

**Planetree filosofien
Hvilke utfordringer skaper den for det tradisjonelle
sykehushierarkiet?**

Essay i faget KULT 8850 Forskning og samfunn, høsten 2004

Monica Jensø, PhD-stipendiat
Studentnr 013018
Institutt for byggekunst, prosjektering og forvaltning,
Fakultet for arkitektur og billedkunst, NTNU.

10.01.2005

Innhold

ESSAYET	1
INNLEDNING	1
BAKGRUNN – KORT HISTORIKK	1
<i>Paviljongsykehuset</i>	2
<i>Blokksykehuset</i>	2
<i>Dagens sykehus</i>	2
PLANETREE - FILOSOFIEN	3
PLANETREE-FILOSOFIENS PRINSIPPER	3
<i>Fokus på pasienten</i>	3
<i>Organisering etter primærsykepleiemodellen</i>	3
<i>Fysiske omgivelser er en sentral faktor</i>	4
I HVOR STORT OMFANG ER FILOSOFIEN IMPLEMENTERT?	4
ST. OLAVS HOSPITAL I TRONDHEIM	4
HVILKE UTFORDRINGER OG KONFLIKTER KAN PLANETREE-FILOSOFIEN SKAPE I FORHOLD TIL TRADISJONELL ORGANISERING?	5
REPRESENTERER PLANETREE-FILOSOFIEN EN TRUSSEL FOR EKSPERTKUNNSKAPEN?	5
<i>Opplevs ekspertenes fagintegritet truet?</i>	7
<i>Kunnskapsmonopol og etablering av subkulturer</i>	7
VIL TRANSDISCIPLINARITET FRAGMENTERE FAGMILJØER?	9
SOSIALT ROBUST KUNNSKAP	10
DRØFTING OG KONKLUSJON	12
REFERANSER	14

Essayet

Essayet skal innledningsvis gi en kortfattet historisk oversikt over hovedtrekkene i den arkitektoniske utviklingen i sykehussektoren, med utgangspunkt i hvordan endringer i synet på pasienten har påvirket organisering og fysiske omgivelser innen sykehussektoren.

Jeg vil videre beskrive planetree-filosofien i denne konteksten, og drøfte hvilke utfordringer og konflikter som kan oppstå ved å implementere denne filosofien i sykehuset, i forhold til tradisjonell organisering, med hovedvekt på utviklingen av kunnskap og kunnskapsregimene i sykehusorganisasjonen. Problemstillinger som vil bli drøftet i denne sammenhengen vil være i hvilken grad pasientmedvirkning og innføring av planetree-filosofien representerer en trussel for ekspertkunnskapen og skaper fragmentering av fagmiljøer, samt peke på noen utfordringer som oppstår når det forutsettes større åpenhet og mer sosialt robust kunnskap i sykehusvirksomheten. Drøftingen vil bli gjort i forhold til vitenskapsteori, med størst vekt lagt på "The New Production of Knowledge".¹

Innledning

Sykehusbygg er en bygningskategori med stor kompleksitet, og sykehusdriften påvirkes av ulike og raske endringer og trender. I henhold til Jonassen et al.² er måten helse og omsorg leveres på rundt omkring i verden i kontinuerlig endring, og endringshastigheten er stadig økende. Vi har sett en utvikling av nye sykdomsbilder og nye behandlingsmetoder og medikamenter, og de senere tiår har utviklingen vært preget av en voldsom utvikling innen IKT og medisinsk teknologi. Organisering og fysisk utforming av sykehusene har med bakgrunn i dette gjennomgått omfattende endringer opp gjennom historien.

Det gis her en kortfattet oversikt over sykehusorganiseringen og –utbyggingen i de ulike tidsepoker, med utgangspunkt i hvordan endringer i pasientsynet har påvirket organisering og fysiske omgivelser innen sykehuset. Denne historiske oversikten er basert på Dilani "Design and care in Hospital Planning"³ og Nørves "Bygningers funksjonalitet og tilpasningsdyktighet innen helsesektoren."⁴

Bakgrunn – kort historikk

På 1700-tallet resulterte befolkningsvekst, kriger og epidemier i opprettelsen av institusjoner der skillet mellom behandling, internering og straff var uklar og flytende. Etter hvert trer behandlingsaspektet tydeligere frem, forankringen av medisinen i den naturvitenskapelige forståelsen vinner frem, og sykehusene oppstår som egne institusjoner.⁵

Sykehusomgivelsene representerte et stort problem i helsevesenet på 1800-tallet. Florence Nightingale skrev i sine notater "Notes on Hospitals" (1859) at dødeligheten ved de store byenes sykehus var betraktelig høyere enn for pasienter med samme sykdom, som ble behandlet andre steder. I sine "Introductory Notes on Laying-in-Institutions" (1871) pekte hun på at mange av sykdomstilfellene ved King's College Hospital i London skyldtes omgivelsene, og viste til at utforming, lys, luft og ventilasjon var viktige elementer i sykehus.⁶

I moderne tid har utviklingen innen sykehussektoren gått fra paviljongsykehuset, via blokk-sykehuset, til "nabolagssykehuset" som representerer dagens modell. Dette har skjedd med bakgrunn i utviklingen av medisinsk teknologi og ledende sykepleiefilosofi i hver periode.

¹ Gibbons et al. *The New Production of Knowledge*.

² Jonassen, J., Klemenic, R., Leinenwever, M., "Health facility flexibility and Humanity. An agenda for the 21st century".

³ Dilani, A., *Design and Care in Hospital Planning*.

⁴ Nørve, B., F., *Bygningers funksjonalitet og tilpasningsdyktighet innen helsesektoren*.

⁵ Carstens, S., *Sykehusvesenets historie i Norge. Innlagt, innsatt eller innesperret?*

⁶ Dilani, A., *Design and Care in Hospital Planning*.

Paviljongsykehuset

Paviljongsykehuset ble utviklet som et svar på 1800-tallets problemer, og hadde fokus på dagslys, luft og ventilasjon som kunne gi tilfredsstillende hygiene for pasientene. Sykehusene ble inndelt i separate enheter, og etter hvert ble paviljongene knyttet sammen via glasskorridorer for å lette arbeidet for de ansatte og for å forenkle pasienttransport.

Blokksykehuset

I Norge har de store sykehusutbyggingene foregått periodevis, med topper på 1950- og 1970-tallet.⁷ Det var planlagt flere større utbygginger av sykehus i Norge i årene før krigen, men på grunn av krigen ble prosjektene skjøvet ut i tid. På 50-tallet skjedde derfor en stor ekspansjon i helsesektoren, og planleggerne adopterte organisasjonsmodeller fra industrien for å bedre effektiviteten og produktiviteten i sykehussektoren. Begreper som effektivitet, rasjonalitet, produktivitet og uniformitet var nøkkelord. Sykepleiefilosofien var basert på spesialisering, hierarki, sentralisering og toppkontroll. Dette vanskeliggjorde kommunikasjon mellom pasienter og ansatte. Det sentrale var å dekke pasientenes fysiske behov. Det var lite oppmerksomhet knyttet til pasientenes psykologiske, sosiale og åndelige behov.

Blokksykehuset ble utviklet som et svar på de kvantitative målsetningene knyttet til effektivitet og krav satt i henhold til den teknologiske utviklingen på denne tida. Funksjonalismen dominerte sykehusarkitekturen på 60- og 70-tallet. Sykehusene ble bygd som pleiefabrikker i høyblokker, med fokus på kvantitet og sentralisering av sykehusopp-gavene. Estetisk kvalitet ble ikke gitt høy prioritet.

På 70-tallet oppsto en kritisk debatt knyttet til sykehusene som pleiefabrikker, og grunnholdningene til sykehusplanlegging begynte å endre seg. Media omtalte dårlige arbeidsforhold og mekanisk behandling av pasienter, og man fikk en sterk kritikk av sentraliseringen og ikke-menneskeliggjøringen i sykehusomgivelsene. Dette ledet til en søken etter nye driftsmodeller i sykehuset, og en utvikling mot sykehusprosjekter i mindre skala, desentralisering, et annet syn på pasienten, større intimitet og tettere kontakt mellom ansatte og pasienter.⁸

Dagens sykehus

Den senere tida viser trenden en endring i kultur og ideologi knyttet til sykehusdrift, i forhold til økt fokus på pasienten, pasientens rettigheter og medbestemmelse i behandlingssituasjonen⁹. Sykehusene har gått fra å være behandlingsfokuserert til å bli mer pasientfokuserert. Pasienten betraktes ikke lenger kun som en "vare" som er på sykehuset for å bli frisk, og pasienthensyn er i større grad ivare tatt i dagens sykehus. Knappe økonomiske rammer har dessuten medført at sykehusene i større og større grad fokuserer på effektiv undersøkelse og behandling, høy ressursutnyttelse og produktivitet, og endrer måten sykehuset drives på.

Fritt sykehusvalg, konkurranse fra private aktører innenfor sykehussektoren, samt trussel om outsourcing av tjenester påvirker også kravene til endring i den offentlige sykehussektoren.

På grunnlag av dette gir sykehusene som planlegges og bygges i dag uttrykk for å basere seg på en annen grunnleggende holdning til helse og omsorg enn den tradisjonelle, ved at de setter pasienten i fokus. Mange legger planetree-filosofien til grunn for organisering og utforming. Siste ledd i denne utviklingen, er St. Olavs Hospital i Trondheim, som er et prosjekt bygd ut i tråd med dagens sykehusidealene.

⁷ Nørve, B., F., *Bygningers funksjonalitet og tilpasningsdyktighet innen helsesektoren*.

⁸ Dilani, A., *Design and Care in Hospital planning*.

⁹ Pasientens krav og rettigheter i forbindelse med behandling i sykehus ble i 1999 lovfestet via *Lov om pasientrettigheter*, 2. juli 1999, nr 63 (*Pasientrettighetsloven*).

Planetree - filosofien

Planetree ble formelt grunnlagt som en non-profit organisasjon i 1978 av Angelica Thierot fra Argentina. Flere personlige traumatiske sykehuserfaringer, og en opplevelse av kald og upersonlig behandling under sykehusoppholdene, dannet bakgrunnen for utviklingen av en ny filosofi for pasientbehandling i sykehus. Hun samlet en gruppe leger, sykepleiere, arkitekter, kunstnere og andre som var interesserte i en menneskeliggjøring av medisinsk behandling, og i 1981 ble Planetree Health Resource Center etablert ved Stanford University.¹⁰

Navnet *planetree*¹¹ refererer seg over 2000 år tilbake i tid, da Hippocrates, den moderne medisins grunnlegger, satt under en platanlønn når han underviste sine studenter i antikkens Hellas, om at en ikke kunne lege legemet om en ikke leget sjelen samtidig. Planetree-bevegelsen benytter derfor dette treet som et symbol på planetree-filosofien.

Planetree-filosofiens prinsipper

De grunnleggende verdiene innenfor Planetree-filosofien er tillit, nærhet, respekt og trygghet, helhetlig omsorg og behandling, informasjon, deltakelse i beslutningstaking, helsefremmende omgivelser, og nettverksstøtte.¹²

Fokus på pasienten

Planetree-filosofien har fokus på pasienten, og søker å forbedre medisinsk behandling sett fra pasientens perspektiv. Filosofien vektlegger å gjøre sykehusbehandlingen mer personlig og menneskelig, og mindre fremmed både for pasient og pårørende. Planetree-filosofien representerer dessuten et verdibasert og helhetlig pasientperspektiv.

Familie og venner betraktes som verdifulle elementer i behandlingssituasjonen, og sykehusavdelinger bygd opp og organisert etter planetree-filosofien har fjernet visitt-tidene. Planetree-filosofien oppfordrer familie og venner til å bidra som aktive deltakere via fysisk og psykisk støtte for pasienten i behandlingssituasjonen og i tiden etter sykehusoppholdet.

Å fjerne fysiske barrierer mellom helsearbeidere og pasienter med familie er et annet viktig element for å gi helhetlig omsorg og behandling, meningsfylt informasjon og gi pasientene mulighet til deltakelse i beslutninger. Involvering, opplæring og kompetanseheving hos pasientene er i tillegg viktig. Det er sentralt å øke kunnskapen om sykdommen, behandlingen og forutsetningene. Åpenhet omkring sykdommen og innsyn i pasientjournalen spiller en viktig rolle i utviklingen av kunnskap omkring egen situasjon og for å etablere trygghet. Et viktig prinsipp er at pasientens kunnskap om egen situasjon er like viktig som de profesjonelles kunnskaper, som et bidrag til å stille diagnose, og planlegge behandling og oppfølging.

I motsetning til den tradisjonelle sykehusorganiseringen, der pasienten blir flyttet mellom ulike avdelinger og sentraliserte tjenester, bringes service og behandling til pasienten, og utføres så nært som mulig av et personale som er kjent for pasienten. Et sykehus utformet i tråd med planetree-tankegangen har en utforming som bygger på desentralisert pasientbehandling.

Organisering etter primærsykepleiemodellen

Et annet viktig aspekt ved planetree-filosofien er å ivareta pasientenes identitet og integritet. Et av virkemidlene for å oppnå dette er å basere sykehusorganisasjonen på primærsykepleiemodellen, som innebærer at pasienten får "tildelt" en primærsykepleier som har hovedansvaret for å koordinere den behandlingen som avdelingen tilbyr, og har ansvaret for å

¹⁰ Frampton, S., Gilpin, L., Charmel, P., A., *Putting Patients First. Designing and Practicing Patient-Centered Care.*

¹¹ Planetree eller sycamore tree – norsk platanlønn, evt morbær-fikentre.

¹² Planetrees Inc, *Components.*

utarbeide en behandlingsplan sammen med pasienten.¹³ Dette gir god kontinuitet og begrenser antall sykehusansatte pasientene kommer i kontakt med.

Fysiske omgivelser er en sentral faktor

Arkitektur og fysiske omgivelser er sentrale faktorer i planetree-filosofien, og betraktes som en forutsetning for å kunne oppfylle de grunnleggende verdier i modellen. De viktigste elementene når det gjelder de fysiske omgivelsene er gjenkjennelsesprinsippet, reduksjon av institusjonspreg, nærhet (reduerte barrierer) mellom personalet og pasientene og trygghet.¹⁴

I hvor stort omfang er filosofien implementert?

Presbyterian Medical Center i San Francisco var det første sykehuset som implementerte planetree-filosofien i 1985.¹⁵ I dag er denne filosofien benyttet som utgangspunkt for planlegging av avdelinger i over 40 sykehus i USA.¹⁶ 2 sykehus utenfor Statene; Poole Hospital i England og St. Olavs Hospital i Trondheim, er i sin helhet planlagt etter denne filosofien, og flere avdelinger ved andre sykehus har denne filosofien som ideal. Planetree-filosofien brukes både for hele sykehus og for enkelte avdelinger ved et sykehus, men må tilpasses de spesielle behov som hver enkelt avdeling eller sykehus har. Det som er likt er de grunnleggende verdiene og en del av metodene som benyttes for å konkretisere verdigrunnlaget. I følge Dilani¹⁷ har ingen sykehus hittil gått så grundig til verks som St. Olavs Hospital når det gjelder å planlegge et sykehus med utgangspunkt i pasientens behov.

St. Olavs Hospital i Trondheim

St. Olavs Hospital begynte å prøve ut denne filosofien allerede i 1991, da Revmatologisk avdeling ble etablert.¹⁸ I utformingen av avdelingen er det lagt vekt på verdier som respekt, trygghet, tillit, omsorg og nærhet, og det er lagt vekt på å redusere institusjonspreget, og velge farger, kunst, planter og interiør som støtter opp om dette. Behandlingen ved avdelingen er organisert etter primærsykepleiemodellen.

En evaluering av avdelingens utforming og drift har vist positive resultater.¹⁹ Barrierer mellom ansatte og pasienter er fjernet, og de ansatte mener at den nye sykepleiefilosofien gir en raskere og mer effektiv behandling for pasientene. Evalueringen viser at pasientene opplever avdelingen som trygg, vennlig og forskjellig fra tradisjonelle sykehusavdelinger. En pasient har uttalt at *"Det er som å være hjemme"*. En annen har sagt at *"De behandler oss annerledes, de tar oss på alvor. Andre skulle lære fra dette."* Evalueringen har også dokumentert at de ansatte har en større grad av tilfredshet i arbeidssituasjonen sammenliknet med tradisjonelle avdelinger.

Det nye universitetssykehuset i Trondheim planlegges og bygges ut i sin helhet med utgangspunkt i denne filosofien. Arkitektkonkurransen for prosjektet, gjennomført i 1995, var basert på at behandling, sykepleie og omsorg skulle skje med utgangspunkt i "pasienten i fokus". Begrepet "pasienten i fokus" defineres som et helhetlig syn på pasienten og et produksjonsorientert syn på organisasjonsstrukturen i sykehuset. Dette har i prosjektet konkretisert seg i en desentralisert løsning med små, delvis autonome organisasjoner i separate bygg; integrerte sentre i selvstendige kvartaler. Grunntanken i prosjektet er at pasientens behov og ønsker skal være utgangspunktet for all planlegging. Det legges vekt på verdighet og medvirkning hos den enkelte pasienten. Flest mulig av tjenestene skal utføres i nærheten av pasienten, av det personalet pasienten daglig forholder seg til. Gjennom pasientfokuset

¹³ St. Olavs Hospital, avdelingen for Revmatologi, *Revmatologi*.

¹⁴ Klakegg, O., J., Hansen, G., K., Ramstad, L., *Konstruksjon av virksomhetsbilder*.

¹⁵ Dilani, A., *Design and Care in Hospital Planning*.

¹⁶ Savage, L., *Planetree Model Improves Customer Satisfaction and Staff Retention – Patient-centered care is becoming widely accepted*.

¹⁷ Helsebygg Midt-Norge, *Industrien dirigerte*.

¹⁸ Helsebygg Midt-Norge, *The planetree model*.

¹⁹ Dilani, A., *Design and Care in hospital planning*.

behandling skal pasienten oppleve kontinuitet og sammenheng i behandlingsforløpet. En stor endring i forhold til dagens sykehus er at personalet kommer til pasienten, at pasienten ikke skal transporteres til en annen avdeling for å få utført tjenester, og at det er et entydig ansvar for pasienten gjennom hele behandlingsforløpet. Pasienten skal ha en mindre gruppe mennesker å forholde seg til, noe som gir en mer menneskelig atmosfære. Hver bygning er mindre enn et tradisjonelt sykehus. Universitetssykehuset skal tilby pasienten behandling, sykepleie og omsorg basert på egne behov og ønsker.

Hvilke utfordringer og konflikter kan planetree-filosofien skape i forhold til tradisjonell organisering?

En implementering av planetree-filosofien i sykehuset kan skape en del utfordringer i forhold til den tradisjonelle sykehusorganiseringen. Dette kan skyldes at sykehusorganisasjonen har en spesiell karakter, og kan betegnes som et "profesjonelt byråkrati".²⁰ Et sykehus består av en stor, kompleks organisasjon, med mange ansatte og mange ulike profesjoner og yrkesgrupper. Leger, sykepleiere, annet helsepersonell, og vitenskapelig ansatte ved universitetet utgjør den dominerende og operative delen av organisasjonen.

Toppledelsen i sykehusorganisasjonen har på grunn av sterk dominans på det operative nivået mindre innflytelse enn i andre organisasjoner. Dette medfører at det i slike organisasjoner er en utfordring å gjennomføre endringer og organisasjonsutvikling i virksomheten, og når det innføres endringer oppstår ofte enkelte interessekonflikter, uenigheter og forhold som røkter ved de tradisjonelle hierarkier og maktstrukturer i sykehusorganisasjonen.

Som et ledd i min sivilarkitektutdanning skrev jeg i 1999 hovedoppgaven "Brukermedvirkning i byggeprosessen", med fokus på planleggingsprosessen ved Kvinne-barnsenteret, St. Olavs Hospital. Intervjuer med personale og pasienter utført i denne forbindelse avdekket en del ulike synspunkter på og holdninger til den nye måten å organisere sykehuset på. Uttalelser mottatt i disse intervjuene benyttes for å eksemplifisere problemstillingene, og for å synliggjøre hvilke holdninger som eksisterer. Uttalelsene i disse samtalene avdekker at det spesielt blant legestanden eksisterer en del motstand mot implementering av planetree-filosofien og den omfattende bruken av begrepet "pasienten i fokus".

Representerer planetree-filosofien en trussel for ekspertkunnskapen?

Moderne sykehus fremstår i dag som høyteknologiske, kompetansebaserte institusjoner, og har en sentral plassering i det norske helsevesenet i kraft av å være kompetansesentra for den medisinske vitenskap.²¹ Sykehusenes kjerneoppgave er å utføre spesialiserte helsetjenester som ikke utføres av primærhelsetjenesten, og den medisinsk-faglige kompetansen står i en særstilling.²² Den sterkeste kraften innen helsevesenet er og har vært den medisinske profesjonen. Den har hatt avgjørende innflytelse på hvordan virksomheten er bygd opp og hvilke effektivitetskriterier og kvalitetsbegrep som skal anvendes. Den medisinske kunnskapsutviklingen har medført en oppsplitting i flere og flere medisinske spesialiteter, noe som har redusert oversikten og gjenkjennbarheten for pasienten.²³

I tillegg til organisasjonens størrelse er sykehusorganisasjonen spesiell på grunn av at enkeltaktørene har stor reell innflytelse og makt. Dette fordi arbeidsoppgavene i sykehuset forutsetter spesielle kunnskaper og ferdigheter som utenforstående ikke har, ekspertkompetanse.²⁴ Den tradisjonelle sykehusorganisasjonen baseres på helsepersonell, og da spesielt legestanden, som eksperter eller spesialister. Definisjonen på ekspert er i henhold til Aune og Levold;²⁵ "En person som har spesialkunnskap på et avgrenset område, og med en

²⁰ Vanebo, J., O., Busch, T., *Organisasjon, ledelse og motivasjon*.

²¹ NOU 1997:2, *Ledelse og organisering av sykehus. Sykehuset i et historisk perspektiv*.

²² Høybråten, D., *Ledelse og organisering av sykehus*.

²³ Anbäckén, O., *Patientmedverkan och Organisationsstruktur*.

²⁴ Klakegg, O., J., Hansen, G., K., Ramstad, L., S., *Organisasjonsutvikling og byggeprosess: samspillet i virksomhetsutviklinga*.

²⁵ Aune, M., Levold, N., Forelesningsnotater Forskning og samfunn, høsten 2004.

vitenskapsbasert utdanning, dvs at den spesialkunnskapen personen har bygger på fakta, funn eller innsikter fra vitenskapen/forskningen." I følge Aune og Levold har ekspertkunnskap også et innslag av praktisk erfaring, og ekspertise utvikles i et samspill mellom utdanning og praksis.

Et viktig prinsipp innen planetree-filosofien er at pasientens kunnskap om egen situasjon er like viktig som de profesjonelles fagkunnskaper, i forhold til å stille diagnose, og planlegge behandling og oppfølging. Dette ut fra synet at "den som har skoen på best vet hvor den trykker". Dette prinsippet kan delvis være motstridende mot det tradisjonelle ekspertperspektivet i et sykehus, og implementering av denne filosofien kan oppfattes som en trussel for ekspertsynet og fagkunnskapen i sykehuset. Motstanden mot implementeringen av planetree-filosofien ytres derfor i størst grad av legestanden i sykehuset.

Innføringen av planetree-filosofien i sykehusorganisasjonen drøftes her i lys av kunnskapsutviklingen og kunnskapsregimene i sykehuset, og relateres til "The New Production of Knowledge."²⁶ Gibbons et al. har beskrevet utviklingen av kunnskapsproduksjonen fra modus 1 til modus 2. Denne overgangen beskrives som endringen fra et disiplinbasert regime til konkrete anvendelser og kontekst- og brukeravhengige resultater.

I følge Gibbons et al. preges den tradisjonelle kunnskapsproduksjonen (modus 1) av en akademisk måte å løse problemstillinger på. Problemer utvikles på basis av internvitenskapelige relevanskriterier, og forskningen utføres innen rammen av akademiske institusjoner og fagdisipliner. Denne type kunnskapsproduksjon preges derfor av homogenitet. En kritikk mot denne typen kunnskapsutvikling har vært at den fjerner seg fra praktiske målsetninger, og at tilnærmingen blir for akademisk. Innenfor denne type kunnskapsproduksjon dominerer disiplinorienteringen og spesialistregimet, der mange typer spesialister lever side om side, og de individuelle spesialistene er bærere av dybdekunnskap på sitt område. Utfordringer knyttet til dette regimet er utvikling av nye former for arbeidsdeling og koordinering mellom de ulike fagspesialitetene, samt bearbeiding av etablerte forestillinger om "de andre".

Den nye typen kunnskapsproduksjon, modus 2, preges av at kunnskap utvikles med tanke på nytte og anvendelse, i stor grad på bakgrunn av hvilken type kunnskap som etterspørres i samfunnet. Anvendelse og implementering inngår som en del av forskningsprosessen. Kunnskapsutviklingen innenfor modus 2 er transdisiplinær og ikke-hierarkisk, og involverer personer med ulik fagbakgrunn og kompetanse. Den karakteriseres av organisatorisk heterogenitet, og universitetene og de akademiske kretser er ikke lenger sentra for kunnskapsproduksjonen. Kunnskapsutviklingen foregår i økende grad i andre organisatoriske kontekst-er, og gjerne i nettverk som går på tvers av ulike sektorer. Innenfor denne type kunnskapsproduksjon er det de polyvalente fagspesialistene, spesialist innenfor et avgrenset fagområde, som dominerer. Det legges større vekt på teamarbeid, kommunikasjon, oversettelse av eget fag, og man har i større grad innsikt i begrensningene ved egen fagspesialitet. Utfordringene ved denne type kunnskapsproduksjon er at det kreves bred kunnskap, som utvikles i samhandling innenfor et kollektiv. Teamet og nettverket er den sentrale enheten.

Tradisjonelt har sykehusorganisasjonen vært basert på ekspertkunnskap og en hierarkisk oppbygning, det vil si en kunnskapsproduksjon innenfor det som Gibbons et al. beskriver som modus 1. Dette har gyldighet både innenfor det gamle paviljongsykehuset og i blokk-sykehuset som var dominerende på 60- og 70-tallet.

En implementering av planetree-filosofien i sykehuset medfører en overgang til kunnskapsproduksjon mer i tråd med modus 2. Sykehusets virksomhet vil med dette få større vekt på teamorganisering og samarbeid på tvers av fagspesialitetene, konsentrert rundt pasientens behov, større åpenhet og innsyn, og større pasientdeltakelse i behandlingssituasjonen. Denne endringen i kunnskapsproduksjon fra modus 1 til modus 2 kan skape enkelte utfordringer i sykehusorganisasjonen.

²⁶ Gibbons et al., *The New Production of Knowledge*.

Opplevs ekspertenes fagintegritet truet?

Av intervjuamtaler og avisoppslag fremkommer det at flere leger i St. Olavs Hospital ikke tror på den planlagte nye organiseringen av sykehuset. Dette med bakgrunn i faglige argumenter, som at gjennomføringen av det nye konseptet i desentraliserte sentra vil skape kjedelige og uattraktive jobber, samt at det vil bli vanskelig å rekruttere kvalifisert arbeidskraft; *"Nå kommer det knallhard kritikk mot RiT 2000-prosjektet fra de som skal betjene det nye sykehuset. Overlege Svein Anda ved røntgenavdelingen advarer på det sterkeste mot den planlagte desentraliserte RiT-lækkert-modellen."* Anda argumenterer med fragmentering av fagmiljø, problematiske opplæringsmuligheter, dårlig utnyttelse av kostbart utstyr, vanskelig vaktberedskap, dårlig utnyttelse av fagpersonell, samt personalkrevende drift, som argumenter som taler i mot det nye konseptet. Han frykter dessuten at gjennomføring av denne modellen kan føre til at St. Olavs Hospital blir en lite attraktiv arbeidsplass, og at det vil oppstå rekrutteringsproblemer.²⁷

I intervjuamtale med en overlege fra Fødeavdelingen gis det i sterke ordelag uttrykk for at det er best å organisere sykehuset i henhold til den gamle spesialisttankegangen, og at det store fokuset på pasientmedvirkning oppfattes som en trussel; *"Vi opplever oss selv som ekspertene. Dette er helt spesielt for sykehus."*²⁸ Det fremheves i tillegg at med den nye organiseringsmodellen vil mye tid bli brukt til venting og transport mellom de ulike pasientene, og det blir mindre tid igjen til å utøve fag; *"Vi leger er oppdratt til å utnytte tida vår effektivt. Dette vil ikke skje i RiT 2000."*

At pasientfokusering i St. Olavs Hospital fremheves som noe nytt og revolusjonerende oppleves som provoserende av legestanden. De mener at pasienten og pasientens behov har stått i fokus og vært vektlagt i behandlingen hele tida, og at dette slett ikke er noe nytt; *"Pasientfokusering er dessuten heller ikke noe nytt. Det er jo noe vi har drevet med hele tida!"*²⁹ Også en av pasientrepresentantene mener at dette fokuset representerer en provokasjon mot legestanden og den faglige jobben de utfører; *"Det er en provokasjon mot legene å si at de ikke har bedrevet pasientfokusert arbeid hittil"*³⁰

Et av intervjuobjektene mente dog at motstanden fra legestanden i hovedsak er basert på organisasjonsmessige forhold fremfor faglige argumenter, og at de faglige argumentene som fremheves i diskusjonen benyttes for å dekke over den virkelige årsaken; *"Pasientfokusering er en radikal omorganisering av sykehusdriften. Dette kan ikke gå knirkefritt, spesielt ikke i denne type organisasjoner, med sin enorme organisasjonsmessige treghet og sterke fagmiljøer. En så sterk omorganisering av virksomheten, klart dette møter motstand. Motstanden fra legene bunner hovedsakelig i det organisasjonsmessige fremfor det faglige. Den faglige skepsis som kommer til uttrykk hører til i sykehuset, og er forankret der."*³¹

Kunnskapsmonopol og etablering av subkulturer

Tradisjonelt har sykehusorganisasjonens byråkratiske og hierarkiske oppbygning til en viss grad ført til at hver enkelt fagpersons interesse for og kunnskap om organisasjonens totale virksomhet har blitt fragmentert og smuldret opp. Hver enhet og fagperson har basert seg på ulike bilder av totalsituasjonen, sterkt påvirket av den delen de selv utfører, og den faglige og organisatoriske gruppen de tilhører. Det har derfor vært en risiko for at den enkelte enhet eller fagperson i større grad har vært enige i delmål enn i de overordnede målsetningene for sykehuset som helhet. Dette har skapt subkulturer og kompliserte maktforhold, og har bidratt til at skillene mellom de ulike delene i en organisasjon har blitt tydeligere og har bygd opp under interne konflikter i organisasjonen.³² Dersom en implementering av planetree-filosofien skjer uten at de ulike profesjonene og legestanden som helhet støtter opp om denne

²⁷ Adresseavisen 01.07.1996, *Advarer mot RiT-lækkert*.

²⁸ Intervju med overlege ved Fødeavdelingen, 02.06.1999.

²⁹ Intervju med overlege ved Fødeavdelingen, 02.06.1999.

³⁰ Intervju med pasientrepresentant, 08.06.1999.

³¹ Intervju med tidligere arkitekt ved Bygge- og eiendomskontoret, Sør-Trøndelag Fylkeskommune, 07.06.1999.

³² NOU 1997:2 *Ledelse og organisering i sykehus. Struktur og holdningsdannelse*.

målsetningen, kan dette føre til en økende etablering av subkulturer, og til at de ulike profesjonene i enda større grad blir opptatt av å fremheve sitt kunnskapsmonopol.

I følge Vanebo og Busch³³ forutsetter den tyske sosiologen Max Webers byråkratimodell at kunnskapen er størst øverst i organisasjonens hierarki. Dette er dog ikke beskrivende for sykehusorganisasjonen med stor grad av eksperter og profesjonelle, som innehar stor makt i form av sin ekspertkompetanse. Den profesjonelle karakteriseres av at yrkesutøvelsen krever ekspertise, det kreves selvstendighet i yrkesutøvelsen, autoritet er basert på faglig ekspertise, og man identifiserer seg i større grad med sin profesjon enn den organisasjonen man er ansatt i.

Martinussen beskriver den profesjonsmakten som legestanden opparbeider seg, som en konsekvens av at legeyrket er en yrkeskategori med lang spesialutdanning, som; *"En profesjon har nærmest pr definisjon et kunnskapsmonopol, noe som også innebærer at profesjonen blir hovedforvalter av bestemte overordnede verdier, og får stor innflytelse over hvilke normer, oppfatninger og informasjon som kommuniseres på området."*³⁴ Dette betyr at mange av de sykehusansatte, og da spesielt legestanden, ikke uten videre vil underkaste seg den formelle autoritet som en leder innehar, og de vil ikke være villige til å følge regler som er oppsatt av organisasjonen dersom disse strider mot egne verdier og kunnskaper. Utfordringene i tilknytning til en implementering av planetree-filosofien forsterkes på grunn av dette forholdet.

Disse holdningene kommer også tydelig til uttrykk via gjennomførte intervjuer med sykehusansatte ved St. Olavs Hospital. Enkelte mener at det nye konseptet for sykehusutbyggingen er feil, og at beslutningene om å legge dette konseptet til grunn for utbyggingen er "tredd nedover hodet" på de ansatte, til tross for at andre utbyggingsløsninger vil være bedre, rent faglig; *"Brukerne oppfatter at det er gjort et vedtak på altfor tynt grunnlag."*³⁵ Et av intervjuobjektene fremhever at de faglige argumentene i sykehusorganisasjonen ikke er vektlagt tilstrekkelig ved valg av utbyggingsløsning. En annen presiserer at det er uklart hvem som tar beslutningene i prosjektet, og at dette er svært uheldig for sykehusorganisasjonen; *"Sykehuset er en tung aktør som forventer å bli hørt."*³⁶ *"Prosjektet er drevet frem av noen som vi ikke helt vet hvem er. Det er slett ingen demokratisk situasjon."*³⁷

I henhold til disse uttalelsene ser vi at det er mange aktører i sykehuset som mener de har faglige forutsetninger for å uttale seg om hva som er til pasientens beste. Vanebo og Busch skriver at dette vil prege den ledelsesmessige situasjonen i en sykehusorganisasjon, og virke "forstyrrende" inn på byråkratiet. For ledelsen skaper dette spesielle vanskeligheter, og det må aksepteres at de profesjonelle gjennom sine kunnskaper oppnår en egen autoritet. Hvis ikke, vil det kunne oppstå store konflikter i organisasjonen.

Dersom en uenighet i forhold til den overordnede målsetningen ved innføring av planetree-filosofien fører til at aktørene eller enhetene innenfor sykehusorganisasjonen går i "skyttergraven", vil dette som nevnt kunne føre til større utbredelse av subkulturer innenfor organisasjonen. Alle organisasjoner vil i mindre eller større grad ha subkulturer. Dersom disse subkulturene blir for sterke og går på tvers av organisasjonens overordnede målsetninger kan dette dog virke destruktivt. Denne type subkulturer på grunn av profesjonsstrid er et typisk fenomen i sykehus, noe som er et hinder for godt samarbeid på tvers i organisasjonen. Dette vil igjen være en utfordring ved implementering av planetree-filosofien i organisasjonen, og et hinder for en åpnere organisasjon og større pasientmedvirkning.

³³ Vanebo, J., O., Busch, T., *Organisasjon, ledelse og motivasjon.*

³⁴ Martinussen, W., *Sosiologisk analyse. En innføring.*

³⁵ Intervju med oversykepleier, Akuttavdelingen, 24.06.1999.

³⁶ Intervju med senterkoordinator Nevrosenteret, 11.06.1999.

³⁷ Intervju med overlege, Fødeavdelingen, 02.06.1999.

Vil transdisiplinaritet fragmentere fagmiljøer?

Som nevnt har spesialisttankegangen tradisjonelt stått veldig sterkt i sykehusorganisasjonen. Dette har vært preget av sterke, individuelle avdelinger, til tider dårlig samarbeid, og en utfordring knyttet til koordinering av arbeidet. En implementering av planetree-filosofien medfører at det blir viktig for de ulike avdelingene og spesialitetene å samarbeide til pasientens beste og ha fokus på helhetlig behandling. Tverrfaglig samarbeid vil foregå i mye større grad enn tidligere.

Det foreligger en skepsis i sykehusorganisasjonen knyttet til om denne endringen vil resultere i en fragmentering av de eksisterende fagmiljøene og spesialitetene. Via intervjuer med ansatte i St. Olavs Hospital er det avdekket en frykt for den nye organiseringen mht fragmentering av de faglige miljøene, og at arbeidsoppgavene for spesialistene blir kjedeligere og mindre attraktive enn ved dagens organisering. Det ble ytret en frykt for at dette vil skape mer umotiverte medarbeidere, og at de ansatte vil ha dårligere motivasjon for å gjennomføre videreutvikling innen eget fagområde; *"Med gjennomføring av RiT-lækkert-konseptet brytes fagmiljøene opp. Det er en tragedie!"*³⁸

I internavisa Pulsen nr 4, 1998, gis det også fra universitetshold uttrykk for bekymring vedrørende dette; *"Jeg deler bekymringen for hvordan man skal opprettholde fagligheten og kontakten mellom sentrene."*³⁹ Høyrepolitiker Inger Lise Nyberg gir uttrykk for at det er gamle holdninger som sitter igjen i organisasjonen; *"Jeg mener det er gamle holdninger om mine og dine pasienter" som er utgangspunktet for diskusjonen.*" Dette kan tyde på problemer vedrørende samarbeid på tvers i sykehusorganisasjonen.

Implementeringen av planetree-filosofien representerer en overgang fra modus 1 til modus 2 kunnskapsutvikling. Gibbons et al. beskriver modus 2 kunnskapsutvikling som mer enn å samle ulike spesialister i team. I modus 2 er sluttresultatet avhengig av transdisiplinaritet, der det ikke er tilstrekkelig med bidrag fra en enkelt disiplin. Transdisiplinaritet er avhengig av følgende 4 faktorer:

- Det utvikles et klart felles rammeverk for bruk i problemløsning
- Løsningen består av både empiriske og teoretiske komponenter, og vil derfor være et bidrag til transdisiplinær kunnskapsutvikling
- Resultatene kommuniseres til de som har deltatt, og formidles via prosessen
- Transdisiplinaritet er dynamisk

Jeg velger å kommentere spesielt to av disse fire forutsetningene for transdisiplinaritet i forhold til sykehusorganisasjonen. Tradisjonelt karakteriseres sykehusets oppgaver av at de som utøver oppgaver gjennom bruk av egen ekspertise, i stor grad utøver sin virksomhet selvstendig. Spesialiseringen innenfor sykehusorganisasjonen har på den ene side gitt mange gevinster for pasientene, ved utviklingen av et tilbud av tjenester som tidligere ikke fantes. På den annen side har spesialiseringen resultert i problemer knyttet til intern samordning av tjenester for pasientene.⁴⁰ Ved implementering av planetree-filosofien oppstår det en økt avhengighet mellom de ulike funksjonene og spesialitetene, og sluttresultatet vil i større grad enn tidligere være avhengig av mange aktørers samarbeid.⁴¹ Samarbeid på tvers av fagspesialiteter vil fordre at de ulike aktørene kommuniserer bedre enn tidligere. Dette er helt avgjørende for å utvikle felles kunnskap, til det beste for pasienten, og for å kunne yte en helhetlig behandling.

Sykehuset er tradisjonelt basert på disiplinær kunnskapsutvikling, og det er kunnskapsutvikling knyttet til de ulike fagspesialitetene, og publisering av denne, som har faglig status. Sykehusets medarbeidere, og deres identitet, karriere og utvikling, er nært knyttet til ulike fag. Transdisiplinær kunnskapsutvikling er ikke fokusert. Det er også mangel på kanaler for formidling av denne type kunnskap, ettersom alt er fokusert på disiplinær kunnskapsut-

³⁸ Intervju med oversykepleier, Akuttavdelingen, 24.06.1999

³⁹ Pulsen nr 4/98. *Fra bøttekott til nøkternt slott.* Tore Syversen, NTNU.

⁴⁰ NOU 1997:2, *Ledelse og organisering av sykehus. Sykehuset i et historisk perspektiv.*

⁴¹ NOU 1997:2 *Ledelse og organisering av sykehus. Rammebetingelser for ledelse i sykehus.*

vikling. Dette vil også representere en utfordring knyttet til implementering av planetree-filosofien.

Dersom en betrakter profesjoner med utgangspunkt i et tradisjonelt fagdisiplinperspektiv (modus 1), vil transdisiplinaritet, og etableringen av tverrfaglige områder, kunne oppfattes som forsøk på å etablere et interdisiplinært område som på sikt kan oppnå aksept som en akademisk fagdisiplin. Utviklingen av et slikt interdisiplinært felt vil på denne måten stå i et konkurranseforhold til forsøk på å utvikle de ulike profesjonene i en slik retning, og vil derfor kunne oppfattes som en trussel mot utvikling av fagmiljøene og fagkunnskapen i sykehuset.

Sosialt robust kunnskap

Innenfor den tradisjonelle sykehusorganiseringen, basert på ekspertperspektivet, har legen hatt en autoritær, statusfylt rolle, og pasienten har hatt lite innsyn i egen situasjon, behandling, journal osv. En trenger ikke gå lenger tilbake enn til 1970-tallets legevisitter for å få et bilde på dette; *"Rommet skulle være i mønstergyldig orden før visitten. Vinduer var lukket, nattbordene ryddet og vindusgardiner trukket fra. Stellet av pasientene måtte være avsluttet, og de skulle ligge i sengene sine i sykehusets nattøy. Alle spørsmål fra legen om pasientens tilstand ble besvart av ansvarlig sykepleier, og den syke fikk bare svare når han eller hun ble snakket til direkte. (...)Få om noen spurte pasienten om det som var sagt, var oppfattet."*⁴²

Innenfor dagens helsevesen er trenden større og større fremvekst av alternative behandlingsmetoder og større konkurranse fra private behandlingstilbud. Dette i tillegg til pasientens lovfestede rettigheter til medvirkning og innsyn i egen situasjon og behandling, medfører at den tradisjonelle medisinen står overfor et økt krav om å utvikle sosialt robust kunnskap. En implementering av planetree-modellen forutsetter også en større åpenhet overfor pasientene enn tidligere, og en større medvirkning og deltakelse fra pasientens side knyttet til egen behandling og opphold i sykehuset. En forutsetning for at dette skal fungere tilfredsstillende er å tilrettelegge for innsyn, åpenhet og medvirkning fra pasientene.

I følge Gibbons et al.⁴³ må vitenskapen generelt i dag satse mer på å utvikle sosialt robust kunnskap, det vil si kunnskap som oppfattes som troverdig og funksjonsdyktig. Dette gjelder også sykehusorganisasjonen. For at kunnskap skal kunne oppfattes som sosialt robust må det tilrettelegges for innsyn (transparens), medvirkning/deltakelse (demokrati), samt åpenhet.

Implementering av planetree-filosofien i sykehusorganisasjonen endrer kunnskapsutviklingen i sykehuset fra primært tradisjonelt å omhandle pålitelig kunnskap, til også å fokusere på produksjon av sosialt robust kunnskap. For å bli robust må kunnskapen ta hensyn til de sosiale implikasjonene i en bredere betydning. I følge Gibbons et al. medfører dette at vitenskapen må flyttes fra de tradisjonelle akademiske områdene, ut til et bredere offentlig rom, en agora, som er det stedet hvor vitenskapen møter publikum, og hvor publikum svarer vitenskapen. I sykehuset representerer møtet mellom lege og pasient / pårørende denne agoraen. En implementering av planetree-filosofien tilsier at denne agoraen blir et annet forum enn tidligere, der kunnskap og informasjon utveksles i større grad enn tradisjonelt, og der kommunikasjonen mellom lege og pasient foregår på en åpnere måte.

En større åpenhet overfor og deltakelse av pasientene skaper som tidligere nevnt utfordringer knyttet til ekspertenes kunnskapsmonopol og fagintegritet. I tillegg vil større åpenhet og medvirkning fra pasientene kunne være en utfordring i forhold til sykehusorganisasjonens effektivitets- og produktivitetskrav, på den måten at mer av den tilgjengelige tida går med til kommunikasjon og informasjon av pasienter og pårørende; *"De konsekvenser vi talar om är i första hand av strukturell art, dvs stabila egenskaper i organisationen, så som rutiner, kommunikationsmönster, tjänsteutformning, informationsmaterial, informationsrutiner,*

⁴² Carstens, S., Grankvist, R., *St. Olavs Hospital. Sykehuset på Øya gjennom hundre år.*

⁴³ Gibbons et al., *The new production of knowledge.*

beslutsregler osv."⁴⁴ Denne type oppgaver kan dessuten være vanskelig å lage tradisjonelle rutiner for.

I november 1998 ble det inngått en avtale mellom Forum for organisasjonsutvikling i sykehus og RiT 2000 (nåværende Helsebygg Midt-Norge) om et samarbeid på forumets satsningsområde "Pasientmedvirkning og kommunikasjon med pasienten", og det ble utarbeidet et strateginotat om kommunikasjon med pasienten;⁴⁵ *"Skal pasientperspektivet få plass i daglig praksis, må helsepersonell bli flinkere til å forstå kommunikasjonssituasjoner og systematisk reflektere over hva de erfarer. Dette er i stor grad en individuell prosess, men må også innarbeides i grunnutdanning, ledelsesutvikling og i den daglige drift. Det er i møtet mellom hjelper og bruker at kunnskapen vokser. Der kan ny viten oppstå."* I dokumentet beskrives betydningen av helsearbeideren som teamarbeider, og man presiserer betydningen av å utvikle samhandlingskompetanse innenfor sykehusorganisasjonen; *"Den gode helsearbeideren er teamarbeideren.(...)Det betyr ikke at fagkunnskap eller spisskompetanse forsvinner, men det betyr at de enkeltes bidrag samordnes og overlapper hverandre slik at tjenestene henger sammen. Samhandlingskompetansen kjennetegnes blant annet av aktiv lytting, bevissthet om egen og andres roller og evnen til å ta i bruk personlige styrker og egenskaper i tillegg til de faglige ferdighetene."*

Utfallet av møtet mellom lege og pasient, som er et uttrykk for vitenskapens robusthet, handler om gjennomsiktighet. Et økende utdannings- og kvalifikasjonsnivå blant pasientene og i samfunnet generelt medfører nye og større krav om å kunne forstå grunnlaget for de vitenskapelige resultatene. Dette stiller også større krav til helsevesenet, i forhold til å ta imot og utnytte kunnskapen som pasientene har; *"Framtidens pasient er den opplyste pasient, pasienten som kommer med utskrifter fra Internett for å oppdatere legen sin. Mye kvalitetssikring ligger i kunnskapsrike pasienter, men forutsetningen er at helsevesenet maktet å utvikle seg slik at en kan ta i mot og ta i bruk det pasientene har å bidra med."*⁴⁶

For å oppnå en organisasjonsmessig endring i henhold til kommunikasjon og formidling av kunnskap, må det skje en holdningsendring i organisasjonen. I henhold til Anbäcken⁴⁷ har sykehusene hatt for stort fokus på utviklingen av det som benevnes som teknisk kvalitet. Dette har gått på bekostning av den funksjonelle kvaliteten i sykehusvirksomheten; *"Det finns dock två sidor av hur konsumenten upplever tjänstens kvalitet. Dels det som kan kallas teknisk kvalitet. Det är vad kunden får genom tjänsten – t ex återvunnen hälsa. Dels den funktionella kvaliteten – hur kunden uppfattar tjänsten. Det senare påverkas av bemötandet, intresset för kunden, miljön, tillgängligheten, det interna klimatet etc. Utvecklingen inom hälso- och sjukvården har starkt inriktats på utveckling av det Grönroos kallar för teknisk kvalitet."* For å oppnå en forbedring knyttet til det som her kalles den funksjonelle kvaliteten, som er vesentlig ved en implementering av planetree-filosofien i sykehuset, må det skje en holdningsendring hos sykehuspersonalet.

Det siste som bør nevnes i forbindelse med utviklingen av sosialt robust kunnskap er at en implementering av planetree-filosofien også resulterer i et økt behov blant de sykehusansatte for innsikt i andre profesjoners kunnskaper og ekspertise. Dette krever at de ulike spesialitetene tilrettelegger for innsyn for andre profesjoner. Sørensen skriver i sin artikkel "Mot et nytt vitenskapsregime?" at når eksperter fra ulike områder i økende grad møtes for behandling av det samme problemet, må ekspertise forhandles, ettersom det ikke lenger finnes noen automatisk autoritet; *"Ekspertise må forhandles i en gjensidighet der det kreves kunnskap om hverandres kunnskap."*⁴⁸

⁴⁴ Anbäcken, O., *Patientmedverkan och Organisationsstruktur.*

⁴⁵ Helsebygg Midt-Norge, *Om fremtidens pasient. Strateginotatet om kommunikasjon med pasienten.*

⁴⁶ Helsebygg Midt-Norge, *Om fremtidens pasient. Strateginotatet om kommunikasjon med pasienten.*

⁴⁷ Anbäcken, O., *Patientmedverkan och Organisationsstruktur.*

⁴⁸ Sørensen, K., H., *Mot et nytt vitenskapsregime?*

Drøfting og konklusjon

Planetree-filosofien er en filosofi om hvordan behandling og omsorg for pasienter skal gjennomføres best mulig, sett ut fra pasientens behov. Dersom denne filosofien skal tas i bruk må organisasjonen ta et overordnet valg for å kunne implementere denne tenkningen på alle nivåer. Planetree-filosofien legger større vekt på pasienten som forbruker av sykehus-tjenestene, og pasientene betraktes ikke lenger som passive mottakere, men som bevisste, kunnskapsrike, utdannede ressurspersoner i egen behandlingssituasjon.

I utbyggingen av det nye St. Olavs Hospital tar man konsekvensen av pasientfokus og planetree-filosofien ved utformingen av organisasjon og bygning. Pasientfokus har vært sentralt i sykehusorganisasjonen også tidligere, men uten at dette har gitt praktiske konsekvenser for oppbygning av organisasjonen og utforming av omgivelsene.

Implementeringen av planetree-filosofien i sykehuset kan beskrives som en overgang fra modus 1 til modus 2 kunnskapsutvikling. Beskrivelsen ovenfor viser at denne overgangen kan skape en del utfordringer knyttet til den tradisjonelle, rigide sykehusorganisasjonen;

Diskusjonen synliggjør at det har vært en del uenighet omkring implementering av planetree-filosofien i St. Olavs Hospital knyttet til faglige argumenter, og det kan synes som om enkelte sykehusansatte, spesielt innenfor legestanden, opplever økt pasientmedvirkning og åpenhet i sykehusorganisasjonen som en trussel mot sin fagintegritet og ekspertise. Det gis uttrykk for at en organisering av sykehuset i tråd med planetree-filosofien vil skape en fragmentering av fagmiljøer og arbeidsoppgaver som er mindre faglig attraktive.

Et annet spørsmål som avdekkes i denne diskusjonen er om en implementering av planetree-filosofien vil bidra til å forsterke kunnskapsmonopolene og etableringen av subkulturer innenfor sykehusorganisasjonen, mens det egentlig var ment å bidra til det motsatte? Det kan synes som om denne implementeringen skjer uten støtte fra hele legestanden. Dersom dette er tilfelle, kan det føre til økt etablering av subkulturer innenfor sykehuset, og et større fokus blant fagspesialitetene på å synliggjøre og bibeholde sitt kunnskapsmonopol. Legenes profesjonsmakt tilsier at de ikke automatisk vil underkaste seg de beslutninger som tas og støtte opp om de overordnede målsetningene for sykehusorganisasjonen, dersom de er uenige i resultatet eller disse ikke er i tråd med egne verdier. Dette kan bidra til å forsterke de interne konfliktene i organisasjonen, og skape grunnlaget for et problemfylt samarbeid internt.

En forutsetning for transdisiplinaritet, som planetree-filosofien og kunnskapsutvikling i tråd med modus 2 forutsetter, er at det etableres en bedre kommunikasjon og et bedre samarbeid mellom de ulike fagspesialitetene enn tidligere. Dette vil være avgjørende for å utvikle felles kunnskap til det beste for pasienten. En av de største utfordringene knyttet å oppnå suksess i forhold til dette, er at sykehuset tradisjonelt er basert på disiplinær kunnskapsutvikling, og at det er dette som i sykehusmiljøet har faglig status. Transdisiplinaritet vil dessuten kunne oppfattes som et forsøk på å etablere et interdisiplinært område, som på sikt vil kunne oppfattes som en akademisk disiplin. Dette står i konkurranse med de tradisjonelle fagdisiplinene, og kan være et hinder for å oppnå aksept for planetree-filosofien.

En implementering av planetree-filosofien forutsetter utvikling av sosialt robust kunnskap innenfor sykehuset. Den kunnskapen som utvikles i sykehuset må av pasienter og pårørende kunne oppfattes som troverdig og funksjonsdyktig, og en forutsetning for dette er større åpenhet, innsyn, medvirkning og deltakelse enn tradisjonelt. Møtet mellom lege og pasient er sentralt i forhold til å oppnå kommunikasjon i tråd med denne forutsetningen. Dette er i stor grad avhengig av de gjensidige holdningene mellom disse aktørene. Sykehusets holdninger knyttet til at kunnskapsrike pasienter tas på alvor er dessuten avgjørende for at sykehuset skal kunne gjøre seg nytte av den kunnskapen som mottas.

Ulike organisasjoner kan betraktes i forhold til

- Struktur og formell organisering; formell organisasjonsstruktur.

- Kultur og kompetanse; hva organisasjonen og de ansatte vet, tror, tenker, kan og mener.
- Arbeidsformer og relasjoner; arbeidsoppgavers organisering og utførelse, og hvordan de ansatte i organisasjonen forholder seg til hverandre med hensyn til samarbeid, kommunikasjon, konflikter, interesser og makt.

Ved implementering av planetree-filosofien i sykehuset vil det skje endringer knyttet til alle disse forholdene, men det er spesielt knyttet til det nederste punktet det vil oppstå store utfordringer. Dette har vi sett i den foregående diskusjonen, og det intervjumaterialet som er benyttet for å eksemplifisere problemstillingene i dette essayet.⁴⁹

En endring i sykehusorganisasjonen med hensyn til pasientdeltakelse og –medvirkning i behandlingssituasjonen tilsier at det er nødvendig med en gjennomgående holdningsendring i organisasjonen i forhold til det tradisjonelle synet på pasienten som et objekt eller en "vare". Denne typen endringer synes å virke som en trussel for den tradisjonelle sykehusorganisasjonen, ettersom en da må stille seg kritiske spørsmål knyttet til eksisterende organisering.⁵⁰ Det er normalt at store omstillinger møter skepsis. For å oppnå en reell utvikling og endring i sykehusorganisasjonen i tråd med planetree-filosofien vil det ikke være tilstrekkelig å endre det formelle organisasjonskartet. I sykehuset eksisterer det som nevnt kompliserte strukturer av uformell makt, noe som ikke endres ved å endre den formelle organisasjonen. Det må skje endringer i måten ansatte tenker, handler og utfører sine arbeidsoppgaver på, altså i forhold til det nederste punktet ovenfor. De ansatte må i tillegg utvikle ny kompetanse og nye holdninger, som bygger opp under organisasjonens nye mål og visjoner.

⁴⁹ De intervjuene som ble gjort i forbindelse med datainnsamlingen til min diplomoppgave ble utført i 1999, da prosjektet St. Olavs Hospital og diskusjonen ennå var relativt fersk og i innledningen. Sannsynligvis har holdningene til og diskusjonen omkring konseptet og det nye sykehusprosjektet modnet litt i løpet av de årene som er gått, og at organisasjonen i dag har en annen holdning til denne måten å drive sykehuset på.

⁵⁰ NOU 1997:2 *Ledelse og organisering i sykehus. Struktur og holdningsdannelse.*

Referanser

- Adresseavisen, (01.07.1996), *Advarer mot RiT-lækkert*". Artikkel.
- Anbäcken, O., (1985), *Patientmedverkan och Organisationsstruktur. En studie om patientens roll och funktion i vårdorganisationen*. Linköping University, Studies in Management and Economics. Dissertation no. 11. ISBN 91-7372-917-5.
- Aune, M., Levold, N., Forelesningsnotater KULT 8850 Forskning og samfunn, høsten 2004.
- Vanebo, J., O., Busch, T., (1988), *Organisasjon, ledelse og motivasjon*. Tano. ISBN 82-581-2461-3.
- Carstens, S., Grankvist, R., (2002), *St. Olavs Hospital. Sykehuset på Øya gjennom hundre år*. Tapir Akademisk forlag, Trondheim. ISBN 82-519-1737-9.
- Carstens, S., (2001), *Sykehusvesenets historie i Norge. Innlagt, innsatt eller innesperret?* Forelesning ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, 11. mai 2001.
- Dilani, A., (1999), *Design and care in hospital planning*. Doktorgradsavhandling, Institute for Psychosocial Factors and Health, Public Health and Treatment Research, Karolinska Institutet. ISBN 91-7170-371-3.
- Frampton, S., Gilpin, L., Charmel, P., A., (2003) *Putting Patients First. Designing and Practicing Patient-Centered Care*. San Fransisco, USA. ISBN 0-7879-6412-3.
- Gibbons et al., (1994) *The New Production of Knowledge*. London, Sage. ISBN 0-8039-7793-x.
- Helse- og Omsorgsdepartementet, (1999, sist endret i 2003), *Lov om pasientrettigheter, 2. juli 1999, nr. 63*.
- Jonassen, J., Klemenic, R., Leinenwever, M., (2001), "Health facility flexibility and Humanity. An agenda for the 21st century". (Gjengitt i: Dilani, A. (Editor), *Design and Health, The Therapeutic Benefits of Design*. Utgitt av Svensk Byggtjänst, Stockholm. ISBN 91-7332-963-0.)
- Klakegg, O., J., Hansen, G., K., Ramstad, L., S., (1999), *Organisasjonsutvikling og byggeprosess: samspillet i virksomhetsutviklinga*. Hovedrapport fra prosjektet Virksomhetsutvikling i byggeprosessen. SIB-rapport. ISBN 82-91860-26-2.
- Klakegg, O., J., Hansen, G., K., Ramstad, L., S., (1999) *Konstruksjon av virksomhetsbilder. En oversikt over fremstillingsformer og arbeidsmetoder*. SIB-rapport. ISBN 82-91860-29-7.
- Martinussen, W., (1991), *Sosiologisk analyse. En innføring*. 3. utgave. Universitetsforlaget, Oslo. ISBN: 82-00-21308-0.
- Nørve, B., F., (2004), *Bygningers funksjonalitet og tilpasningsdyktighet innen helsesektoren*. Hovedoppgave, Institutt for bygg, anlegg og transport, NTNU.
- Pulsen nr 4/98, *Fra bøttekott til nøkternt slott*. Tore Syversen, NTNU.
- Savage, L., (2001) *Planetree Modell Improves Customer Satisfaction and Staff Retention – Patient-centered care is becoming widely accepted*. Healthcare Review.
http://www.findarticles.com/p/articles/mi_mOHSV/is_7_14/ai_79827279.
- Sørensen, K., H., *Mot et nytt vitenskapsregime?* Artikkel i Forskningspolitikk nr 4/2001
<http://fagbladet.nifustep.no/layout/set/print/contenc/view/full/1622>.
- Sitater og informasjon hentet fra intervjuer med sykehusansatte, utført i forbindelse med casestudie til hovedoppgaven "Brukermedvirkning i byggeprosessen", NTNU, Fakultet for arkitektur og billedkunst, institutt for bygningsteknologi, Monica Jensø, høsten 1999.
- Intervju med overlege, Fødeavdelingen, 02.06.1999.
 - Intervju med pasientrepresentant, 08.06.1999.
 - Intervju med tidligere arkitekt ved Bygge- og eiendomskontoret, Sør-Trøndelag Fylkeskommune, 07.06.1999.
 - Intervju med oversykepleier, Akuttavdelingen, 24.06.1999.
 - Intervju med senterkoordinator, Nevrosenteret, 11.06.1999.

Internettssider:

Planetrees Inc, (2003), *Components*, USA. <https://griffin.securesites.com/welcome.html>.

Helse- og Omsorgsdepartementet, (1997), *NOU 1997:2, Ledelse og organisering av sykehus. Sykehuset i et historisk perspektiv.*
http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre_dok/utredninger/030005-020012/hov004-bn.html.

Helse- og Omsorgsdepartementet, (1997), *NOU 1997:2 Ledelse og organisering i sykehus. Struktur og holdningsdannelse.*
http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre_dok/utredninger/030005-020012/hov006-bn.html.

Helse- og Omsorgsdepartementet, (1997), *NOU 1997:2 Ledelse og organisering i sykehus. Rammebetingelser for ledelse i sykehus.*
http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/andre_dok/utredninger/030005-020012/hov010-bn.html.

Høybråten, D., (1998), *Ledelse og organisering av sykehus.* Foredrag i Polyteknisk Forening, Oslo, 27. oktober 1998. <http://odin.dep.no/odinarkiv/norsk/dep/shd/1998/taler/030005-990015/dok-bn.html>.

Helsebygg Midt-Norge, (1999), *Om fremtidas pasient. Strateginotatet om kommunikasjon med pasienten.* <http://www.helsebygg.no/nyheter1999/17906/>.

Helsebygg Midt-Norge, (1999), *Industrien dirigerte.* <http://www.helsebygg.no/nyheter1999/17992/>.

Helsebygg Midt-Norge, *The planetree model.* <http://www.helsebygg.no/concepts/20163>.

St. Olavs Hospital, avdelingen for Revmatologi, *Revmatologi.*
<http://www.stolav.no/stolav/virksomhet/behandling/ortopedi+og+revmatologi/enheter/revmatologi/index.htm>.