

# Sjukhuset som fält

## Att förstå produktionen av hälso- och sjukvård med Bourdieu

**PhD Rikard Eriksson**  
Lektor i management  
Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap  
Göteborg - SE

Hur uppfattar jag sjukhuset som patient? Ja, som patient parkerar jag på den stora parkeringen går in genom den stora entrén och väl inne i huset möts jag av en reception, kanske ett apotek och en bit bort ett bibliotek. Olika skyltar med namn, nummer och skilda färger försöker lotsa mig rätt. Jag ser också ett kafé, en kiosk och möjligtvis en hårsalong. Går förbi en telefon som det står taxi på och bredvid den är en bankomat placerad. En bit in i byggnaden möts jag av ett virrvarr av korridorer, avdelningar, hissar. Jag möts också av människor i rockar och tunikor, människor i rullstolar och i sängar och människor med syrgasmasker eller dropp. Och kanske begränsar jag sjukhuset till det kliniska arbetet på mottagningar och vårdavdelningar. Men ett sjukhus är ju så mycket mer. Vi har politiken och tjänstemännen därute, vi har servicen här inne, vi har industrin som påverkar oss och vi har ju ekonomi- och personaladministration.<sup>1</sup>

Den här textens upprinnelse kan föras till en generell otillfredsställelse med de vetenskapliga texter om sjukvård, produktion av vård och styrning av sjukhusvård som skapas vid olika institutioner och som ofta etiketteras som managementlitteratur.<sup>2</sup> Åtminstone ett grundläggande särdrag hos många av dessa artiklar, antologier och monografier är att de, trots att författaren utger sig för att skapa modeller och teorier om det fenomen som studeras, framstår som modeller och teorier för den empiri de utger sig för att analysera och förstå. I mycket av litteraturen har teorier och modeller möjligen ett pedagogiskt värde för

praktiserande chefer då de tillhandahåller en arsenal av kategorier som används i en speciell förståelseram; men modeller och teorier i litteraturen saknar ofta en tydlig anknytning till det fenomen, den empiri, den utger sig att beskriva och kanske till och med förklara. En väsentlig del i tidigare forskning handlar om ett för-givet-tagande och en oproblematiserad förståelse av det fenomen som studeras. I det här fallet föreställningar om och förståelse av sjukhuset som fenomen och de aktörer på olika positioner som konstituerar sjukhuset som ett fält. En stor del av managementforskning har också varit ensidigt upptagen av makrostrukturella aspekter och därmed utelämnat de aktörer/agenter som konstituerar strukturerna.

Syftet med den här texten är att nyansera och fördjupa förståelsen av sjukhuset som fenomen med hjälp av den franske sociologen Pierre Bourdieu. Användningen av Bourdieu gör inte anspråk på att utgå från full kunskap om hans komplicerade teoretiska resonemang och begreppsapparat. Tvärtom, gör användningen av begreppet fält texten till en tentativ essä. Varför är det då angeläget att både nyansera och fördjupa förståelsen av sjukhuset som fenomen?

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 bestämmelser av vad ett sjukhus kan vara.<sup>3</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>4</sup> Därmed visar sig en förskjutning av sjukhuset som sammanhållet rumsligt fenomen samtidigt som innehållet i den sjukhusbaserade vården börjar spridas till andra vårdgivare.

Vi kan också se hur utvecklingen av medicinsk teknologi 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 med tre vårdgivare. 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 talas 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>5</sup> De två första uppfattas vara hybrider där läns-, primärvårds- och kommunal hälso- och sjukvård samarbetar. Den tredje vårdnivån kallas idag länssjukvård 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.

Det förefaller också som om sjukhuset tycks vara en samhällsinstitution som styrs av patriarkaliska och starkt hierarkiska intressen, i ett 2000-tal där det inom den politiska diskursen uppfattas angeläget att sträva efter jämlikhet mellan könen och en demokratisering av arbetet inom både näringsliv och offentlig verksamhet.

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 de 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 använder begreppet fält för att skapa en förståelse för en praktiks karaktär, inre logik och relation till de aktörer som befolkar fältet.<sup>6</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. Det som kommer att behandlas av ontologisk art är hur ett fält avgränsas från ett annat och en vidare kontext, och av vad denna gräns består av.<sup>7</sup>

### **Studiens syfte, metod och disposition**

Syftet med den här studien är att med hjälp av Bourdieus teorier om fält ge en fördjupad och nyanserad beskrivning av det fenomen som sjukhuset utgör.

1. Omfattar att analysera och beskriva det fält som formar sjukhuset som fenomen genom att beskriva vilka arenor och aktörer som är verksamma samt vilken position varje arena har i strukturen.

Genom att kartlägga fältet, arenor/positioner, aktörer/dispositioner samt relationen mellan dem är ambitionen att skapa kunskap om vad det är som kännetecknar produktionen av vård på ett svenskt sjukhus. Det handlar därmed om att både beskriva och förklara den praktik som sjukhuset utgör.

## TEORETISK UTGÅNGSPUNKT

### Bourdieu's begrepp fält applicerat på hälso- och sjukvården

#### 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.

#### Bourdieu's fält

Bourdieu är upptagen av den sociala verkligheten och menar att den uppstår i ett möte mellan system av dispositioner å ena sidan och system av positioner å den andra. En fruktbar undersökning av en social verklighet i form av ett fält bör därför fokusera på att studera så kallade system av dispositioner, habitus, som enligt honom omfattar allt det människor bär med sig i kroppen och sinnet (embodied experience), jämte undersökningar av andra tillgångar de genererar och bär med sig genom livet som kulturellt, ekonomiskt, socialt och symboliskt kapital

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 alla hans arbeten. Han menar att den sociala verkligheten uppstår i ett möte mellan system av dispositioner å ena sidan och system av positioner å den andra.<sup>8</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 (jfr *embodied experience*).<sup>9, 10</sup> Det krävs också undersökningar av andra tillgångar som människor i 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 relation 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>11</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, 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 och 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>12</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>13</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>14</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 och 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>15</sup>

Att med hjälp av Bourdieu försöka analysera sjukhuset som fält kräver tre studier. För det första att analysera sjukhuset som ett fält genom att beskriva vilka arenor och de positioner arenorna intar på fältet, samt vilka aktörer som är verksamma inom och mellan arenorna. Den andra studien omfattar en analys av habitus och dispositioner som kan tillskrivas aktörerna på sjukhuset som ett fält. I den tredje studien genomförs en analys av den inre logiken i sjukhuset som fält genom att integrera analysen av arenor och deras positioner med aktörernas dispositioner och habitus, och därmed beskriva den praktik som sjukhuset utgör.

## **RESULTAT**

### **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 och personal, avdelningar. Sjukhuset som fält är det fenomen som framträder i en analys 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>16</sup> Vi försöker fånga 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 landstings 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 vårdas av medicinska skäl. Vård som ges där benämns sluten vård och annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Detta är de formella definitionerna på dessa begrepp.<sup>17</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 interaktionen 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 akutkliniken, 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 akutkliniken, operations- och intensivvårdsklinik, radiologiklinik, 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, kliniken 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 landsting 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 administrativ förtydligande av sjukhuset som avgränsad entitet.

Vi har här försökt ringa in vad ett sjukhus kan tänkas vara betraktat som ett objekt, genom att närma oss fenomenet 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 är å andra sidan skarpt avgränsat som fenomen och kan sägas ha en *spatiokoncis* struktur. Att studera sjukhuset som fält enligt Bourdieu 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 utrymme att genom behandling handla inom det objekt som sjukhuset utgör.

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 kritiseras ofta för att använda fält på ett oproblematiskt sätt när det gäller fältets avgränsning mot andra fält och mot vidare kontexter. Man kan säga att han använder fält som en hermetisk enhet. Vad som här framträder är att fältet sjukhus inte tycks vara en sluten sammanhållning utan dess form och innehåll skapas av ett antal öppna gränser. Här framträder ytterligare ett exempel på att sjukhuset som fält samtidigt är koncist och amorft, och dess janusansikte försvårar förmodligen möjligheterna 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 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?

<b>Arenor med positioner</b>	<b>Aktörer med dispositioner</b>
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
Sektorråden	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

Tabellen visar alltså 14 arenor med tillhörande aktörer där de politiska instanserna också rymmer aktörer med olika uppdrag. Politikerna ska bestämma volym och inriktning på produktionen av vård på exempelvis sjukhusen i en region medan beställartjänstemännen ska arbeta fram underlag som politikerna kan basera sina beslut på (Regionstyrelse, Hälso- och sjukvårdsstyrelse).

Utförarstyrelsen är politiskt sammansatt och kan leda arbetet inom ett sjukvårdsområde, tidigare landsting, och ett antal sjukhus som formar länssjukvården inom området. Sjukhusdirektören är den tjänsteman som ska verkställa de beslut som utförarstyrelsen fattar om produktionen av sjukvård på hans eller hennes sjukhus. I Sverige är det idag läkare som i stor utsträckning är sjukhusdirektörer.

Sjukhusdirektören ska med hjälp av sina verksamhetschefer styra produktionen av vård på sjukhuset så det sker i enlighet med utförarstyrelsens beslut, god ekonomisk hushållning och medicinsksäkerhet för patienten. Sjukhusdirektören kan också etablera en stab som brukar bestå av sjukhusets ekonomi- och personalchef, chefläkare, kanslichef och chefsjuksköterska. Under 2000-talets inledning har det också blivit allt vanligare med professionen informatör inom staben på ett sjukhus.

Sjukhusets ekonomi- och personaladministration skall sköta om driftfrågor som handlar om rutiner för exempelvis löneutbetalningar, fakturahantering, anställning av personal, administrering av patienter, diagnoser och terapier som sedan ligger till grund för cirka hälften av den ersättning sjukhuset erhåller för sin produktion av vård.

Sjukhusets serviceverksamhet sköter i störst omfattning transporter, posthantering städning, fastighetsärenden och köksverksamhet.

Verksamhetschefen för en klinik som exempelvis ortopedi kan knyta till sig ett antal läkare och andra professioner i en lokal ledningsgrupp för kliniken.

Varje vårdavdelning på en klinik har en enhetschef som har personalansvar för de paramedicinare, sjuksköterskor och läkare som är verksamma på avdelningen. Enhetschefen tillhör i störst utsträckning sjuksköterskeprofessionen.

Inom ett sjukvårdsområde, exempelvis Region Skåne, finns ett antal sjukvårdsområden, tidigare landsting, och i dessa områden ordnar de olika specialiteterna på sjukhusen så kallade sektorsråd. Oftast är det verksamhetschefen för en klinik som är representant i ett sektorsråd. Det innebär alltså att alla verksamhetschefer från ortopedkliniker på sjukhus inom ett sjukvårdsområde träffas och diskuterar diagnos- och terapival i sektorsrådet.

Producenter av medicinsk teknologi omfattar både läkemedelsföretag och tillverkare av alla e produkter som brukas på ett sjukhus som bland annat handskar, suturer, droppräknare, spatlar, lakan och sängar. I slutet av 1990-talet och i Sverige satsade läkemedelsindustrin 20 miljarder kronor på marknadsföring av sina preparat gentemot förskrivare inom primär- och länssjukvård.

I anslutning till producenter av medicinsk teknologi återfinns Apoteket som ytterligare en arena med aktörer som är med och formar det fält som sjukhuset utgör. Genom apotekets försorg distribueras preparat och behandlingar till patienten genom statligt subventionerad försäljning.

Som sista arena med ett antal aktörer återfinns de fackliga organisationer som är knutna till de kliniska och administrativa professioner som är verksamma på sjukhuset.

### **Sjukhuset som ett 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 kollidera 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, man brukar mer medel än vad som finns för att uppfylla sitt uppdrag. Politiken uppfattar sig på så sätt värna skattbetalarnas 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 sätts 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 kostnad och kostar för mycket lanserar Astra Zeneca 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 högt på sjukhuset vilket leder till en kostnadsökning för produktionen av vård. De perspektiv och intressen som värnas med Astra Zeneca-exemplet blir samtidigt patientens, forskningens, läkemedelsindustrins och läkarprofessionens.

Sammanfattningsvis illustrerar exemplet hur olika intressen både konkurrerar med varandra och kolliderar med varandra. Om vi betraktar produktionen av sjukvård på ett sjukhus som ett fält tycks ett grundläggande kännetecken hos det vara att olika intressen 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 uppkommer 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. Vi ser i exemplet hur en aktörs intresse inverkar negativt på utvecklingen av en annan aktörs intresse. 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 domänerna kliniskt arbete, administration, och politiskt beslutsfattande som har det gemensamt att de äger den kapacitet som krävs för att inneha dominerande positioner på fältet.<sup>18</sup> Styrkeförhållandena i denna konkurrens beror på vilken autonomi fältet i sin helhet har, det vill säga i vilken grad fältets egna normer och sanktioner lyckas tvinga sig på administratörer, kliniker och politiker som utgör de aktörer som sammantaget kan sägas producera sjukhusvård.<sup>19</sup> Det som är specifikt med fältet sjukhusvård är att karaktären på normer och sanktioner ser jämförelsevis olika ut beroende på vilken av de tre domänerna som avses. På fältet finns alltså inte en uppsättning normer och sanktioner vilket i stor utsträckning

tycks problematisera styrningen av vårdproduktionen på ett sjukhus. De tre domänerna skapar vad som kan kallas *definitions konflikter*. 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 domän.<sup>20</sup>

Sammanfattningsvis tycks följande aktörer och arenor forma det spänningsfält som kännetecknar produktionen 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. Det kliniska arbetet på ett sjukhus karakteriseras bland annat av en ofta outtalad över- och underordning med stränga krav på lydnad. Men det förefaller som om sjukhusvård som spänningsfält har en specifik hierarkisk struktur. Och vi ska i det här stycket försöka 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>21</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

Vi ett försök att beskriva hur styrningen av produktionen av sjukhusvård kan se ut i en organisationsstruktur visar sig en inverterad hierarki jämförd med den teoretiska strukturen. Den inverterade hierarkin rymmer också 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

I en ideal och teoretisk mening är det tydligt vilken aktör som ska styra inriktning och volym på produktion av sjukhusvård. I tillexempel 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, och med hjälp av hjälp av Bourdieu, 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. Denna grupp kan med hjälp av Bourdieus förståelseram sägas vara benägen att utveckla konservativa strategier – handlinssätt som inom det bredare fältet för produktion av sjukhusvård tenderar att försvara trohet mot redan uppställda regler som handlar om vad kåren själv benämner som (a) professionsetiska utgångspunkter kopplade till patientarbetet, men som också handlar om (b) gratifikationsrelationer mellan läkare och den industri som producerar medicinsk teknologi och (c.) lojaliteter mellan representanter och subgrupper inom

läkarkåren som profession. De styrande professioner inom sjukhusvård som är sämre försedda med auktoritet och mandat än läkarkåren är däremot benägna att utveckla nydanande, *heretiska* strategier.<sup>22</sup> Några sådana funktioner är ekonomichef, personalchef och chefsjuksköterska och en strategi är att anamma styrsystem av administrativ sort som exempelvis balanserade styrkort.

## **SAMMANFATTANDE DISKUSSION**

### **Sjukhuset som ett spänningsfält**

I Sverige har det under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet diskuterats en brist på överensstämmelse mellan den sjukhusvård som beställs av politiker och vad utföraren presterar i fråga om volym, inriktning och hushållning med medel. Detta har lett till en medial debatt där utföraren hävdar att de medel som står till buds inte motsvarar behovet av sjukhusvård, men politiker och beställare hävdar att utföraren inte hushåller med erhållna medel i tillräckligt stor utsträckning. Den mediala debatten kännetecknas av en förenklad dikotom uppdelning av ansvaret där det antingen ligger på utföraren eller beställaren, men frågan är mer komplex än så och kräver en ansats där flera aspekter lyfts in och studeras.

Den här studien inleddes med att problematisera en förenklad beskrivning av sjukhuset och det gjordes genom att beskriva sjukhuset som ett objekt. I analysen framstod sjukhuset som samtidigt tydligt avgränsat och diffust och det både internt mellan kliniker men också 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. Bourdieus tanke om fältets arenor och aktörer sattes i rörelse i empirin och fram växte bilden av sjukhuset som inte bara ett fält utan ett som laddat spänningsfält, där olika intressenter tävlade om resurser och mandat. I den sista delen av resultatet analyserades den hierarkiska karaktären på sjukhuset som ett spänningsfält. Där jämfördes skolbokshierarkin med en rangordning som tycktes vara en del av praxis på sjukhuset. Praxis visade fram en omvänd, inverterad hierarki, där exempelvis den enskilde läkaren placerades högst upp i hierarkin som avgjorde vem eller vilka som styrde produktionen av vård på sjukhus. Men politiker på både regional och lokal nivå, med formella mandat att bestämma volym och inriktning på vården, hamnade lågt i hierarkin.

Det samhällsproblem som ligger till grund för den här artikeln om sjukhuset som ett fält handlar om svårigheterna att styra produktionen vård på ett sjukhus. Och tanken med att presentera de 14 arenorna och tillhörande aktörer var ett försök att beskriva den komplexitet som produktionen av sjukhusvård kännetecknas av. Ansatsen omfattar också att vidga perspektivet, från renodlade fokus på strukturer i form av antal utbudspunkter, eller att vara strikt upptagen av organiseringen inom ett sjukhus och antalet vårdplatser. Tanken är även att föra in fler perspektiv, som inledningsvis kan tyckas ligga långt utanför sjukhuset, i problembilden. I den här artikeln presenteras det fält som produktionen av vård på sjukhus formar. Ytterligare studier kan omfatta att analysera och beskriva de positioner och dispositioner (habitus) som de olika professionerna på sjukhuset kan tillskrivas, samt att studera och beskriva den inre logiken i produktionen av vård på sjukhus, genom att integrera studien av sjukhuset som ett fält med studien av arenornas positioner och aktörernas habitus.

---

<sup>1</sup> Citat ur intervju med en sjukhusdirektör i Västra Götalandregionen.

<sup>2</sup> Se till exempel följande forskning och utredningar: Doolin, B. (2002) Enterprise Discourse, Professional identity and the Control of Hospital Clinicians. *Organization Studies*, 23, 3, s. 369-390; Freidson E (1994) *Professional Reborn: Theory, Prophecy, and Policy*. Chicago: University of Chicago Press; Freidson, E. (2001) *Professionalism: The third logic. On the practice of knowledge*. The University of Chicago Press, Chicago; Garpenby P (1999) Resource dependency, doctors and the state: quality control in Sweden, *Social Science & Medicine* 405-424; Garpenby P & Carlsson P (1999) Mot bättre vetande - Statens roll vid kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården, bilaga 6 i God vård på lika villkor? - underlag till slutbetänkande, *SOU 1999:66*; Grey, C. (1997) Management as a Technical practice: Professionalization or responsabilization? , *Systems Practice*, 10 (6) s. 703-725; Grey, C. & Garsten, C. (2001) Trust, control and Post-bureaucracy. *Organization Studies*, 22, 2, s. 229-250; Lundin, R. & Söderholm, A. (1997) *Ledning för förnyelse i landsting – strategiska projekt i komplexa organisationer*. Stockholm, Nerenius & Santérus Förlag; Perrow, C. (1965) Hospitals: technology, Structure and Goals. I *The Handbook of Organizations*, March, J. G. (red.). Chicago, Rand McNally, s. 910-971; Rhenman, E. (1969) *Centrallasarettet: systemanalys av ett svenskt sjukhus*. Lund, Studentlitteratur; Riksrevisionsverket (2002) *Att påverka utan att styra. Statens informativa insatser inom hälso- och sjukvårdsområdet, RRV 2002:4*, Riksrevisionsverket, Stockholm; Schwarz, H. (1994) Small states in big trouble. State reorganization in Australia, Denmark, New Zealand and Sweden in the 1980s. *World Politics*, 46, 527-555.

<sup>3</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.

<sup>4</sup> Med medicinsk teknologi avses här både läkemedel och andra medicinska produkter som brukas i det kliniska arbetet.

---

<sup>5</sup> Se till exempel Västra Götalandsregionens utredningsarbete om hur många sjukhus det ska finnas i regionen som vilka sorters sjukhus som bör utvecklas. Arbetet leds av biträdande sjukvårdsdirektör i VGR Daniel Holmdahl under benämningen Strukturarbetsgruppen.

<sup>6</sup> För Pierre Bourdieus användning av begreppet fält se: Bourdieu; P. (1992) *Texter om de intellektuella*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag. s. 41-52, 145-161; Jenkins, R. (1992) *Pierre Bourdieu*. Routledge: London. s. 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. s. 9-26, 29-37, 91-92, 143-144, 312-324, 325-334, 398-406; Bourdieu, P. (1996) *Homo Academicus*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag. s. 71-95; Bourdieu, P. (1986) *Kultursociologiska texter*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag, s. 247-296.

<sup>7</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>8</sup> Bourdieu, P. (2000) *Konstens regler. Det litterära fältets uppkomst*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag. s. 12.

<sup>9</sup> Bourdieu, P. (2000) *Konstens regler. Det litterära fältets uppkomst*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag, s. 12.

<sup>10</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>11</sup> Bourdieu, P. (1991) *Language and Symbolic Power*. Cambridge: Polity Press, s. 229-231.

<sup>12</sup> Jenkins, s. 84.

<sup>13</sup> Jenkins, R. (1992) *Pierre Bourdieu*. London: Routledge, s. 85.

<sup>14</sup> Bourdieu; P. (1992) *Texter om de intellektuella*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag, s. 44.

<sup>15</sup> Bourdieu, P. (2000) *Konstens regler. Det litterära fältets uppkomst*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag, s. 23.

<sup>16</sup> Enligt matematikern och filosofen Ian Hacking kan tre distinkta typer av saker hävdas vara socialt konstruerade.

1. Objekt: Item i den följande disparata list är "i världen" på ett common-sens-sätt:
  - a. Människor (barn)
  - b. Stater (barndom)
  - c. Omständigheter /conditions/ (hälsa, barndomsautism)
  - d. Praktiker (barnmisshandel)
  - e. Handlingar /actions/ (att kasta en boll, våldtäkt)
  - f. Beteende (generös)
  - g. Klasser (arbetare)
  - h. Erfarenheter (att bli kär, att vara handikappad)
  - i. Relationer (genus)
  - j. Materiella objekt (berg)
  - k. Icke observerbarheter /unobservables/ (gener)
  - l. 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. För det nuvarande syftet ordnas grupperingar, klassifikationer, och sorter (kinds) som idéer och deras förändringar i form av klasser, uppsättningar och grupper är samlingar i världen och räknas därför som "objekt". Jag är medveten om att det råder glidningar i detta grova system för att sortera.
3. Elevator words: Exempel på item som av många hävdas vara konstruerade är fakta, sanning, verklighet och kunskap. I en filosofisk diskussion fungerar de här orden på en annan nivå än ord för idéer och objekt så jag kallar dem "elevator words". Fakta, sanning, verklighet och till och med kunskap är inte objekt i världen som tidsperioder, små barn eller ömsint beteende. De här orden används för att säga något om världen, eller om vad vi säger eller tänker om världen. De är på en högre nivå.

Författarens översättning av Ian Hacking (1997) *The Social Construction of What?* London: Harvard University Press, s. 21-24.

---

<sup>17</sup> Se Socialstyrelsens rapport Sjukvården i Sverige 1995 - En rapport om förhållanden inom hälso- och sjukvården.

<sup>18</sup> Bourdieu, P. (2000) *Konstens regler. Det litterära fältets uppkomst*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag, s. 314.

<sup>19</sup> Bourdieu, P. (2000) *Konstens regler. Det litterära fältets uppkomst*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag, s. 315-316.

<sup>20</sup> Bourdieu, P. (2000) *Konstens regler. Det litterära fältets uppkomst*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag, s. 324.

<sup>21</sup> Se till exempel

<http://www.vgregion.se/organisation&forvaltning/Organisationsskisser/organisationsskisser.cfm> och

<http://www.vgregion.se/halsa&sjukvard/Organisation/organisation.cfm>

<sup>22</sup> Bourdieu; P. (1992) *Texter om de intellektuella*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag, s. 44.