och följdriktig konsekvens av fältets grundläggande karaktär.<sup>10</sup> Fältet kan betraktas som ett nätverk, eller en konfiguration, av relationer mellan positioner vars existens bestäms av den påverkan de utövar på sina medlemmar, agenter eller institutioner.<sup>11</sup> Varje fälts specifika logik bestämmer vilka egenskaper som är gångbara på just den marknaden, vilka som är relevanta och *verksamma* i det aktuella spelet, och som i förhållande till detta fält fungerar som specifikt kapital och därigenom som förklarande faktor till praktiken.<sup>12</sup>

En viktig avgränsning i Bourdieus studier handlar om hans utgångspunkt att människan är en konkurrerande och bytande varelse. Andra sociologiska traditioner bygger på antropologiska antaganden som fokuserar på människors förmåga till interaktion eller kommunikation, deras beroende av värdesystem och normer samt deras behov av att skänka mening och sammanhang åt sina handlingar och åt den värld de lever i. Bourdieu har i stor omfattning studerat förhållandet mellan det som dominerar och det som domineras. Ett viktigt antagande för honom är att den sociala verkligheten både är strukturerad men också, och detta är väsentligt, hierarkiserad. Individer, grupper och institutioner har en genomgripande tendens att av oss människor bli placerade i system med stark rangskillnad. Vi har en tendens att ofta organisera våra handlingar och fenomen i noggrant fastställda över- och underordningar, där förhållandet mellan den som dominerar och den som domineras baseras på att den sist nämnda lyder den först nämnda. Den dominerade uppfattas både som mindre värd och som ålagd att rätta sig efter den som dominerar.<sup>13</sup>

## Sjukhuset som objekt och fält

Vad är det för skillnad på sjukhuset som objekt och sjukhuset som fält? Med sjukhuset som objekt menas här det som vi i vardaglig mening uppfattar som ett sjukhus i form av byggnader personal och avdelningar. Sjukhuset som fält är det fenomen som framträder i en ana-

lys av arenor och aktörer som är verksamma inom eller i närheten av sjukhuset. Och före vi problematiserar och kontextualiserar sjukhuset som fenomen genom att analysera det med Bourdieus begrepp fält, och med det betraktar det som i vissa hänseenden socialt konstruerat, är det väsentligt att försöka materialisera sjukhuset som objekt.<sup>14</sup> Här görs ett försök att beskriva sjukhuset som objekt genom att betrakta det från ett juridiskt, ett kliniskt, ett strukturellt och ett administrativt perspektiv. Presentationen mynnar ut i ett resonemang om sjukhusets öppna och slutna karaktär.

### *Sjukhusets dubbla ansikte*

*Sjukhus i juridisk mening:* I Sverige är sjukhus som term inte skyddad genom lag eller författning. Det gör att det i författningar kopplade till verksamheter inom kommun och landsting används skilda beteckningar som exempelvis vårdhem, vårdinstitution och vårdinrättning för det som i dagligt tal kallas för sjukhus. De äldre begreppen lasarett och sjukstuga har mönstrats ut medan sjukhem och klinik förekommer i vissa fall både bland utförare och bland beställare av sjukvård. När det gäller organiseringen av ett sjukhus och dess ledning finns det inte heller kvar särskilda bestämmelser om direktion, direktör eller chefsläkare. Detta är frågor som varje sjukvårdshuvudman avgör själv. Lagstiftningen ställer endast kravet att verksamheten leds av en politisk nämnd. I lagen finns formellt endast beteckningen sjukhus kvar som namn på en plats där patienter kan vår-

das av medicinska skäl. Vård som ges där benämns slutna vård och annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Detta är de formella definitionerna på dessa begrepp.<sup>15</sup>

*Sjukhus i klinisk mening:* Vårdsamverkan och vårdkedjor, exempelvis palliativ vård, gör att aktiviteter som utförs på sjukhuset tycks "spilla över" på andra vårdformer som primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Den kliniska praktiken på ett sjukhus förstärker alltså, genom positiv eller negativ interaktion med de två andra vårdformerna, intrycket av sjukhuset som otydligt i rumslig avgränsning. Samtidigt strävar utförare av vård efter att patienten inte skall uppleva de interna avgränsningarna som föreligger mellan olika kliniker på ett sjukhus. Trots det påtalar inte sällan Socialstyrelsens revisorer brister i samverkan mellan kliniker när det gäller omhändertagandet av patienten och dennes väg genom vårdapparaten. Ett exempel kan utgöra en patients väg från exempelvis akutklinik, till operations- och intensivvårdsavdelning och sedan vidare till kliniken för medicin och rehabilitering.

Vad är det då för sorts vård som erbjuds på exempelvis ett länssjukhus? Historiskt sett, åtminstone tio år bakåt i tiden, har ett länssjukhus ofta bestått av akutklinik, operations- och intensivvårdsklinik, radiologklinik, medicinklinik, klinik för rehabilitering och geriatrik, kvinnoklinik, öron-, näsa-, halsklinik, barnklinik, psykiatrisk klinik, klinik för patologi, klinik för klinisk fysiologi, barn- och ungdomspsykiatrisk klinik, ortopedklinik, ögonklinik, infektions-

och hudklinik, klinik för laboratoriemedicin samt administration och serviceenhet.

*Sjukhus i strukturell mening:* Att studera strukturen på hälso- och sjukvård i Sverige ger ytterligare en möjlighet att försöka ringa in det som gör ett sjukhus till just ett sjukhus. Inom många länskategorier kategoriseras varje sätt att bedriva vård på utifrån organisationsform. Tre former förekommer i stor omfattning: specialiserad vård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård, där den senare har kommunal huvudman. Specialiserad vård uppfattas bestå av medicinsk utredning, behandling och omvårdnad som kräver specialiserade insatser och stora resurser både av personell och teknologisk art. Den specialiserade sjukvården har av tradition utförts på sjukhus. Den kommunala hälso- och sjukvården benämns ibland hemsjukvård. Användningen kan skapa oklarheter då hemsjukvård består av insatser som bedrivs utanför huvudmannens lokaler och ofta i patientens hem. Därmed kan både sjukhus och primärvård bedriva hemsjukvård.

*Sjukhus i administrativ mening:* Däremot formar den administrativa praktiken med direktör, chefläkare, stab och ledningsgrupp en tydlig avgränsning av sjukhuset. Vidare bidrar sjukhuset som en ekonomisk förvaltning med budgetansvar ytterligare ett administrativt förtydligande av sjukhuset som avgränsad entitet.

I den här delen av uppsatsen har ett försök gjorts att ringa in vad ett sjukhus kan tänkas vara betraktat som ett

objekt, genom att fenomenet betraktats från ett juridiskt, kliniskt och administrativt perspektiv. Sammanfattningsvis förefaller sjukhuset från både ett juridiskt och kliniskt perspektiv vara diffust avgränsat och därmed kan det sägas ha en *spatioamorf* struktur. Men betraktat från ett administrativt perspektiv är sjukhuset å andra sidan skarpt avgränsat som fenomen och kan sägas ha en *spatiokoncis* struktur. Utvecklingen av sjukhuset som ett fält och en praktik materialiseras alltså i en väl fungerande paradoxal form som samtidigt är öppen och sluten.<sup>16</sup> Att studera sjukhuset som fält kommer därför att utgå ifrån sjukhusets janusanlete som samtidigt tydligt och diffust, vilket i fortsättningen benämns som sjukhusets dubbla ansikte.

### *Öppenhet och gränsdragningar*

Åtminstone tre sorters gränsdragningar tycks fruktbara att lyfta fram vid ett försök att beskriva det objekt som sjukhuset formar: Den första är en tydlig och ofta uppmätt *rumslig skiljelinje* mellan exempelvis två avdelningar eller två kliniker. Den andra gränsen berör *skillnader mellan tillstånd* som reglerar vilken klinik du som patient skall tillhöra. Att avgränsa patienten genom diagnos och behandlingsval blir här ett sätt att definiera sjukhuset som objekt. Vidare utgör diagnosen av patienten och valet av behandling vägen till den tredje gränsen som handlar om vilken profession som skall utföra ordinationen. Denna *gräns för handling* avgörs av vilken profession du tillhör. Läkaren tillhör den profession som har störst ut-

rymme att genom behandling handla inom det objekt som sjukhuset utgör. Produktionen och styrningen av sjukhusvård förefaller därför påverkas starkt av den enskilda läkarens individuella identitet och läkarkårens kollektiva mentalitet. Åtminstone två aspekter av öppna gränser tycks väsentliga att uppmärksamma. För det första en intern gränsdragning som handlar om beroendet och samverkan eller bristen på samverkan mellan olika specialiteter inom sjukhuset. För det andra en extern gränsdragning som berör det som vid en första anblick tycks vara tydligt avgränsat rumsligt med sjukhuset som byggnad, men som vid en närmare anblick på olika sätt är öppet ut mot exempelvis andra vårdgivare, försäkringskassan och producenter av medicinsk teknologi. Både sjukhusets interna och externa öppenhet uppfattas här som ett väsentligt drag i försöket att fånga sjukhuset som ett objekt.

Bourdieu kritiserar ofta för att använda fält på ett oproblemiskt sätt när det gäller fältets avgränsning mot andra fält och mot vidare kontexter. Man kan säga att han använder fält som en hermetisk enhet. Foucault däremot är mer inriktad på hur fält eller praktiker formas, upprätthålls och transformeras i relation till omgivande kontexter. Vad som här framträder är att fältet sjukhus under 2000-talets början i Sverige inte tycks vara en sluten sammanhållning. Sjukhusets form och innehåll transformeras istället av ett antal öppna gränser. Här framträder ytterligare ett exempel på att sjukhuset som fält samtidigt är koncist och amorft, och frågan är hur dess janusansikte försvårar möj-

ligheterna att leda och styra produktionen inom en sjukhusförvaltning.

### *Sjukhuset som fält*

Mot bakgrund av sjukhusets öppna gränser blir det rimligt att utveckla tanken om att sjukhuset rymmer en mer omfattande uppsättning arenor och aktörer än vad som får plats inom den byggnad som ett sjukhus utgör. Tanken med den här texten är just att det är dessa arenor och aktörer som bidrar till att forma sjukhuset som ett fält. Både aktörerna och spelet mellan dem, deras inbördes verkan på varandra, kan sägas konstituera ett sjukhus som fenomen. Bourdieu talar om att ett antal arenor med tillhörande aktörer formar ett fält. Att föra in arena som term är också överensstämmande med Bourdieus syn på människan som en tävlande och konkurrerande varelse, då arena bland annat betyder tävlingsbana. Vilka arenor och aktörer förefaller då väsentliga i beskrivningen av sjukhuset som ett fält?

Arenor med positioner	Aktörer med dispositioner
Regionstyrelsen	Politiker och tjänstemän
Hälso- och sjukvårdsstyrelsen	Politiker och tjänstemän
Utförarstyrelse	Politiker
Lokalt hälso- och sjukvårdskansli	Tjänstemän
Sjukhusdirektörens kansli	Stabspersonal
Sjukhusledningen	Verksamhetschefer
Sjukhusets administration	Funktioner inom ekonomi och personal
Sjukhusets serviceverksamhet	Servicepersonal
Klinikledningen	Verksamhetschef och klinisk personal
Vårdavdelning	Enhetschef och klinisk personal
Sektorsråden	Verksamhetschefer
Producenter av medicinsk teknologi	Forskare och försäljare
Apoteken	Apotekspersonal
Fackliga organisationer	Fackliga representanter

**Tabell 1. Arenor och aktörer som formar sjukhuset som ett fält**

Tabell 1 visar alltså 14 arenor med tillhörande aktörer med olika uppdrag, funktioner och mål som inte sällan är i konflikt med varandra. De arenor och aktörer som formar sjukhuset som ett fält kan sägas vara olika institutioner som materialiserar styrningen av ett sjukhus. Varför förefaller det då så svårt att styra produktionen av vård på sjukhus?

### *Sjukhuset som spänningsfält*

Om vi jämför produktionen av vård på ett sjukhus med produktionen av fordon inom bilindustrin så tycks komplexiteten när det gäller olika intressen inom sjukhuset vara avsevärt större än inom ett företag i bilindustrin som exempelvis SAAB. Konkurrensen om ekonomiskt, socialt, symboliskt och kulturellt kapital förefaller också vara större mellan aktörer inom sjukhuset än mellan aktörer inom ett företag inom bilindustrin. Vad beror detta på?

Förmodligen handlar det om att produktion av varor inom näringslivet har *ett* huvudsyfte som handlar om att generera kapital, medan produktionen av sjukvård på ett sjukhus kan betraktas från olika perspektiv, där det specifika perspektivet avgör vilken uppfattning om huvudsyftet med produktionen av sjukhusvård som aktören är bärare av. En komplicerande omständighet är också att olika intressen kan komma i konflikt med varandra. Vi kan exemplifiera resonemanget på följande sätt: Utifrån tabell 1 kan vi lyfta ut några aktörer som kan sägas bidra till att forma sjukhuset som ett fält. En aktör är politikerna som har till uppdrag att bestämma volym och inriktning på sjukhusets produktion. Deras perspektiv på sjukvården är medborgarens och handlar om att samhället ska nyttja begränsade skattemedel till så bra sjukvårdsproduktion som möjligt. Vi kan jämföra politikens perspektiv med professionens och till exempel läkarkåren



som har en mycket komplex roll som aktör på sjukhuset. Läkaren har inte bara ett perspektiv på sitt värv utan flera. Ett handlar om att göra så gott som möjligt för patienten och kan kallas patientetiskt. Ett annat handlar om att värna professionens intressen i form av ekonomiskt, kulturellt, symboliskt och socialt kapital. Ett tredje berör läkaren som verksamhetschef som i den rollen ska värna förvaltningens intressen i relation till professionens och den enskilda klinikens intressen.

Om politiken fattar beslut om att stänga ett antal vårdavdelningar på ett sjukhus för att sjukhuset producerar för mycket vård, det vill säga att man brukar mer medel än vad som finns för att uppfylla sitt uppdrag, uppfattar politiken sig på så sätt värna skattebetalarnas perspektiv och intressen. Samtidigt skapar stängningen av avdelningen svårigheter när det gäller att behålla och rekrytera läkare på hela sjukhuset, vilket gör att verksamhetschefer och förvaltningschefer försätts i en svår situation, då deras ambition är att behålla och utveckla verksamheten på befintlig nivå. Samtidigt som politiken ger signal om att produktionen av sjukvård på sjukhuset har för stor kostym och kostar för mycket lanserar ett läkemedelsföretag ett preparat som forskare på sjukhuset varit med och tagit fram som deltagare i kliniska prövningar. Preparatet är dubbelt så dyrt som det äldre. Nivån på förskrivningen av preparatet blir relativt hög på sjukhuset vilket leder till en kostnadsökning för produktionen av vård. De perspektiv och intressen som värnas med läkemedels-exemplet blir samtidigt patientens,

forskningens, läkemedelsindustrins och läkarprofessionens. Sammanfattningsvis tycks följande aktörer och arenor forma det spänningsfält som kännetecknar produktionen och styrningen av sjukhusvård?

- (a) *Industrin* som producerar medicinsk teknologi med huvudsyftet att generera kapital,
- (b) demografiska och epidemiologiska strukturer som tillsammans med utbudspunkter påverkar medborgarens *konsumtion* av sjukhusvård,
- (c) *professionsetiska* strävanden som handlar om att göra gott för patienten och generera kapital och status för professionen,
- (d) *samhällsperspektiv* som handlar om att erbjuda medborgare en kostnadseffektiv och pålitlig sjukvård,
- (e) befintliga *sjukhus* ambition av att fortleva och utvecklas tillsammans med regionala ambitioner att förändra antalet utbudspunkter,
- (f) samverkan och konkurrens mellan olika *specialiteter* på sjukhuset samt
- (g) ambitionen att den inriktning och volym som produktionen av sjukvård ska ha bör beslutas av *politiken*.

### *Sjukhusets inverterade hierarki*

Flera studier pekar på att sjukhusvård i stor utsträckning organiseras med hierarkiska principer som är knutna till olika professioner, där några domineras och andra dominerar.<sup>17</sup> Kan det vara så att det kliniska arbetet på ett sjukhus karaktäriseras av en ofta outtalad över- och underordning med stränga krav på lydnad? Och vilken specifik hierarkisk

struktur formar sjukhusvård som spänningsfält? I det här stycket är ambitionen att säga något om karaktären på strukturen som här benämns som *sjukhusets inverterade hierarki*. En teoretisk skolboksbeskrivning av hälso- och sjukvårdens organisation och hierarkiska struktur kan se ut enligt följande<sup>18</sup>:

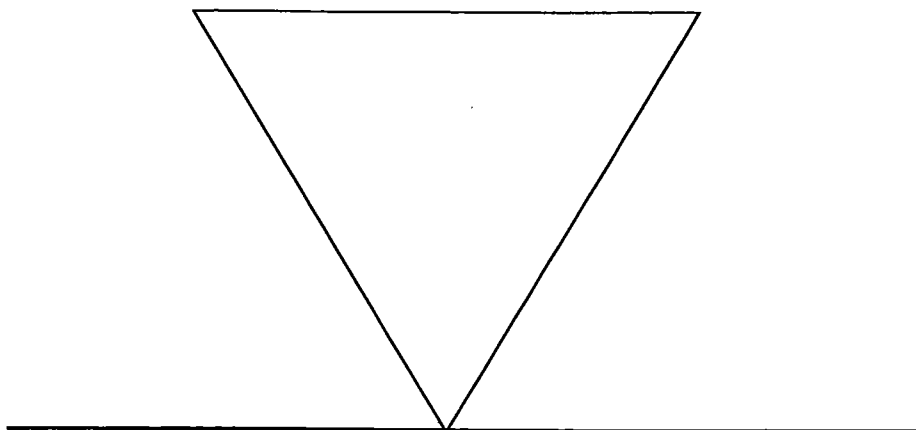
1. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen inom en region
2. Utförarstyrelsen inom ett sjukhusområde
3. Beställartjänstemännen på ett lokalt hälso- och sjukvårdskansli
4. Direktör och sjukhusledning
5. Verksamhetschef och klinikledning
6. Enhetschef och en avdelning

Med Bourdieu kan sjukhuset betraktas som en social arena inom vilken olika yrken manövrerar för att kvarhålla eller erhålla resurser och intressen. Med honom kan man säga att sjukhuset som fält definieras av de intressen och resurser som står på spel inom fältet, såsom kulturella varor kopplade till specifika livsstilar som möjliggörs av den lön man har som exempelvis sjuksköterska eller läkare. Det handlar också om vilken intellektuell distinktion representanter för olika vårddyrken uppfattas ha, något de uppnår genom utbildning som leder till en profession, samt grader av prestige och samhälllig status i allmänhet. En viktig anmärkning är att yrkena inom sjukvården kan sägas uppfatta sina handlingar på fältet som en nödvändig och följdriktig konsekvens av fältets grundläggande karaktär.<sup>19</sup> Utifrån Bourdieus resonemang om ekono-

miskt, socialt, kulturellt och symboliskt kapital förefaller det rimligt att föreslå att läkarkåren, på åtminstone sjukhus, kan tillskrivas mycket av samtliga former av de olika formerna av kapital, vilket ger dem en hög position på det fält som sjukhuset formar.<sup>20</sup> Den kan också tillskrivas hög samhälllig status och prestige.<sup>21</sup>

En central fråga blir då hur läkarkårens höga position på fältet bidrar till att forma karaktären på sjukvårdsproduktionens inre logik? En lika viktig fråga är hur den inre logiken, som här introduceras som *sjukhusets inverterade hierarki*, påverkar politikens formella mandat att styra volym och inriktning på produktionen av vård på sjukhus? Jämförd med skolbokshierarkin föreslås den inverterade hierarkin rymma ytterligare tre arenor och aktörer som tycks mycket betydelsefulla i ett försök att beskriva vad som styr volym och inriktning på produktionen av sjukhusvård:

1. Enskilda läkare på varje klinik
2. Ledamöter från varje sjukvårdsområde i sektorsråd
3. Producenter av medicinsk teknologi
4. Verksamhetschef och klinikledning
5. Direktör och sjukhusledning
6. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen inom en region
7. Utförarstyrelsen inom ett sjukvårdsområde
8. Beställartjänstemännen på lokalt hälso- och sjukvårdskansli



Figur 1. Den inverterade hierarkin

I en ideal och teoretisk mening är det tydligt vilken aktör som ska styra inriktning och volym på produktion av sjukhusvård. I till exempel Västra Götalandsregionen har sjukhusen så kallade utförarstyrelser som är sammansatta av politiker. Politikerna ska tillsammans med så kallade beställartjänstemän avgöra hur produktionen av sjukhusvård skall utföras med avsikt på volym och inriktning. Den här studien visar med *den inverterade hierarkin* att den enskilde läkaren har stor makt över produktionen genom mandatet att i stor utsträckning själv avgöra diagnos och val av terapi. Därmed förefaller läkarkåren i stor utsträckning ha ensamrätt på det specifika kapital som utgör grunden för den makt eller den specifika auktoritet den har för att avgöra inriktning och volym på produktionen av vård på sjukhus.

### *Inverterad hierarki och organisatorisk instabilitet*

Vilka konsekvenser kan den inverterade hierarkin tänkas få för styrning och ledning av sjukhus? Genom att läkarkåren

i stor utsträckning avgör inriktning och volym på produktionen av vård på sjukhus, kan det bli så att vårdproduktionen inte följer politikens beslut eller direktörens och sjukhusledningens verkställning av de formella besluten. Situationen som uppstår kan beskrivas med begreppet "compliance", följsamhet, som i klinisk mening handlar om i vilken utsträckning patienten följer de beslut om vårdprocedurer som han eller hon fått, som kan handla om intag av läkemedel. I det här sammanhanget introduceras begreppet *organisatorisk följsamhet*, för att beskriva läkarkårens relation till de beslut som handlar om karaktär och omfattning på den vård som bedrivs inom ett sjukhus. Läkarkåren föreslås ha låg organisatorisk följsamhet, vilket kan försätta sjukhusdirektörer och verksamhetschefer i svåra situationer, då de ska redovisa och relatera utvecklingen av ett sjukhus och enskilda kliniker till de beslut som politiken fattat om sjukhusets aktiviteter. Den inverterade hierarkin kan därmed resultera i organisatorisk instabilitet, vilket också figur 1 kan illustrera då den spet-

signa "basen" lätt kan tänkas resultera i att hela pyramiden börjar svaja, och om svängningarna blir för många och för kraftiga kan den också falla på sidan.

## Sammanfattande avslutning

Den här uppsatsen har behandlat fem områden som föreslås bidra till att bredda och fördjupa förståelsen av sjukhuset som fenomen, vårdproduktion och styrning av vårdproduktion:

1. Sjukhuset som ett fält är inte ett precist objekt som avgränsas av en byggnad, det föreslås istället vara ett öppet system.
2. Karaktären på sjukhusets vårdproduktion påverkas inte bara av aktörer och incitament som professioner på sjukhuset är bärare av, utan av fler aktörer med olika intressen.
3. Produktionen av vård på ett sjukhus genomförs i ett organisatoriskt spänningsfält.
4. Aktörerna på sjukhuset som ett fält är rangordnade enligt den inverterade hierarkin.
5. Den inverterade hierarkin leder till organisatorisk och produktionsmässig instabilitet på sjukhuset.

I den här uppsatsen användes alltså sociologen Pierre Bourdieus begrepp *fält* för att problematisera den vedertagna förenklade beskrivningen av sjukhuset som ett väl avgränsat objekt. I analysen framstod sjukhuset samtidigt som tyd-

ligt avgränsat och diffust – och det både internt mellan kliniker och externt gentemot andra vårdgivare, politiker och producenter av medicinsk teknologi. Sjukhusets diffusa, *spatioamorfa*, karaktär föreföll därmed kräva ett vidare anslag vid ett försök att förstå det som kännetecknade produktionen av vård på ett sjukhus. Här genomfördes en sådan breddning genom att introducera sjukhuset som ett socialt konstruerat fenomen, det vill säga att betrakta sjukhuset som ett fält. Tanken med att presentera de 14 arenorna och tillhörande aktörer som tillsammans föreslås forma sjukhuset som ett fält, var ett försök att beskriva den komplexitet som produktionen och styrningen av sjukhusvård kännetecknades av. Ansatsen var också att vidga perspektivet, från renodlade fokus på strukturer i form av antal utbudspunkter, till att vara strikt upptagen av organiseringen inom ett sjukhus och antalet vårdplatser. Tanken var även att föra in fler perspektiv, som inledningsvis kan tyckas ligga långt utanför sjukhuset, i problembilden.

Bourdieu menar att olika aktörer på ett fält eller olika professioner på ett sjukhus konkurrerar om resurser och mandat. Och om produktionen av sjukvård på ett sjukhus betraktas som ett fält tycks ett grundläggande kännetecken hos det vara att olika intressen samtidigt drar åt olika håll, vilket skapar påfrestningar och slitningar mellan de arenor och aktörer som befolkar fältet. Med en bild lånad från hållfasthetsläran kan produktionen av sjukhusvård kännetecknas av att utföras i ett tillstånd av hård sträckning. Hållfasthetslära handlar ju delvis om den kraft som upp-

kommer inuti en kropp då den utsätts för yttre krafter. I det här fallet förefaller spänningsfältet som produktionen av sjukhusvård formar i stor omfattning uppkomma av inre krafter som verkar genom de olika intressen som aktörerna företräder, där utvecklingen av en aktörs intressen inverkar negativt på utvecklingen av en annan aktörs intressen. Därmed blir det signifikant att beskriva sjukhuset som ett spänningsfält. Vi kan utveckla tankarna att knyta an till Bourdieus resonemang: Det spänningsfält som sjukhuset formar kan beskrivas vara ett rum av styrkeförhållanden mellan chefer inom delfälten kliniskt arbete, administration, och politiskt beslutsfattande som har det gemensamt att de äger den kapacitet som krävs för att inneha dominerande positioner på fält.<sup>22</sup>

Styrkeförhållandena i denna konkurrens beror på vilken autonomi fältet i sin helhet har, det vill säga i vilken grad den kliniska praktikens normer och sanktioner påverkar administratörer och politiker.<sup>23</sup> Det som är specifikt med fältet sjukhusvård är att karaktären på normer och sanktioner ser jämförelsevis olika ut beroende på vilket av de tre delfälten klinik, administration och politik som avses. På fältet som helhet finns alltså inte en uppsättning normer och sanktioner vilket i stor utsträckning tycks problematisera styrningen av vårdproduktion på ett sjukhus. De tre delfälten skapar vad som kan kallas definitionskonflikter, då aktörer inom de tre domänerna strävar efter att avgränsa och definiera fältet på det sätt som mest gynnar de specifika intressen som är incitament för verksamhet inom varje

delfält.<sup>24</sup> Definitionskonflikterna föreslås försvåra möjligheterna att rationellt styra produktionen av sjukhusvård.

Bourdies tankar om människan som en i grunden konkurrerande varelse som strävade efter makt, prestige och status applicerades på sjukhusmiljön för att förstå det spänningsfält som en sjukhusorganisation kan säga vara. Läkarkårens låga grad av organisatorisk följsamhet och höga grad av lojalitet gentemot särintressen kopplade till den egna professionen, förslogs försvåra möjligheterna att rationellt styra och leda produktionen av sjukhusvård. Samtidigt beskrevs att sjukhusets olika professioners intressen inte sällan var i konflikt med varandra, vilket också påverkade möjligheterna att rationellt styra produktionen av vård.

Bourdies uppfattning att samhällen och grupper av människor i stor omfattning tenderar att inordna sig i olika rangordningar applicerades också på sjukhuset. Men sjukhuset präglades av en omvänd rangordning, en inverterad hierarki, som ansågs försvåra möjligheterna att politiskt styra produktionen av sjukhusvård. Den etablerade skolbokshierarkin jämfördes med en rangordning som tycktes vara en del av den inre logiken i produktion av vård på sjukhus som här introduceras med benämningen *sjukhusets inverterade hierarki*, där läkarkåren placerades högst upp i hierarkin och avgjorde vem eller vilka som styrde produktionen av vård på sjukhus. Resonemang fördes om det kunde vara så att läkarkåren med sin professionella identitet och kollektiva mentalitet, i sin kliniska vardag med patienten och i val av diagnos- och behandlings-

form, hade avgörande makt över produktionen av vård. Var det helt enkelt så att läkarkåren styrde inriktning och volym på produktionen av vård på ett sjukhus? Och hur förhöll sig det till omständigheten att politiker på både regional och lokal nivå, med formella mandat att bestämma volym och inriktning på vården, hamnade lågt i den inverterade hierarkin? Och kunde det vara så att den inverterade hierarkin resulterade i organisatorisk instabilitet som försvårade ledningens möjligheter att genomföra långsiktig verksamhetsutveckling, då den blev tvungen att parera svängningar i organisationen och i produktionen, som antingen ledde till besparingsbeslut eller extra resurstilldelning från politiken.

## Referenser

Ackroyd, Stephen, 1996

"Organization contra Organizations: Professions and Organizational Change in the United Kingdom." *Organization Studies*, 17(4): 599-621.

Bourdieu, Pierre, 1986

*Kultursociologiska texter*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag.

Bourdieu, Pierre, 1991

*Language and Symbolic Power*. Cambridge: Polity Press.

Bourdieu, Pierre, 1992

*Texter om de intellektuella*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag.

Bourdieu, Pierre, 1996

*Homo Academicus*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag.

Bourdieu, Pierre, 2000

*Konstens regler. Det litterära fältets uppkomst*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag.

Brorström, Björn, Bo Hallin och Marianne Leffler, 1999

*Organisationsideal och professionellas verklighet. En studie av sjukvård i förändring*. Göteborg, Förvaltningshögskolan: Utvärderingsprogrammet Västra Götalandsregionen, rapport nummer 2.

Denis, Jean-Louis, Ann Langley och Linda Cazale, 1996

"Leadership and Strategic Change under Ambiguity." *Organization Studies*, 17(4): 673-699.

Eriksson, Rikard, 1999

*Psykoteknik. Kulturell fabricering av personlig identitet*. Stockholm: Carlsson förlag.

Greenwood, Royston och Robert Lachman, 1996

"Change as an Underlying Theme in Professional Service Organizations: An Introduction." *Organization Studies* 17(4): 563-572.

Hacking, Ian, 1997

*The Social Construction of What?* London: Harvard University Press.

Hallin, Bo, 2000

*Hela havet stormar - etablering av ledning inom ett sammanslaget universitetssjukhus*. Göteborg, Förvaltningshögskolan: Utvärderingsprogrammet Västra Götalandsregionen, rapport nummer 5.

Hoggett, Paul, 1996

"New Modes of Control in the Public Service." *Public Administration*, 74: 9-32.

Jenkins, Richard, 1992

*Pierre Bourdieu*. London: Routledge.

Lakoff, Georg, 1987

*Women Fire and Dangerous Things*. Chicago: The Chicago University Press.

Montgomery, Kathleen, 1996

"Responses by Professional Organizations to Multiple and Ambiguous Institutional Environments: The Case of AIDS." *Organization Studies*, 17(4): 649-671.

Socialstyrelsen: *Sjukvården i Sverige 1995 - En rapport om förhållanden inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Landstingsförbundet.

Wikström, Ewa, Petra Adolfsson och Rikard Eriksson, 2004

*Chefskap i NU-sjukvården*. Västra Götalandsregionen och Handelshögskolan vid Göteborgs universitet.

Östergren, Katarina, och Kerstin Sahlin-Andersson, 1998

*Att hantera skilda världar - läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration*. Stockholm.



<sup>1</sup> För Sveriges del se Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården 2001 och internationellt exempelvis den mer radikala norska strukturförändringen av driftformer och antal sjukhus som inleddes under år 2002. Se även Brorström B, Hallin B, Leffler M. 1999. Organisationsideal och professionellas verklighet. En studie av sjukvård i förändring. *Utvärderingsprogrammet: Västra Götalandsregionen, rapport nummer 2* Göteborg: Göteborgs universitet, samt Hallin B. 2000. Hela havet stormar- etablering av ledning inom ett sammanslaget universitetssjukhus. *Utvärderingsprogrammet: Västra Götalandsregionen, rapport nummer 5*.Göteborg: Göteborgs universitet.

<sup>2</sup> Med medicinsk teknologi avses här både läkemedel och andra medicinska produkter som brukas i det kliniska arbetet.

<sup>3</sup> Se till exempel Västra Götalandsregionens utredningsarbete om hur många sjukhus det ska finnas i regionen som vilka sorters sjukhus som bör utvecklas. Arbetet leddes av Daniel Holmdahl under benämningen Strukturarbetsgruppen.

<sup>4</sup> För Pierre Bourdieus användning av begreppet fält se: Bourdieu; P. (1992) *Texter om de intellektuella*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag. sidan 41-52, 145-161; Jenkins, R. (1992) *Pierre Bourdieu*. Routledge: London. sidan 78, 82-83, 84-91, 93, 120-124, 134-137, 167; Bourdieu, P. (2000) *Konstens regler. Det litterära fältets uppkomst*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag. sidan 9-26, 29-37, 91-92, 143-144, 312-324, 325-334, 398-406; Bourdieu, P. (1996) *Homo Academicus*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag. sidan 71-95; Bourdieu, P. (1986) *Kultursociologiska texter*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag, sidan 247-296.

<sup>5</sup> När det gäller Bourdieus teoriers ontologiska status föreligger det oklarheter som exempelvis sociologen Richard Jenkins lyfter fram i sin *Pierre Bourdieu*. Jenkins, R. (1992) *Pierre Bourdieu*. London: Routledge.

<sup>6</sup> Bourdieu, P. (2000) *Konstens regler. Det litterära fältets uppkomst*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag. sidan 12.

<sup>7</sup> Ibid., sidan 12.

<sup>8</sup> Se Georg Lakoff (1987) *Women Fire and Dangerous Things*. Chicago: The Chicago University Press. Bourdieus användning av formuleringar som att något är inristat i kroppen och utgör habitus kan utvecklas med resonemang av Georg Lakoff som är professor i lingvistik och talar om *functional & conceptual embodiment*. Kortfattat handlar Lakoffs resonemang om hur våra sätt att förstå och förklara världen har ett slags grund eller början i vår kropp och vår erfarenhet är inte bara beroende av vårt intellekt utan också av kroppens placering i tid och rum. Habitus kan då uppfattas som ett *embodied experience*, en förkroppsligad erfarenhet som danat den du är och hur du agerar.

<sup>9</sup> Bourdieu, P. (1991) *Language and Symbolic Power*. Cambridge: Polity Press, sidan 229-231.

<sup>10</sup> Jenkins, R. (1992) *Pierre Bourdieu*. London: Routledge, sidan 84.

<sup>11</sup> Ibid., sidan 85.

<sup>12</sup> Bourdieu; P. (1992) *Texter om de intellektuella*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag, sidan 44.

<sup>13</sup> Bourdieu, P. (2000) *Konstens regler. Det litterära fältets uppkomst*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag, sidan 23.

<sup>14</sup> Enligt matematikern och filosofen Ian Hacking kan tre distinkta typer av saker hävdas vara socialt konstruerade: 1. *Objekt*: Människor (barn), Stater (barndom), Omständigheter (hälsa, barndomsautism), Praktiker (barnmisshandel), Handlingar (att kasta en boll, våldtäkt), Beteende (generös), Klasser (arbetare), Erfarenheter (att bli kär, att vara handikappad), Relationer (genus), Materiella objekt (berg), Icke observerbarheter (gener), Fundamentala partiklar (kvarkar). 2. *Idéer*: Konceptioner, concept föreställningar, attityder till, teorier. De behöver inte vara privata utan kan vara diskuterade, accepterade, delade, konstaterade, utarbetade, världsliga, dumma eller distinkta; 3. *Elevator words*: Exempel på item som av många hävdas vara konstruerade är fakta, sanning, verklighet och kunskap. De här orden används för att säga något om världen, eller om vad vi säger eller tänker om världen. Ian Hacking (1997) *The Social Construction of What?* London: Harvard University Press, sidan 21-24.

<sup>15</sup> Se Socialstyrelsens rapport Sjukvården i Sverige 1995 - En rapport om förhållanden inom hälso- och sjukvården.

<sup>16</sup> Jfr. resonemang om väl fungerande paradoxer i Eriksson, R. (1999) *Psykoteknik. Kulturell fabricering av personlig identitet*. Stockholm: Carlsson förlag.

<sup>17</sup> Se till exempel Östergren and Sahlin-Andersson 1998; Greenwood and Lachman 1996; Ackroyd 1996; Montgomery 1996; Denis, Langley & Cazale 1996.

<sup>18</sup> Se till exempel <http://www.vgregion.se/organisation&forvaltning/Organisations-skisser/organisationsskisser.cfm> och <http://www.vgregion.se/halsa&sjukvard/Organisation/organisation.cfm>

<sup>19</sup> Jenkins, R. (1992) *Pierre Bourdieu*. London: Routledge, sidan 84.

<sup>20</sup> Jfr. Bourdieu, P. (1991) *Language and Symbolic Power*. Cambridge: Polity Press, sidan 229-231.

<sup>21</sup> Jfr Bourdieu, P. (2000) *Konstens regler. Det litterära fältets uppkomst*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag, sidan 12.

<sup>22</sup> Bourdieu, P. (2000) *Konstens regler. Det litterära fältets uppkomst*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag, sidan 314.

<sup>23</sup> Ibid., sidan 315-316.

<sup>24</sup> Ibid., sidan 324.