

KAPITTEL 5

Å bruke institusjonell etnografi til å utforske hvordan en helsetjenestereform møter praksis

Siri Christine Kvernmo Næss Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Abstract: In 2015, Norwegian health authorities introduced a cancer treatment strategy, entitled cancer patient pathways (CPPs), to ensure a well-organized and predictable patient trajectory, without non-medical delays. In this chapter, I aim to illustrate how I employed institutional ethnography in my doctoral dissertation, which explores healthcare personnel's work with CPPs. The study is part of a larger project to evaluate the implementation of CPPs from the perspectives of patients and healthcare personnel. Thus, I have collaborated with other researchers and had to adapt the use of institutional ethnography to fit my situation. Based on physicians' descriptions of their work during establishment of CPPs, I outline how institutional ethnography helped me illustrate how the work involved in starting CPPs occurred in the intersection between primary and specialist healthcare services and was mediated by different ruling relations.

Keywords: cancer, cancer patient pathways, guidelines, primary care, specialist care, institutional ethnography

Sitering: Næss, S. C. K. (2023). Å bruke institusjonell etnografi til å utforske hvordan en helsetjenestereform møter praksis. I M.-L. Magnussen & A. C. E. Nilsen (Red.), *Erfaringer med institusjonell etnografi* (Kap. 5, s. 103–122). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.195.ch5>

License: Attribution 4.0 International (CC-BY 4.0)

Introduksjon


Dette kapitlet bygger på mine erfaringer med å bruke institusjonell etnografi i min doktoravhandling, som utforsker innføringen av den politiske helsereformen *Pakkeforløp for kreft* (Helsedirektoratet, 2016). Studien inngår i et større prosjekt som evaluerer pakkeforløp for kreft i lys av både pasienters og helsepersonells erfaringer og perspektiver (Melby et al., 2021). I min avhandling er søkelyset rettet utelukkende mot helsepersonell, og avhandlingen tar utgangspunkt i legers erfaringer med pakkeforløp i deres hverdagspraksis. Min studie skiller seg fra studier som har en klar forankring i institusjonell etnografi. Siden jeg har inngått i et samarbeid med seks andre forskere som ikke bruker institusjonell etnografi som metodologisk rammeverk, har jeg måttet tilpasse bruken av institusjonell etnografi til min forskningskontekst. Det betyr at datamaterialet ble innsamlet og utviklet av både meg og andre forskere, uten institusjonell etnografi som utgangspunkt.

Prosjektet mitt er også preget av at jeg har lært om institusjonell etnografi underveis i forskningsprosessen. I likhet med erfaringene til Mathiesen og Volckmar-Eeg (2022) har det medført mange runder med overveielser og bekymringer for om min bruk av institusjonell etnografi er legitim. I dette kapitlet vil jeg derfor med utgangspunkt i egne erfaringer belyse prosessen rundt min bruk av institusjonell etnografi i en studie som er del av et større kvalitativt samarbeidsprosjekt.

Pakkeforløp for kreft

Standardiserte pakkeforløp for kreft ble innført i 2015 som strategi for å øke kvaliteten i norsk kreftomsorg. Hensikten med pakkeforløp er at «kreftpasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnet forsinkelse i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering» (Helsedirektoratet, 2016). Sentralt i pakkeforløp er etableringen av bestemte tidsfrister for de ulike fasene i diagnostiseringsprosessen. Disse fristene blir målt gjennom et kodingsystem, og offentliggjort gjennom rapporter som publiseres på en nasjonal nettside. Det betyr at helsepersonells prestasjon på tid blir helt sentral i vurderingen av hva som er god kvalitet i norsk kreftomsorg. Se figur 1 for et eksempel på hvordan de ulike tidsfasene er organisert.

I tillegg til innføringen av faste tidsfrister for de ulike diagnostiske fasene fremheves det i pakkeforløpets retningslinjer også et søkelys på informasjon



Fra henvisning mottatt til første fremmøte i utredende avdeling	• 7 kalenderdager
Fra første fremmøte i utredende avdeling til avsluttet utredning (beslutning tas)	• 12 kalenderdager
Fra avsluttet utredning til start behandling	• Kirurgisk behandling: 13 kalenderdager • Medikamentell behandling: 10 kalenderdager

Figur 1 Forløpstider i pakkeforløp for brystkreft (Helsedirektoratet, 2021).

og kommunikasjon, samt på at det skal tilrettelegges for brukermedvirkning og individuelle pasientforløp. Det er med andre ord en eksplisitt formulert dobbel målsetting om å balansere et standardisert og et individualisert forløp.

Evaluering av pakkeforløp for kreft: et samarbeidsprosjekt

Det overordnede forskningsprosjektet, som har tittelen «Evaluering av pakkeforløp for kreft», ble initiert av Helse- og omsorgsdepartementet og finansiert av Norges forskningsråd (prosjekt nr. 272665) (Forskningsrådet, u.å.). I etterkant av tildelingen ble det søkt om og innvilget en stipendiatstilling i tilknytning til prosjektet. Stillingen ble finansiert av Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), og dette kapitlet er en del av mitt arbeid i forbindelse med avhandlingen. Studien ble utført i perioden 2017–2020. Deltakerne i forskergruppen tilhører Sintef, NTNU og NTNU Samfunnsforskning.

Siden det per dags dato er totalt 28 pakkeforløp, valgte vi å avgrense studien til å omfatte fire forløp for henholdsvis lunge, prostata, bryst og føflekkreft. Informantene fra spesialisthelsetjenesten ble rekruttert fra fem sykehus av ulik størrelse (tre universitetssykehus og to lokalsykehus), lokalisert i ulike geografiske regioner. Fastlegene var fordelt på fem kommuner: Åtte jobbet i samme kommune, mens de andre fire jobbet i forskjellige kommuner. Prosjektet var organisert i tre arbeidspakker med arbeidspakkeledere. Jeg ble tilknyttet arbeidspakken som omhandlet helsepersonell, hvor min hovedveileder var en av arbeidspakkelederne. Alle forskerne i gruppen deltok i datainnsamlingen og fikk tilgang til hele datamaterialet. Min studie bygger på semistrukturerte intervjuer med 72 helsepersonell fra primær- og spesialisthelsetjenesten, til sammen tolv fastleger, 27 spesialister (klinikere, radiologer, patologer og kirurger), elleve sykepleiere, 14 pakkeforløpskoordinatorer og åtte fra administrasjonen.

Valg av institusjonell etnografi som teoretisk og metodisk rammeverk

Jeg ble introdusert for institusjonell etnografi gjennom et doktorgradskurs som omhandlet teori og teoretisering i sosiologi. Min opprinnelige plan var å bruke *grounded theory*, og dermed var altså tanken at jeg skulle bruke empiriske data som grunnlag for å utvikle teori (Glaser & Strauss, 1967) om arbeidsprosessene knyttet til pakkeforløp for kreft. Karin Widerberg var en av kursholderne. Hun presenterte institusjonell etnografi med særlig søke-lys på Dorothy Smiths kritikk av den tradisjonelle sosiologiens utstrakte oppmerksomhet på abstrakte begreper og teoretisering som utgangspunkt for forskning. Widerberg var eneste kvinnelige kursholder i en setting hvor de andre mannlige professorene promoterte nettopp den typen institusjonalisert bruk av teori som Smith kritiserer.

Jeg fikk ganske tidlig inntrykk av at jeg, ifølge noen av kursleiderne, var på gyngende grunn med min plan om å bruke *grounded theory* – en tilnærming som ble avfeiet som empirisme. En av professorene refererte faktisk (litt hånlig) til meg som «empiristen» i forsamlingen da jeg skulle presentere prosjektet mitt. Empirisme er en antiteoretisk doktrine som bygger på ideen om at vi kun bør stole på praktisk erfaring og eksperimenter, heller enn på teorier, som grunnlag for kunnskap (Delanty & Strydom, 2003). Litt i likhet med Bealer og Strawson (1992) når de beskriver tilhengere av empirisme som «forhekset», følte jeg meg som et slags uvitenskapelig utskudd. Med tanke på at dette kurset omhandlet teoriens rolle i forskning, artikulerte Widerberg et brudd med sine mannlige kollegaer. Måten hun brukte sin egen erfaring som utgangspunkt for utforskning av styringsrelasjoner i academia (se f.eks. Widerberg, 2015, 2020), ble en tankevekker. Hun ga et levende bilde av hvordan vi mennesker er forbundet via tekster på tvers av tid og sted, noe som ble en sterk kontrast til de livløse teoretiske modellene av sosiale sammenhenger som ble presentert av de andre professorene.

Denne konteksten ble en slags miniatyrversjon av inspirasjonen bak institusjonell etnografi: Widerberg formidlet, gjennom både sin egen plassering i kurset og Smiths tekster, en nesten (men bare nesten) kopernikansk vending i metodisk tilnærming. For Smith forkaster nemlig ikke all form for teori og teoarbeid, og hun beholder dermed en forbindelse til tradisjonene (DeVault, 2021). Hun utvikler en teori om det sosiales eksistens og forankrer dermed institusjonell etnografi i en ontologi om det sosiale, noe som gjør institusjonell etnografi til en teoridrevet tilnærming (Smith, 2005). Dette tilsynelatende paradokset som utgjør fundamentet for institusjonell

etnografi, fanget min interesse (for en kritikk som tar utgangspunkt i dette paradokset i Smiths tekster, se f.eks. Doran, 1993). Jeg ble også inspirert av både Smiths og Widerbergs mot, da det innebærer større personlig risiko å bryte med etablerte sannheter og gjøremåter, enn å bli værende i tankene og forståelsene som dominerer et fagfelt. Widerberg var tydelig på at jeg ikke trengte å forkaste min opprinnelige tanke med å bruke grounded theory, men at jeg kunne prøve å se om institusjonell etnografi kunne tilføre noe og eventuelt brukes som ett av flere analytiske verktøy.

Er prosjektet forenelig med institusjonell etnografi?

Institusjonell etnografi søker å synliggjøre hvordan subjektive erfaringer er sammenvevet med underliggende institusjonelle strukturer (Doran, 1993; Smith, 2005). Tilnærmingen bygger på en teori om det sosiale som grunnleggende relasjonelt og tekstlig mediert. Det betyr at det sosiale slik det fremtrer gjennom koordinert menneskelig aktivitet, er i søkelyset i studien (Smith, 2005). Denne tilnærmingen samsvarer med prosjektets overordnede mål og problemstilling om å utforske hvordan pakkeforløpets retningslinjer erfares av helsepersonell i praksis. Siden omdreiningspunktet til institusjonell etnografi er tekstmediert samhandling, er denne tilnærmingen særlig egnet for å undersøke hvordan helsepersonells hverdagspraksis er sosial organisert, noe som kan bidra til å skape en forståelse av hvordan erfaringene og aktivitetene til informantene i studien skjer som de gjør (Smith, 2006).

Ifølge DeVault og McCoy (2006) kan man benytte forskjellige innfallsvinkler for å undersøke styringsrelasjoner, det vil si tekstmedierte sosiale relasjoner som organiserer måten vi handler i hverdagslivet på. I noen studier går forskeren direkte inn i arbeidsprosessene i en bestemt setting. Det vil si at «forskeren kjenner til et sett med administrative eller profesjonelle praksiser og setter i gang med å studere hvordan de utføres, hvordan de er diskursivt formet, og hvordan de organiserer andre settinger» (DeVault & McCoy, 2006, s. 22, min oversettelse). I tråd med denne innfallsvinkelen ser jeg i min studie på ulike arbeidsprosesser i legers praksis som er knyttet til pakkeforløp. Videre gjorde institusjonell etnografi det mulig for meg å oppdage hvordan ulike dokumenter og diskurser koordinerer legers arbeid med kreftutredning.

Siden intervjuguiden var utformet av prosjektgruppen, og siden vi allerede hadde startet med gjennomføring av intervjuer da jeg ble introdusert for institusjonell etnografi, var det helt sentralt å finne ut om spørsmålene i intervjuguiden var i tråd med en institusjonell-etnografisk tilnærming.

Intervjuguiden besto av seks hovedtemaer, og det var utformet underspørsmål til hvert tema. Spørsmålene handlet i hovedsak om hvordan informantene forsto og jobbet med pakkeforløp, altså hvilke konsekvenser pakkeforløp hadde for praksis, samt hvordan de samhandlet med annet helsepersonell og pasienter. På bakgrunn av disse spørsmålene vurderte jeg det som mulig å få kunnskap om hvordan informantens hverdagspraksis er sosialt organisert (Smith, 2006).

Ståsted, problematikk og styringsrelasjoner som sentrale analytiske begreper

Som nevnt ovenfor poengterer Smith (2006) at institusjonell etnografi først og fremst er orientert mot oppdagelse av hvordan det sosiale livet blir til. Hun understreker at det derfor er viktig at forskere som bruker institusjonell etnografi, ikke skaper rigide regler for å «produsere et stykke forskning som andre kan gjenkjenne som institusjonell etnografi» (Smith, 2006, s. 1, min oversettelse). Selv om det ikke foreligger en spesifikk oppskrift for hvordan man kan gjennomføre korrekt institusjonell-etnografisk forskning, er det, som Mathiesen og Volckmar-Eeg (2022, s. 11) påpeker, mye institusjonell-etnografisk litteratur som formidler en «formalistisk forståelse preget av formelle krav til hva institusjonell etnografi *er*, og hvordan den skal anvendes».

Det finnes altså noen grunnleggende begreper og teoretiske forutsetninger som skiller institusjonell etnografi fra andre kvalitative studier. Ståsted og problematikk – to elementære begreper – som i den «klassiske» litteraturen utgjør startpunktet for forskningen, er eksempler (Smith, 1987, 2005). Jeg ble presentert for og valgte å bruke institusjonell etnografi på et relativt tidlig stadium i mitt doktorgradsprosjekt. Det var, som nevnt, likevel flere faktorer i min forskningskontekst som særlig utfordret måten begrepene «ståsted» og «problematikk» er ment å drive en institusjonell-etnografisk studie fremover på. Det betyr at jeg har anvendt disse begrepene, sammen med styringsrelasjonsbegrepet og Smiths brede arbeidsbegrep, i større grad i analysen av det transkriberte datamaterialet enn i gjennomføringen av intervjuene.

Ståsted i institusjonell etnografi

Tanken om å forankre forskningen i menneskelig erfaring ved å innta et ståsted er et grunnleggende premiss i institusjonell etnografi som har røtter i feministisk standpunktteori (Smith, 2005). Smith (2005) påpeker

imidlertid at institusjonell etnografi har en annen tilnærming til standpunkt enn det som er vanlig i feministisk sosiologi (Harding, 2009). I motsetning til feministisk sosiologi, hvor standpunkt vanligvis refererer til at forskningen gjøres fra et spesifikt epistemisk privilegert ståsted (et feministisk ståsted), inntar Smith en mer åpen og udefinerbar tilnærming som *ikke* handler om å innta en posisjon eller kategori som «klasse, kjønn eller rase» (Smith, 2005, s. 10), eller om å legitimere noens meninger. I institusjonell etnografi er ståstedsbegrepet forankret i Smiths omfattende kritikk av klassisk sosiologi, der man etter hennes syn er overdrevent opptatt av abstrakte begreper og teoriutvikling og tilsynelatende opererer fra ingensteds. Når hun bryter med tanken om at ståsted representerer en spesifikk kategori eller posisjon i samfunnet, er det et grep som gjør begrepet tilgjengelig for forskere i forskjellige tradisjoner, og som lokaliserer forskningen i det faktiske og relasjonelle, fremfor i teoretiske konsepter. Som Magnussen og Nilsen skriver innledningsvis i denne boken, gjør dette grepet noe med blikket til forskeren fordi oppmerksomheten dreies mot hvordan informantene aktiverer generaliserte, abstraherte forståelser i det de sier, tenker, føler og gjør. Ståsted viser dermed til en måte å forankre forskningen i visse menneskers erfaring på. Det er *noens* erfaring som gjøres til en plass å se fra; som et utgangspunkt for å utforske hvordan ting skjer i en avgrenset del av den sosiale virkeligheten. Siden generaliserte forståelser «ofte materialiseres i institusjonelle tekster» (s. 11), er det dermed mulig å bruke menneskelig erfaring til å spore hvordan aktiviteter som foregår på ett sted, er koblet sammen med aktiviteter på andre steder, og som skjer til andre tider.

Ståsted i mitt forskningsprosjekt

I et datamateriale med mange ulike grupper av helsepersonell måtte jeg tenke nøye gjennom hvilket ståsted jeg skulle innta i analysearbeidet. Jeg landet på å begynne med legenes erfaringer. Dette valget kom delvis som en naturlig følge av fordeling av datainnsamlingen i forskergruppen: Siden jeg hadde hovedansvaret for å organisere og gjennomføre intervjuer med informanter fra ett av universitetssykehusene, der majoriteten av informantene var leger, hadde jeg fra starten av størst innsikt i legenes beskrivelser av sine egne erfaringer med pakkeforløp. En annen viktig årsak var at legene er viktige beslutningstakere i pakkeforløpene, og som Vinge et al. (2012) poengterer, utfordrer pakkeforløpstenkningen særlig den tradisjonelle

legerollen ved å innskrenke legenes muligheter for bruk av faglig skjønn knyttet til prioritering av pasienter.

De fleste institusjonelle etnografier som utforsker helsepersonells arbeid, gjør det fra sykepleieres ståsted (Malachowski et al., 2017). Med unntak av to studier (Rua, 2015; Webster, 2020) er det, så vidt jeg vet, ingen andre institusjonelle etnografier på helsefeltet som eksplisitt tar legers ståsted. Antakelig er noe av årsaken at leger har en relativt høy og autorativ posisjon i helsetjenesten (Wang, 2019). Å utforske styringsrelasjoner fra legers ståsted er både interessant og i økende grad relevant, siden legers arbeid stadig reguleres gjennom innføring av forskjellige kontrollmekanismer, for eksempel ulike retningslinjer og systemer for overvåking av praksis (Evetts, 2002; Flynn, 2002; Waring, 2007).

Legene i min studie representerer en mangfoldig gruppe profesjoner, både spesialistleger (klinikere, kirurger, radiologer og patologer) og fastleger. De jobber på forskjellige steder og møter dermed pasienter i forskjellige faser av pakkeforløpet. Valg av ståsted var noe som gradvis vokste frem underveis i studien, gjennom datainnsamling og innledende analyser. Studien begynte på sykehusene, og fastlegene ble inkludert som ståstedsinformanter på et senere tidspunkt. Resten av materialet med intervjuer av andre typer helsepersonell, som sykepleiere, pakkeforløpskoordinatorer og administrativt ansatte, ble brukt som «nivå to-data» for å utvide forståelsen av hvordan kreftdiagnostisering og pasientbehandling er sosialt organisert (Campbell & Gregor, 2004).

Oppdagelse av problematikker

Som en forlengelse av ståstedsbegrepet er et annet sentralt prinsipp i institusjonell etnografi at undersøkelsen skal drives fremover gjennom formuleringen av en problematikk (Smith, 2005). Det er viktig å påpeke at begrepet problematikk ikke er det samme som studiens forskningsspørsmål, men at det i stedet viser til noe i informantenes beskrivelser som fremstår som interessant eller bemerkelsesverdig for forskeren (Campbell & Gregor, 2004).

En problematikk formuleres ofte gjennom identifiseringen av *disjunctures*, som på norsk er blitt oversatt til «bruddlinjer» (Bertelsen & Lund, kapittel 8 i denne boken; Breimo, 2015). Begrepet bruddlinjer viser til spenninger i datamaterialet. Jeg forstår bruddlinjer som en diskrepans mellom forskjellige kunnskapsformer som informantene trekker på når de beskriver hva

de gjør, for eksempel at den teoretiske kunnskapen artikulert gjennom retningslinjer ikke stemmer overens med erfaringsbasert kunnskap og det som gjøres i praksis. Et viktig poeng er at denne uoverensstemmelsen ikke nødvendigvis oppleves av informantene som et problem, fordi måten vi handler på i hverdagslivet, vanligvis tas for gitt (Campbell & Gregor, 2004; Rankin, 2017a, 2017b). Poenget med å utvikle en problematikk er at det er nettopp ved å problematisere erfaringer og aktiviteter som tas for gitt, at det er mulig å undersøke hvordan disse hendelsene blir til (Campbell & Gregor, 2004; Smith, 1987).

Som nevnt endte vi opp med et relativt omfattende datamateriale fra intervjuer med til sammen 72 informanter, hvorav 37 var leger (tolv fastleger og 27 spesialister). For å få en viss oversikt begynte jeg med å sortere intervjuene etter yrkesgruppe. Siden vi startet med å intervju helsepersonell på sykehusene, begynte jeg med å lete etter bruddlinjer i intervjuene med spesialistlegene. Til sammen utledet jeg tre sentrale spenningsfelter i legenes beskrivelser som jeg utforsket gjennom videre analyser. Det første spenningsfeltet ble utledet av legenes opplevelse av at pakkeforløpets tidsfrister kommer i konflikt med kravet om diagnostisk presisjon. Det andre er knyttet til ulik henvisningspraksis og er utledet av spesialistenes opplevelse av ulik kvalitet på henvisningene fra fastlegene. Det tredje handler om kommunikasjon med pasienter og utfordringene med å balansere kravet om standardisert og effektiv behandling med kravet om pasientsentrert kommunikasjon.

Styringsrelasjoner

I tillegg til begrepene «standpunkt» og «problematikk» har begrepet «styringsrelasjon» vært viktig for å synliggjøre hvordan legers arbeid med kreftdiagnostikk og pakkeforløp er formet av en større sosial sammenheng. Begrepet styringsrelasjoner refererer til måter å organisere sosialt liv på, som går på tvers av tid og sted (Smith, 1987, 2005). Siden styring i dagens samfunn hovedsakelig er tekstlig mediert, er tekster av sentral betydning i institusjonell-etnografiske undersøkelser. Et viktig prinsipp i institusjonell etnografi er at styring utøves relasjonelt, ikke utelukkende ovenfra og ned. Det vil si at mennesker deltar i og reproducerer maktrelasjoner ved å aktivere forskjellige «tekster, konsepter, teorier, standarder med mer, på et lokalt sted og til lokal tid» (Lund, 2015, s. 169). Det betyr at jeg forstår pakkeforløpet som innvevet i styringsrelasjoner, som legene både deltar i

og reproducerer når de forholder seg til retningslinjene for pakkeforløpene i sitt arbeid med kreftdiagnostisering.

Som Smith (2005) påpeker, vil enkeltstående institusjonelle etnografier ikke nødvendigvis evne å synliggjøre alle styringsrelasjonene som er i spill i en bestemt setting. Hver studie undersøker styringsrelasjoner fra en bestemt vinkel (ståsted), og får øye på aspekter ved disse gjennom de erfaringene som formidles av de aktuelle informantene. I min studie, hvor undersøkelsen har vært rettet mot innføringen av pakkeforløpet for kreft, har jeg rettet oppmerksomheten mot politiske dokumenter og Smiths forståelse av diskurs som et integrert aspekt ved styringsrelasjoner. Diskurser har styrende effekter dersom vi bruker dem. Smith (2004) forklarer at hun bygger på Foucaults konseptualisering av diskurs og Bakhtins teori om språkets dialogiske karakter, og dermed forstår diskurser som menings-systemer som er uløselig knyttet til menneskers hverdagspraksis. Selv om diskurser ofte fremstår som abstrakte, tar folk del i dem. Diskursbegrepet referer altså til lokale praksiser; det er noe som gjøres, og som samtidig former den menneskelige forståelsen av det som skjer. Diskurser blir til i et dialogisk samspill mellom ord, språk, tekst, tale og annen menneskelig aktivitet (Smith, 1987, 2004).

Som et konkret eksempel på hvordan jeg har brukt institusjonell etnografi i min studie, vil jeg videre illustrere hovedtrekkene i den analytiske prosessen som fulgte utformingen av en problematikk basert på legenes beskrivelser av pakkeforløpets startfase og henvisningspraksis (for en mer detaljert beskrivelse av henvisningspraksis, se Næss, 2021).

Aktivering av pakkeforløp for kreft

De aller fleste pakkeforløp initieres ved at fastlegen sender en henvisning til sykehuset og ber om en diagnostisk vurdering. For at pasienten skal kvalifisere til pakkeforløp, må henvisningen ifølge Helsedirektoratet (2016) være utformet i tråd med kriterier som gir begrunnet mistanke om kreft. For å hjelpe fastlegene i dette arbeidet har Helsedirektoratet utviklet diagnoseveiledere som gir retningslinjer for når fastlegene skal henvise pasienter til pakkeforløp. Selv om det i utgangspunktet er fastlegene som skal henvise pasienter til pakkeforløp, er det sykehuslegene, basert på henvisningene, som avgjør om pasientene faktisk skal inkluderes i pakkeforløp. I de politiske dokumentene er denne praksisen beskrevet som en relativt enkel og lineær prosess, hvorpå pakkeforløp har et tydelig startpunkt:

Enten kvalifiserer pasienten for pakkeforløp ved å utvise de symptomatiske kriteriene, eller så gjør pasienten det ikke.

Gjennom datainnsamling og analyse ble det tydelig at arbeidet med å avgjøre hvorvidt en pasient skal eller ikke skal inn i et pakkeforløp, er langt mer komplisert enn den standardiserte prosedyren retningslinjenes skisering gir inntrykk av. Avgjørelsen om henvisning til pakkeforløp krever mye arbeid av leger i ulike lokale institusjonelle settinger. Jeg ble først oppmerksom på kompleksiteten i arbeidet med henvisning til pakkeforløp ved at sykehuslegene (og annet helsepersonell) uttrykte at det var stor variasjon i kvaliteten på henvisningene fra fastlegene, og også når det gjaldt hvorvidt fastlegen eksplisitt henviser til pakkeforløp, for eksempel:

Lege 5 (sykehus 2): Det er ofte at dem [fastlegene] henviser hit til pakkeforløp, og noen henvisninger er sånn at vi tenker at det her skal ikke inn i pakkeforløp, så da omgjør vi det og sier at 'det her er bare tull, det er ikke noe som skal inn [i pakkeforløp]'.

Utsagn om ulik henvisningspraksis blant fastlegene var gjennomgående i intervjuene med spesialistlegene. Det ble også tydelig gjennom intervjuene i spesialisthelsetjenesten at det var viktig å snakke med fastlegene for å få større innsikt i henvisningsprosessen og avgjørelsene knyttet til inkluderingen av pasienter i pakkeforløp. Ved å gjøre pakkeforløpets startfase, altså prosessen rundt henvisning, til problematikk (utforskningsområde) for videre analyser kunne jeg følge henvisningsdokumentet fra primær- til spesialisthelsetjenesten, og synliggjøre hvordan legenes arbeid med inkludering av pasienter i pakkeforløp er sosialt organisert på tvers av lokasjoner og tid.

Det å «gjøre henvisning» innebærer ulike typer arbeid og kan derfor rommes av arbeidsbegrepet (Smith, 2005). Da alle intervjuene med fastlegene var gjennomført, kunne jeg analysere intervjuene med legene i sin helhet. Siden legene jobber på ulike avdelinger og har forskjellige arbeidsoppgaver, begynte jeg med å sortere intervjuene etter profesjoner (fastleger, klinikere, radiologer og patologer). Deretter fulgte jeg DeVault og McCoys (2006) analysestrategi, og opprettet filer for hver yrkesgruppe som jeg kalte «henvisningsarbeid». Jeg gikk videre systematisk gjennom alle intervjuer og samlet samtlige beskrivelser om henvisning av pasienter til pakkeforløp. I tråd med Rankin (2017b) sorterte jeg forskjellige former for arbeid som var knyttet til henvisningsprosessen, i indekser. Eksempelvis snakket flere fastleger om at mye av arbeidet med å etablere en mistanke om kreft handler om å håndtere bekymring og frykt. En fastlege uttrykker det på følgende måte:

Fastlege 1: Jeg, jo, tenker at startpunktet er jo om pasienten bekymrer seg for kreft, da er det opp i to til tjue om dagen, og det er der det starter, da. Og da er det sånn som jeg regulerer, er det «ok, du er bekymret for kreft» og da synes jeg det er greit å si at «da skjønner jeg at du er veldig bekymret».

Jeg laget derfor en overskrift, «Arbeid med bekymring», der jeg samlet alle utsagn om «bekymring og frykt». Videre laget jeg underindekser som favnet nyansene i dette arbeidet. Da jeg hadde organisert datamaterialet på denne måten, begynte jeg å lete etter bruddlinjer (mindre problematikker) (Rankin, 2017b) samtidig som jeg hele tiden forsøkte å få øye på spor av styringsrelasjoner i informantenes beskrivelser (McCoy, 2006). Jeg brukte så disse bruddlinjene til å formulere en overordnet problematikk for henholdsvis fastlegenes arbeid og spesialistlegenes arbeid, og noe som ga en overordnet problematikk som favnet begge tjenestelinjene. På denne måten kunne jeg synliggjøre (noen av) styringsrelasjonene som medvirker til hvorvidt pasienter blir inkludert i eller ekskludert fra pakkeforløp (se tabell 1 for oversikt over problematikker og underproblematikker). Videre vil jeg si noe om to av problematikkene fra denne tabellen som viser hvordan avgjørelser om hvorvidt en pasient skal henvises til pakkeforløp, skjer i forhandlinger mellom ulike diskurser og retningslinjer for praksis.

Tabell 1 Problematikker knyttet til henvisningsarbeid

Henvisningsarbeid: Hvordan etableres en begrunnet mistanke om kreft?	
<p>Fastleger Håndtere pasienters bekymringer, etablere mistanke om kreft</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dannelse av mistanke: en bevegelse mellom det konkrete og det diffuse • «Jeg har skylden»: å balansere profesjonell integritet med krav fra pasienter • Utforming av henvisningen 	<p>Spesialistleger Å tolke og prioritere behovet for rask helsehjelp</p> <ul style="list-style-type: none"> • variert kvalitet på henvisninger • forhandlinger mellom ulike retningslinjer og prioriteringskriterier

«Jeg har skylden»: å balansere profesjonell integritet med krav fra pasienter

Fastlegene poengterte at det kan være ganske utfordrende å avgjøre om en det foreligger en såkalt begrunnet mistanke om kreft, nettopp fordi mange kreftdiagnoser utviser et symptombilde som overlapper med andre, mer godartede sykdommer og lidelser. Følgelig kan det være vanskelig å være sikker på når det er riktig å starte pakkeforløp, og når man bør vente og

se hvordan symptombildet til pasienten utvikler seg. I løpet av analysen ble det tydelig at fastlegenes arbeid med å etablere en mistanke om kreft i mindre grad var styrt av diagnoseveiledere, men at fastlegene heller aktiverte andre diskurser og sosiale relasjoner. Det vil si at diagnoseveilederne (når de ble brukt) inngikk i en større interaktiv og diskursiv sammenheng.

I utdraget fra et gruppeintervju diskuterer tre fastleger med utgangspunkt i et konkret eksempel hvorvidt pasienten kvalifiserer til pakkeforløp:

Fastlege 3: Jeg var veldig i tvil på ei her som hadde avføringsendring, og hun hadde gått ned litt i vekt, og så tok vi supplerende blodprøver som viste skikkelig jernmangelanemi, og hun var ikke så gammel og ellers frisk dame, da tenker jeg at det her er kreft, til det motsatte er bevist, og da ble jeg litt i tvil; er det her nok til pakkeforløp, eller er det en mellomting? Så jeg endte opp med å beskrive det sånn at det, da framgår det jo tydelig, og jeg skriver jo og i mistanken, at det her er kreft til det motsatte er bevist, men så prøvde jeg meg på prioritert to uker [som er en annen henvising enn pakkeforløp], og så sa jeg til pasienten at hun måtte ta kontakt, men hun ble jo kalt inn i løpet av ei uke, selv om jeg ikke flagget det, fordi jeg beskrev det, ikke sant, men jeg vet ikke om intensjonen er der, at man skal ta pakkeforløp på sånne?

Fastlege 2: Nei, det der blir en sånn gråsoner der du føler ... Jeg synes jo det går litt på æren løs, jeg da, har ikke så lyst til å bare henvise folk for tull. Og der er det sånn at, ja for så vidt så er det kreft til det motsatte er bevist, men samtidig så har du ikke noe sånn helt håndfast på at det er kreft, det kan jo bare være en tarmløstning av en mere uskyldig grunn, så jeg tror heller ikke at jeg hadde henvist til pakkeforløp på den her, men gjort som du, beskrevet det, ikke sant.

Fastlege 1: Men så hvis man sier at det skal være en velbegrunnet mistanke om noe alvorlig, så fyller det jo kriteriene, så det gjør jo absolutt det.

Fastlege 2: Jeg vet ikke hva som står i [diagnose]veilederen om det [ler].

Dette utdraget illustrerer hvordan usikkerhet rundt alvorlighetsgraden av pasientens symptomer knyttes til det kollegiale felleskapet i det medisinske miljøet. Selv om fastlegene er overbevist om at symptomene bør behandles som en sannsynlig kreftsykdom, velger de likevel å overlate vurdering til spesialistlegen på sykehuset. En annen fastlege forklarte videre at det medisinske miljøet i Norge er så lite at de fort kan få dårlig rykte: «[N]år vi var turnusleger, for eksempel, så hører vi på, vi hører jo på morgenmøtene når det kom at 'den pasienten ble henvist fra den legen, og han sender alltid inn på pakkeforløpet, og det er aldri noen ting.'» Disse erfaringene

kan kobles til diskursen om fastlegen som portvokter, og til diskursen som problematiserer den økende tendensen med overforbruk av medisinske tjenester (Brownlee et al., 2017; St.meld. nr. 47 (2008–2009)). Fastlegene formidler også at noen pasienter har tydelige ønsker og krav og insisterer på å bli henvist til utredning, til tross for at fastlegen ikke anser det som nødvendig. En fastlege beskriver det på følgende måte:

Fastlege 7: Hvis en pasient sier «Jeg har vondt i magen, jeg vil ta et CT-bilde, det er sånn faren min oppdaget kreften sin», og så tar vi de prøvene, men det er ingenting som tilsier at det er noe, men han vil ta en, kanskje ikke har så mye plage, men han vil bare ta et for sikkerhets skyld, ikke sant, og hvis vi hadde henvist han, vi klarer å skrive et eller annet og få han inn til CT-bilde uansett, det er ikke noe problem. Men hvis vi ikke gjør det, og han tar et eller annet et annet sted, og det er noen ting, da er det veldig lett for han å skrive en klage, så det er mange som tar veldig lett på det, de bare sender dem av gårde, de vil heller krangle med en sykehuslege enn å krangle med pasienten, for da har du en klagesak hengende over deg.

Dette utsagnet indikerer et spenningsfelt mellom pasientens ønske om visshet «for sikkerhets skyld» gjennom medisinske tester, og fastlegens faglige vurdering av når slik testing er nødvendig. Fastlegen formidler videre at press fra pasienten aktiverer en frykt for klagesaker som trumfer faglig integritet regulert av det kollegiale felleskapet. Andre fastleger påpeker også at siden legen ofte er den første medisinske fagpersonen som møter pasienten, kan enhver fremtidig sykdom sannsynligvis spores tilbake til en tidligere legekonsultasjon, og legen kan bli holdt ansvarlig for ikke å ha fanget opp sykdommen på et tidligere tidspunkt. Videre kan denne ansvarliggjøringen kobles til diskursen om pasientrettigheter, og dermed synliggjøres det hvordan pasientenes makt gjennom offentlige organisasjoner, for eksempel Pasient- og brukerombudet (Helsedirektoratet, 2023), organiserer fastlegenes arbeid med henvisning.

Utdragene over viser hvordan fastlegenes arbeid er organisert av styringsrelasjoner drevet av konkurrerende interesser. Det er verdt å legge merke til at praksisen med tilbakeholdenhet, det vil si å avvente for å se hvordan symptomene utvikler seg over tid, er knyttet til en følelse av ære i det kollegiale felleskapet blant leger, mens ettergivenhet er knyttet til pasienttilfredshet og pasientens makt i potensielle klagesaker. Hvordan fastlegene relaterer seg til disse formene for styring, vil naturlig nok påvirke hvorvidt pasientene bli henvist til kreftutredning.

Forhandlinger mellom ulike retningslinjer og prioriteringskriterier

Da jeg fulgte henvisningsprosessen tilbake til spesialisthelsetjenesten igjen (altså i datamaterialet), oppdaget jeg at utfordringene med å avgjøre om en pasient skal inkluderes i pakkeforløp, forplantet seg videre inn i andre faser av utredningen i sykehusene. I utgangspunktet er det bare klinikere som har mandat til å avgjøre om pasienten skal eller ikke skal i pakkeforløp. Klinikere er spesialistleger som jobber på avdelingen som har det totale ansvaret for pasientens utredning. Når henvisningen kommer fra fastlegen til sykehuset, er det en kliniker som skal henvise pasienten videre til relevante diagnostiske undersøkelser. Det vil si at radiologer, nukleærmedisinere og patologer ifølge retningslinjene ikke har mulighet til å nedprioritere en pakkeforløpshenvisning. Spesialistene som jobbet med bildediagnostikk, formidlet at de opplevde det som problematisk å ikke kunne omprioritere pakkeforløpspasienter. Mens noen fortalte at de ikke følte at de hadde noe annet valg enn å kjøre pakkeforløp på de pasientene som allerede var blitt inkludert i forløpet, uttrykte flere at de aktiverte andre retningslinjer til fordel for pakkeforløpsinstruksen, for eksempel:

Nukleærmedisinere (sykehus 3): Jeg vurderer dem i forhold til handlingsplan, nasjonal handlingsplan, og hvis det ikke foreligger godt beskrevet indikasjon i handlingsplan, så avviser jeg selv om det heter pakkeforløp, for det er ikke alt som skal komme gjennom PET, det er definert i handlingsplanene, og vi har en, naturligvis veldig mye, kommunikasjon med klinikere om hvorfor vi ikke tar inn den, og så sier vi at dette må komme inn i handlingsplanen, så vi er nødt til å ha noen rammer rundt, vi har en begrenset kapasitet, så vi kan ikke ta inn alt bare tvers gjennom.

I utdraget over forklarer legen at hun utelukkende vurderer henvisninger i tråd med medisinske indikasjoner fastsatt i handlingsplanene for de ulike krefttypene. I utgangspunktet er pakkeforløpene basert på handlingsplanene, så i teorien skal det ikke være noen konflikt her. Men fordi henvisningene ikke alltid oppfyller alle kriteriene for pakkeforløp, bruker legen handlingsplanen som argument for å avvise pakkeforløp. Henvisningen blir enten sendt i retur eller nedprioritert.

Flere informanter forteller om liknende praksis. I tillegg til de kliniske retningslinjene i handlingsplanene bruker de også prioriteringsveilederen for å nedprioritere pasienter som er henvist i pakkeforløp, men som de vurderer at ikke kvalifiserer til pakkeforløp. Prioriteringsveilederen ble innført

før pakkeforløpene. Disse retningslinjene spesifiserer hvilke forhold som gir pasienter rett til spesialistbehandling, og de gir anbefalinger for maksimale frister for å starte helsehjelp. I motsetning til pakkeforløpsfristene er disse fristene juridisk bindende, og veilederen er ment som hjelp for spesialister når de skal vurdere henvisninger i tråd med pasientenes rettigheter, slik disse er forankret i lover og forskrifter (Aase-Kvåle et al., 2019; Tranvåg et al., 2015).

Etter innføringen av pakkeforløp må dermed spesialistlegene sjonglere to typer tidsfrister forankret i forskjellige retningslinjer: Fristene i prioriteringsveilederen holder legen juridisk ansvarlig, mens pakkeforløpsfristen blir målt og offentliggjort og dermed en mer synlig kvalitetsindikator på helsetjenesten ved sykehusene. Studien viser at henvisningsarbeidet med inkludering av pasienter i pakkeforløp skjer i et komplekst samspill i overgangen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og mellom ulike sykehusavdelinger. Oppstart av pakkeforløp formes gjennom interaksjonen mellom leger og pasienter, ut fra hvordan henvisningen er utformet, samt ut fra hvordan og av hvem henvisningen tolkes. Skillet mellom pakkeforløp eller ikke pakkeforløp er på ingen måte entydig, verken for fastleger eller for spesialistleger. En kombinasjon av erfaringsbasert, faglig skjønn og ulike retningslinjer blir brukt for å avgjøre hvordan pasientenes symptombilde skal vurderes og prioriteres i helsetjenesten.

Avslutning

I dette kapitlet har jeg forsøkt å vise hvordan det er mulig å bruke institusjonell etnografi litt senere i forskningsprosessen og sammen med andre i større, mer tematisk avgrensede prosjekter. Som Dorothy Smith (2005) poengterer, er også forskerens arbeid, i likhet med all sosial aktivitet, formet av styringsrelasjoner. Det er interessant å lese hvordan Magnussen og Nilsen (2022, s. 5) opplevde at Karin Widerberg aktivt oppfordret dem til å prøve ut institusjonell etnografi «helt eller delvis – gjerne i kombinasjon eller dialog med annen teori og andre fremgangsmåter», men at de i møte med det internasjonale forskningsmiljøet ble presentert for en ganske annen, mer radikal og lukket tilnærming til institusjonell etnografi. Jeg har hatt liknende erfaringer, men mer på det indre planet: Jo mer kunnskap jeg fikk om institusjonell etnografi via tekster om hvordan den burde gjennomføres (se f.eks. Campbell & Gregor, 2004; Rankin, 2017a, 2017b; Smith, 2006), desto mer vokste tvilen om jeg egentlig kunne bruke institusjonell

etnografi på en delvis og moderert måte – og hvorvidt det egentlig var legitimt å gjøre slik jeg gjorde.

Samtidig som jeg kavet med disse utfordringene, ble imidlertid antologien *Institutional ethnography in the Nordic region* (Lund & Nilsen, 2020) lansert. Antologien viser nettopp hvordan det er mulig å bruke institusjonell etnografi på ulike måter i ulike kontekster, og den løste deler av det dilemmaet som hadde vokst frem (i meg), om at jeg enten må gjøre institusjonell etnografi fullt og helt og riktig, eller ikke i det hele tatt. Ved å rette søkelys mot den nordiske konteksten har forfatterne bidratt til å skape større takhøyde for variasjoner, og dermed har de utfordret grensene for hva som kan kvalifisere som «innenfor» institusjonell etnografi (Mathiesen & Volckmar-Eeg, 2022). Jeg forstår mitt bidrag som ett av mange eksempler på hvordan det er mulig å bruke institusjonell etnografi på en litt annerledes måte enn den tilnærmingen DeVault og McCoy (2012) refererer til som den «klassiske», hvor institusjonell etnografi er valgt helt fra starten, og hvor den ikke kombineres med andre perspektiver.

Det blir mer og mer vanlig med prosjektsamarbeid og oppdragsforskning, men det betyr ikke at institusjonell etnografi må avskrives som mulig tilnærming, selv om det ligger noen eksterne rammer rundt forskningen som skal utføres. I mitt tilfelle var det institusjonelle føringer knyttet til min stilling som stipendiat, som påvirket studiens tematikk, hvem jeg skulle intervju, og hvilke spørsmål som skulle stilles. Jeg har, i tråd med anbefalingene til DeVault (2021), etterstrebet å være så tro mot de grunnleggende prinsippene til institusjonell etnografi som mulig, innenfor rammene for mitt prosjekt. Jeg skal imidlertid ikke legge skjul på at studien har sine svakheter, sett fra et institusjonell-etnografisk perspektiv. En sentral utfordring er knyttet til standardisert datainnsamling, og til det at jeg ikke fikk mulighet til å gjøre observasjoner i tillegg til intervjuene. Jeg hadde derfor begrenset tilgang på det som kan beskrives som helt konkrete «gjøredata».

Jeg valgte likevel å bruke institusjonell etnografi som teoretisk og metodisk rammeverk for mitt prosjekt. Institusjonell etnografi har gitt meg noen analytiske verktøy som i hovedsak har formet retningen i arbeidet med analysene av et stort datamateriale innsamlet av flere forskere. Ved å ta ståsted i legenes erfaringer har institusjonell etnografi hjulpet meg å synliggjøre ulike styringsrelasjoner, på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. Jeg har fått muligheten til å undersøke hvordan ideologier, diskurser og styringsdokumenter aktiveres i legenes arbeid med kreftdiagnostisering og pakkeforløp, og hvordan legene koordinerer tolkningen av pasientenes

helsetilstand, og følgelig hvordan pasientene prioriteres i helsetjenesten. Institusjonell etnografi har dermed bidratt til en forståelse av ulike måter legers arbeid skjer i et samspill med både lokale og translokale sosiale relasjoner på. Mye av litteraturen om kliniske retningslinjer og standardiserte pasientforløp konstruerer legene som et problem – som trassige og aktive motstandere av styringsdokumenter (McDonald et al., 2005; Timmermans, 2005). Ved hjelp av institusjonell etnografi er det, som Webster (2020) også påpeker, mulig å utfordre forestillingen om at det er de enkelte legene som er problemet når retningslinjer ikke blir fulgt. Som denne studien indikerer, er det ei heller nødvendigvis mest fruktbart å spørre hvorvidt leger jobber i tråd med retningslinjene. I stedet kan det være mer hensiktsmessig å undersøke hvordan deres posisjon inngår i en større, diskursiv og tekstlig mediert sosial sammenheng – ikke ulikt hvordan George W. Smith (1988) utforsket politiraid mot offentlige bad som var populære samlingssteder for homofile i Toronto. Mens mange homoaktivister forsto det som skjedde som en konsekvens av homofobi blant politiansatte, viste Smith at raidene kunne spores tilbake til at homofili var definert som kriminalitet i lovverket. Hvis aktivistenes innsats virkelig skulle monne, burde de derfor jobbe for å endre lovverket.

Forfatterbiografi

Siri Christine Kvernmo Næss er postdoktor ved Institutt for pedagogikk og livslang læring ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU). Hennes forskningsinteresser er i hovedsak knyttet til fagområdet voksnes læring på ulike tematiske områder, inkludert organisering av helsetjenesten, hverdagslivslæring og populærkultur. Næss har brukt institusjonell etnografi som metode i sin doktorgradsavhandling for å utforske og analysere legers erfaringer med kreftdiagnostisering.

Litteratur

- Aase-Kvåle, I., Magnussen, A.-M. & Nilssen, E. (2019). Prioriteringsveiledere i spesialisthelsetjenesten: Rettslige og medisinskfaglige ansvarliggjøringsmekanismer? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 22(3), 213–227. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2019-03-03>
- Bealer, G. & Strawson, P. F. (1992). The incoherence of empiricism. *Proceedings of the Aristotelian Society, Supplementary Volumes*, 66, 99–143.
- Breimo, J. P. (2015). Rehabilitering: Samordningspolitikk sett fra et ståsted. I K. Widerberg (Red.), *I hjertet av velferdsstaten: En invitasjon til institusjonell etnografi* (s. 79–100). Cappelen Damm Akademisk.

- Brownlee, S., Chalkidou, K., Doust, J., Elshaug, A. G., Glasziou, P., Heath, I., Nagpal, S., Saini, V., Srivastava, D., Chalmers, K. & Korenstein, D. (2017). Evidence for overuse of medical services around the world. *The Lancet*, 390(10090), 156–168. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)32585-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)32585-5)
- Campbell, M. & Gregor, F. (2004). *Mapping social relations: A primer in doing institutional ethnography*. Rowan & Littlefield.
- Delanty, G. & Strydom, P. (2003). *Philosophies of social science: The classic and contemporary readings*. Open University Press.
- DeVault, M. L. (2021). Elements of an expansive institutional ethnography: A conceptual history of its North American origins. I P. C. Luken & S. Vaughan (Red.), *The Palgrave handbook of institutional ethnography* (s. 11–34). Palgrave Macmillan.
- DeVault, M. L. & McCoy, L. (2006). Institutional ethnography: Using interviews to investigate ruling relations. I D. E. Smith (Red.), *Institutional ethnography as practice* (s. 15–44). Rowan & Littlefield.
- DeVault, M. L. & McCoy, L. (2012). Investigating ruling relations: Dynamics of interviewing in institutional ethnography. I J. F. Gubrium, J. A. Holstein, A. B. Marvasti & K. D. McKinney (Red.), *The SAGE handbook of interview research: The complexity of the craft* (s. 381–395). SAGE Publications.
- Doran, C. (1993). The everyday world is problematic: Ideology and recursion in Dorothy Smith's micro-sociology. *Canadian Journal of Sociology*, 18(1), 43–63. <https://doi.org/10.2307/3340838>
- Evetts, J. (2002). New directions in state and international professional occupations: Discretionary decision-making and acquired regulation. *Work, Employment and Society*, 16(2), 341–353. <https://doi.org/10.1177/095001702400426875>
- Flynn, R. (2002). Clinical governance and governmentality. *Health, Risk & Society*, 4(2), 155–173. <https://doi.org/10.1080/13698570220137042>
- Forskningsrådet (u.å.). *Evaluering av pakkeforløp for kreft*. <https://prosjektbanken.forskningsradet.no/project/FORISS/272665?Kilde=FORISS&distribution=Ar&chart=bar&calcType=funding&Sprak=no&sortBy=date&sortOrder=desc&resultCount=30&offset=120&TemaEmne.2=Samfunnsmedisinsk+og+annen+helsefaglig+forskning>
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine de Gruyter.
- Harding, S. (2009). Standpoint theories: Productively controversial. *Hypatia*, 24(4), 192–200. <https://www.jstor.org/stable/20618189>
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet. (2016, 14. oktober). *Pakkeforløp på kreftområdet*. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/generell-informasjon-for-alle-pakkeforlovene-for-kreft/pakkeforlop-pa-kreftområdet>
- Helsedirektoratet. (2023). *Pasient- og brukerbud*. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/pasient-og-brukerbud>
- Helsedirektoratet. (2021, 29. april). *Forløpstider i pakkeforløp for brystkreft*. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/brystkreft/forlopstider-i-pakkeforlop-for-brystkreft>
- Lund, R. (2015). Akademia: «Idealakademikeren» og kvinnelige akademikerens hverdag. I K. Widerberg (Red.), *I hjertet av velferdsstaten: En invitasjon til institusjonell etnografi* (s. 164–190). Cappelen Damm Akademisk.
- Lund, R. W. B. & Nilsen, A. C. E. (2020). *Institutional ethnography in the Nordic region*. Routledge.
- Magnussen, M.-L. & Nilsen, A. C. E. (2022). Innledning. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 6(1), 4–8. <https://doi.org/10.18261/nost.6.1.1>
- Malachowski, C., Skorobohacz, C. & Stasiulis, E. (2017). Institutional ethnography as a method of inquiry: A scoping review. *Qualitative Sociology Review*, 13(4), 84–121.

- Mathiesen, I. H. & Volckmar-Eeg, M. G. (2022). En abduktiv tilnærming til institusjonell etnografi – et bidrag til sosiologisk kunnskapsutvikling, 6(1), 9–23. <https://doi.org/10.18261/nost.6.1.2>
- McCoy, L. (2006). Keeping the institution in view: Working with interview accounts of everyday experience. I D. E. Smith (Red.), *Institutional ethnography as practice*. Rowman & Littlefield.
- McDonald, R., Waring, J., Harrison, S., Walshe, K. & Boaden, R. (2005). Rules and guidelines in clinical practice: A qualitative study in operating theatres of doctors' and nurses' views. *BMJ Quality and Safety*, 14(4), 290–294. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.013912>
- Melby, L., Brattheim, B. J., Das, A., Gilstad, H., Gjøsend, G., Håland, E., Sand, K. & Solbjør, M. (2021). *Pakkeforløp for kreft: Erfaringer blant helsepersonell og pasienter. Sluttrapport fra den forskningsbaserte evaluering av pakkeforløp for kreft* (Rapport nr. 2021-03-15-2021). NTNU Samfunnsforskning; Sintef Digital. <https://hdl.handle.net/11250/2780426>
- Næss, S. C. K. (2021). CPP or not, that is the question: Physicians' work with activating CPPs. *Qualitative Health Research*, 31(11). <https://doi.org/10.1177/10497323211020708>
- Rankin, J. (2017a). Conducting analysis in institutional ethnography: Analytical work prior to commencing data collection. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1). <https://doi.org/10.1177/1609406917734484>
- Rankin, J. (2017b). Conducting analysis in institutional ethnography: Guidance and cautions. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1). <https://doi.org/10.1177/1609406917734472>
- Rua, M. (2015). Fengselsisolasjon: Forskning og formidling i et minefelt. I K. Widerberg (Red.), *I hjertet av velferdsstaten: En invitasjon til institusjonell etnografi* (s. 220–250). Cappelen Damm Akademisk.
- Smith, D. E. (1987). *The everyday world as problematic: A feminist sociology*. Northeastern University Press.
- Smith, D. E. (2004). *Writing the social: Critique, theory, and investigations*. University of Toronto Press.
- Smith, D. E. (2005). *Institutional ethnography: A sociology for people*. AltaMira.
- Smith, D. E. (2006). Introduction. I D. E. Smith (Red.), *Institutional ethnography as practice* (s. 1–11). Rowan & Littlefield.
- Smith, G. W. (1988). Policing the gay community: An inquiry into textually-mediated social relations. *Journal of Sociology of Law*, 16(2), 163–183.
- Timmermans, S. (2005). From autonomy to accountability: The role of clinical practice guidelines in professional power. *Perspectives in Biology and Medicine*, 48(4), 490–501. <https://doi.org/10.1353/pbm.2005.0096>
- Tranvåg, E. J., Nygaard, E. & Norheim, O. F. (2015). Hvordan påvirker prioriteringsvilkårene rettighetstildelingen i Helsedirektoratets prioriteringsveileder? *Michael*, (12), 416–427. <https://www.michaeljournal.no/article/2015/11/Hvordan-p%c3%a5virker-prioriteringsvilk%c3%a5rene-rettighetstildelingen-i-Helsedirektoratets-prioriteringsveiledere>
- Vinge, S., Rahbæk, A. E., Albæk, J. & Martedal, A. (2012). *Erfaringer med kræftpakker: Fra intentioner til implementering i praksis*. Det nationale analyse- og forskningsinstitut for kommuner og regioner.
- Wang, C. (2019). Temporal dynamics in the daily lives of health practitioners. *Time & Society*, 28(4), 1552–1576. <https://doi.org/10.1177/0961463x18787047>
- Waring, J. (2007). Adaptive regulation or governmentality: Patient safety and the changing regulation of medicine. *Sociology of Health & Illness*, 29(2), 163–179. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.00527.x>
- Webster, F. (2020). *The social organization of best practice: An institutional ethnography of physicians' work*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-43165-5>
- Widerberg, K. (2015). Akademia: Om styring i den akademiske hverdag. I K. Widerberg (Red.), *I hjertet av velferdsstaten: En invitasjon til institusjonell etnografi* (s. 143–163). Cappelen Damm Akademisk.
- Widerberg, K. (2020). In the name of the welfare state: Investigating ruling relations in a nordic context. I R. W. B. Lund & A. C. E. Nilsen (Red.), *Institutional ethnography in the nordic region* (s. 21–36). Routledge.