

MASTEROPPGAVE

Oppgaveglidning- mer enn et motebegrep?

En studie fra en medisinsk sengepost og poliklinikker i Sykehuset Østfold

Utarbeidet av:
Tine Sælid

Fag:
Masteravhandling i organisasjon og ledelse

Avdeling:
Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag, 2013

Førord

Takk til alle som har inspirert og hjulpet meg i arbeidet med denne masteroppgaven. Arbeidet har tidvis vært svært krevende og utfordrende, ikke minst for familielogistikken. En spesiell takk rettes til mannen min for å ha gitt meg rom til å jobbe med masteravhandlingen. Dette har vært et samarbeidsprosjekt hvor jeg har vært helt avhengig av støtte fra familien.

Min neste takk går til veileder Tom Bjørge Gundersen, som med en solid erfaringsbakgrunn har bidratt med gode råd, har utfordret min tenkemåte og kommet med konstruktive innspill underveis. En stor takk rettes også til alle SØ-ansatte som har stilt opp til uformelle samtaler i idéfasen, respondenter til fokusgruppeintervju og de individuelle intervjuene. De har gitt av dyrebar tid til å diskutere og reflektere rundt tematikken sammen med meg. Forhåpentligvis kan masteravhandlingen benyttes i det praktiske arbeidet i organisasjonen.

Å gjøre en undersøkelse i ”oppgaveglidning” har vært en spennende reise, mye med bakgrunn i at det nærmest kan forstås som et motebegrep og samtidig lite utforsket. Økende helsepolitisk fokus på ”oppgaveglidning” underveis i arbeidet har styrket motivasjonen. Slik jeg ser det, vektet allikevel den pragmatiske betydningen av masterutdanningen mest, med andre ord å kunne omsette den teoretiske kunnskapen i praksis.

Tine Sælid

Sarpsborg, juli 2013

KAPITTEL 1.....	6
Innledning og bakgrunn for studien	6
Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	6
Mitt ståsted og min forforståelse	9
Formål og forskningsfokus.....	10
Avgrensning og presisering.....	13
Tidligere forskning på området	13
Avhandlingens disposisjon.....	16
 KAPITTEL 2.....	 18
Sykehus som organisasjon	18
Mål og strategier	19
Teknologi	20
Struktur.....	22
Fysisk struktur	22
Sosial struktur	22
Sykehus som byråkrati	22
Arbeidsdeling	25
Spesialisering.....	26
Profesjonalisering.....	26
Tradisjonelle roller	28
Hvilke utfordringer kan byråkratiet gi i forhold til oppgaveglidning?	29
Kultur, atferd og prosesser	30
Omgivelser, tilførsel og resultat	31
 KAPITTEL 3.....	 32
Metode.....	32
Innledning.....	32
Induktiv og deduktiv tilnærming	32
Analyse av problemstilling og valg av forskningsdesign	33
Valg av metodisk tilnærming	33
Fokusgruppeintervjuer.....	34
Individuelle dybdeintervjuer.....	35
Etiske overveielser	35
Selve forskningsprosessen	36
Valg av forskningsfelt, enheter og respondenter	36
Forberedelse til intervjuene.....	38
Gjennomføring av fokusgruppeintervju	39
Bearbeiding av data etter fokusgruppeintervjuet	40
Forberedelse og gjennomføring av de individuelle dybdeintervjuene	40
Databearbeiding og analyse.....	41
Metodiske betraktninger	42
Reliabilitet	42
Validitet.....	42
Generalisering.....	44
 KAPITTEL 4.....	 45
Hvordan forstås oppgaveglidningsbegrepet?	45
Innledning	45
Hovedfunn	45

Analyse og drøftning.....	46
Arbeidsdeling og myndighetsfordeling	46
Oppgaveglidning og ansvar	48
Utfordringer i forhold til enhetlig ledelse	50
Oppsummering	50
KAPITTEL 5.....	51
Hvilke faktorer fremmer og hemmer oppgaveglidning?	51
Innledning.....	51
Hovedfunn	51
Analyse og drøftning.....	54
Helsepolitisk press	54
Ressurstilgang	55
Foretaksreformen og New Public Management	55
Endringer i pasientrettighetsloven.....	57
Mangel på enkelte yrkesgrupper og spesialister	58
Ressurser, kontekst og tid	59
Profesjonsinteresser	60
Jurisdiksjon og fagidentitet	60
Profesjonsstrid	62
Tverrprofesjonelt samarbeid.....	64
Organisasjonsstruktur	65
Teamorganisering	65
Spesialisering og fast arbeidsdeling	66
Fleksibilitet	67
Medisinsk og teknologisk utviklingen	67
Oppsummering	68
KAPITTEL 6.....	70
Hva risikerer vi, og hvilke forhold har betydning?	70
Innledning.....	70
Hovedfunn	70
Analyse og drøftning.....	73
Hva innebærer kvalitet i helse- og sosialtjenesten?	73
Strategisk kompetansestyring.....	73
Mobilisering av kompetanse	74
Kompetansebehov	75
Spesialistkompetanse, generalistkompetanse og faglig fleksibilitet.....	75
Betydningen av overlappende kompetanse og mengdetrening	76
Kompetanseutvikling	79
Formell kompetanse og realkompetanse	79
Formelle kvalifikasjoner –en sikring av nødvendig kompetanse?	80
Effektiv delegering	81
Oppsummering	82
KAPITTEL 7.....	83
Er det behov for oppgaveglidning?	83
Innledning.....	83
Hovedfunn	83
Analyse og drøftning.....	84
Erfaringer fra sengeposten	84
Erfaringer fra poliklinikk.....	86

Oppsummering	88
KAPITTEL 8.....	89
Hva er erfaringer med og oppfatninger om oppgaveglidning?	89
Innledning.....	89
Rasjonelt-instrumentelt perspektiv versus et institusjonelt perspektiv.....	89
Sammendrag og konklusjon	94
REFERANSER.....	97
 Vedlegg 1- Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave	
Vedlegg 2- Refleksjonstema fokusgruppeintervju	
Vedlegg 3- Intervjuguide individuelle intervju	

Antall ord: 31 755

Kapittel 1

Innledning og bakgrunn for studien

" From time to time, tasks are created, abolished, or reshaped by external forces, with consequent jostling and readjustment within the system of professions" (Abbot, 1988: 33)

Tema for den foreliggende forskningsoppgaven er *oppgaveglidning* mellom profesjoner. Begrepet *oppgaveglidning* brukes om prosesser hvor noen oppgaver i helsevesenet overtas av annet personell som har et lavere utdanningsnivå (Texmon & Stølen, 2009). Det vil i denne avhandlingen benyttes synonyme begrep som *oppgaveforskyvning*, *jobbglidning* og på engelsk *task-shift* og *skill-mix*. Nedenfor beskrives temaets aktualitet, bakgrunn for valg av tema og problemstilling. Videre gjør jeg rede for mitt ståsted og min forforståelse av temaet. Deretter følger en presentasjon av formål og forskningsfokus med påfølgende avgrensning. Kapittelet avsluttes med en oversikt over tidligere forskning på feltet og avhandlingens disposisjon.

Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Oppgaveglidning og endring av arbeidsdeling er ikke et nytt fenomen. Et eksempel på endring av arbeidsdeling og domene på grunn av samfunnsutvikling, er sinnslidende som tidligere ble behandlet av prester, mens det i dag er psykiaterens domene (Abbot, 1988). Tidligere var det legene som sto for sondenedleggelse, innleggelse av urinkateter og medikamenthåndtering. I dag er det typiske sykepleieroppgaver. Endring i arbeidsdeling kan være utløst av teknologisk og medisinsk utvikling, som for eksempel innen behandling av intrakranielle aneurysmer¹. Fra å ha vært et nevrokirurgisk inngrep gjøres det nå endovaskulært og er underlagt nevreradiologenes domene (Egge, 2012). Dette belyser spennet i variasjoner i forhold til hvilke yrkesgrupper som tar seg av helseproblemer og hvordan de fordeler arbeidet seg imellom i et historisk perspektiv.

Undersøkelsens tematikk har fått fornyet aktualitet med helsepersonellutfordringene helsevesenet står overfor. Mangelen på kvalifisert arbeidskraft er et internasjonalt,

¹ Aneurysmer er en medisinsk betegnelse av utposning på en arterie. <http://no.wikipedia.org/wiki/Aneurisme>.

debattert tema. En økende oppmerksomhet rundt framtidsbildet i det norske helsevesenet framkommer i flere rapporter (Helsedirektoratet rapport IS-1966/2012, Helsedirektoratet rapport IS-1967/2012, Helsedirektoratet rapport IS-1673 03/2009). Framtidens kompetansebehov må ses i et komplekst samspill mellom flere faktorer. Helsedirektoratet har i rapporten "Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten" redegjort for noen faktorer² de mener vil ha innvirkning (Helsedirektoratet, rapport IS-1966/2012:43). Flere av disse er relevante med hensyn til valgte tema. Oppgaveglidning kan ses som en måte å mobilisere kompetanse på (Meisingset, 2011) og som en mer fleksibel benyttelse av kompetanse.

Den demografiske utviklingen viser at folk lever lenger. Vi vet at eldre over 70 år har fem ganger høyere forbruk av helsetjenester enn yngre. Det er forventet betydelig sprik mellom tilbud og etterspørsel av visse helsepersonellgrupper (Texmon & Stølen, 2009). Gjennom modellen HELSEMOD framstiller SSB hvordan tilbud og etterspørsel for tilsammen 20 grupper av helse- og sosialpersonell vil utvikle seg fram mot 2030. Rapporten "Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030" viser blant annet en mangel på ca 41500 helsefagarbeidere, ca 13000 sykepleiere og balanse i antall leger i Norge. Det er viktig å presisere at dette er under gitte forutsetninger og derfor må tolkes med varsomhet. Det synliggjør allikevel en stor utfordring for helsevesenet i Norge. (Texmon & Stølen, 2009).

Videre ser vi en ekspansjon av teknologiske nyvinninger. Disse vil skape muligheter, men også stille nye krav til personellsammensetninger i helsetjenesten. Helsedirektoratet forventer for eksempel at det vil bli større behov for fysikere og teknikere for å vedlikeholde medisinsk teknisk utstyr (Helsedirektoratet, IS-1966/2012). En fortsatt økende spesialisering og medisinsk teknologisk utvikling bidrar til at langt flere alvorlige sykdommer kan behandles. Samlet kan økt levestandard, utvidede brukerrettigheter og stadig større forventninger til kvalitet på helsetjenestene skape en betydelig utfordring og framtvinge nødvendige prioriteringer i helsesektoren.

² Faktorene helsedirektoratet beskriver er: 1) utdanningskapasitet og innhold, 2) demografisk utvikling, 3) sykdomsutvikling, 4) arbeidstidsordninger, 5) medisinsk utvikling, 6) profesjonsinteresser, 7) krav og forventninger fra pasientene, 8) organisering og ledelse av tjenestene, 9) teknologisk utvikling. I tillegg påpeker rapporten at helsereformer og enkeltvedtak vil være viktige faktorer (Helsedirektoratet rapport IS-1966/2012)

En nasjonal helsepolitisk strategi for å imøtekomme framtidens helsebehov er uttrykt i Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 (2008-2009)) som trådte i kraft 01.01.2012. Målet er å bedre samhandlingen mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten for igjen å øke kvaliteten på helsetjenestene. Reformen innebærer desentralisering av oppgaver fra sykehusene til kommunene. Dette medfører igjen at spesialisthelsetjenesten vil få mer spesialiserte oppgaver og funksjoner. Som en del av samhandlingsreformen, vedtok Stortinget Stortingsmelding nr. 16 (2010-2011) som er en nasjonal helse- og omsorgsplan for 2011-2015 (St.meld.nr.16 i Brusselkontoret, 2011). Planen fastslår at helsepersonell må benyttes mer effektivt og at oppgaveendringer blant helsepersonell skal undersøkes.

Hvordan optimalisere bruken av helsepersonellens kompetanse ble allerede i 2008 framholdt som en viktig utfordring for de norske sykehusene i framtiden. Dette framkommer i en undersøkelse utført av Deloitte etter oppdrag fra Arbeidsgiverforeningen Spekter³ (Deloitte, 2008). Rapportens hovedfunn er at Norge har høyest ressursforbruk og dekningsgrad av leger og pleiere i forhold til befolkning. I rapporten ”*Utdanne nok og utnytte godt*” skriver Helsedirektoratet at ett av mange tiltak for å møte helsepersonellutfordringene er oppgaveforskyvning mellom helseprofesjoner (Helsedirektoratet, 2009:44-52). Helsedirektoratet oppfordrer til en drøftning om hvordan de ulike personell- og profesjonsgruppene kan fungere mer fleksibelt enn i dag (Helsedirektoratet rapport IS-1967/2012).

Det er rimelig å anta at helsemyndighetenes ønske om styring av ressursene er påvirket av en rasjonell-instrumentell tankegang. Global innflytelse, internasjonal lavkonjunktur, økende liberalisering og inntreden av markedsøkonomiske krefter som New Public Management (NPM)⁴ har satt sitt preg på det moderne arbeidslivet i Norge. Det har gitt høyere krav til kostnadseffektivitet, kvalitet og produktivitet samtidig med økt fleksibilitet (Ramsdal, Skorstad & Strøm, 2009). Tenking som kjennetegner NPM, eksempelvis kostnadsreduksjon, kvalitetspress, politiske reformer og lovendringer, har også dominert

³ Formålet med undersøkelsen var å finne ut av eventuelle ulikheter i profesjonsstrukturen mellom Norge og sammenlignbare land i forhold til produktivitet og effektivitet pr lege- og pleieårsverk. Studiet omfattet Norge, Danmark, Tyskland, Finland og delvis Skottland.

⁴ NPM er en fellesbetegnelse på de mange forsøk på å overføre bedriftsøkonomiske ideer til offentlig virksomhet, spesielt gjeldende de siste 25 årene. NPM består blant annet av kjerneideer om økt markedsretting, konkurranse, økt kundeorientering, profesjonell ledelse, og foretaksstyring (Vabø 2009, Lian 2003 i Osvold, 2010).

helsevesenet gjennom de siste 10-15 årene. Til sammen kan disse økonomiske, demografiske, teknologiske og organisatoriske faktorene bidra til et økt helsepolitisk press til å endre dagens roller og oppgavefordeling mellom profesjoner. Dette presset vil trolig øke krav til ledelse og organisering i helsevesenet.

Mitt ståsted og min forforståelse

Interesse for fenomenet oppgaveglidning har kommet gradvis gjennom erfaringer som sykepleierstudent, i arbeidet som sykepleier og senere som leder i kommunehelsetjenesten og nå i Sykehuset Østfold. Det som har overrasket meg, er blant annet variasjonene i oppgaver og ansvarsområder de ulike profesjonene har blitt tillagt ved de ulike arbeidsplassene, samt utvikling over tid. Endring av arbeidsdeling mellom profesjonene og yrkesgruppene har vært preget av et vidt spenn, fra tillit til utbredt skepsis. Jeg har en forforståelse om at samarbeid og fleksibilitet på tvers av profesjoner og yrkesgrupper for å yte god helsehjelp til pasienter vil få økt betydning med hensyn til fremtidsbildet innen helsesektoren framover. Det er rimelig å anta at denne forforståelsen er påvirket av videreutdanningen⁵ med et hovedemne i tverrprofesjonelt samarbeid. Sykehuset Østfold, hvor jeg jobber som seksjonsleder, er i en fase med stadige endringer for å finne hensiktsmessig organisasjonsstruktur, tilpassede arbeidsformer og effektive pasientforløp til nytt Østfoldsykehus. Sykehuset er planlagt ferdigstilt i 2015 på Kalnes, Sarpsborg. En ny yrkesgruppe har nylig kommet inn i sykehuset. Det er servicemedarbeideren⁶, med hovedfunksjon å bistå sengepostene med ikke-pasientrettede oppgaver. Innføringen startet som et prosjekt med pilot. Med innføring av servicemedarbeideren har oppgaveglidning blitt aktualisert i Sykehuset Østfold. Formålet er å kunne frigjøre mer tid til pasientbehandling. Bakgrunnen for innføring av den nye yrkesgruppen er et forventet underskudd av helsefagarbeidere og sykepleiere framover (Sluttrapport –

⁵ Jeg gjennomførte videreutdanningen i helse- og sosial administrasjon våren 2010. Eksamensoppgaven dette året ble en litteraturstudie hvor temaet var tverrprofesjonelt samarbeid med vektlegging på faglig autonomi, jurisdiksjon og monopol. Dette med bakgrunn i Samhandlingsreformen som på dette tidspunktet var til høring i regjeringen.

⁶ Prosjekt ”servicemedarbeider” er et utviklingsprosjekt mot det nye Østfoldsykehuset på Kalnes 2015. Servicemedarbeideren skal bistå i sengepostene slik at helsepersonellens kompetanse blir benyttet optimalt. Arbeidsoppgavene vil tilpasses det nye sykehuset, med blant annet desentralisert sengereings- og kjøkkenløsning. Det innebærer blant annet vedlikehold av lokale lagre, som å bestille og fylle på mat, tøy og forbruksvarer, bistå i forbindelse med måltider og re opp senger.

servicemedarbeider - gjennomføring av pilot, 2011). I denne avhandlingen ønsker jeg blant annet å få fram erfaringer i forbindelse med innføring av den nye yrkesgruppen.

Ledererfaring fra sykepleiebaserte poliklinikker har skapt en nysgjerrighet for dette temaet. Økende ventelister innenfor flere fagområder og begrensede ressurser opplever jeg som en motivasjon til å se nærmere på hvordan man organiserer arbeidet mellom profesjoner. For mange kan oppgaveglidning oppfattes som en ”het potet”. Debatten som pågår i fagmiljøene viser at temaet kan vekke reaksjoner. Det kan være interessant å se nærmere på hva som kan ligge bak reaksjonene.

Å ha lederansvar for ulike profesjoner og yrkesgrupper betyr for meg å innta en mest mulig profesjonsnøytral holdning. Som leder tilstreber jeg å se organisasjonen som en helhet og ta ulike perspektiv i betraktning før beslutninger fattes. Det er ikke ønskelig å belyse et lederperspektiv i denne avhandlingen. Jeg vil heller forsøke ”å løfte meg opp med hårene” og være mer objektiv i den grad det er mulig uten egne preferanser. Det er perspektivet til dem som jobber i kjernevirksomheten, nærmest pasientene, som jeg ønsker å få belyst.

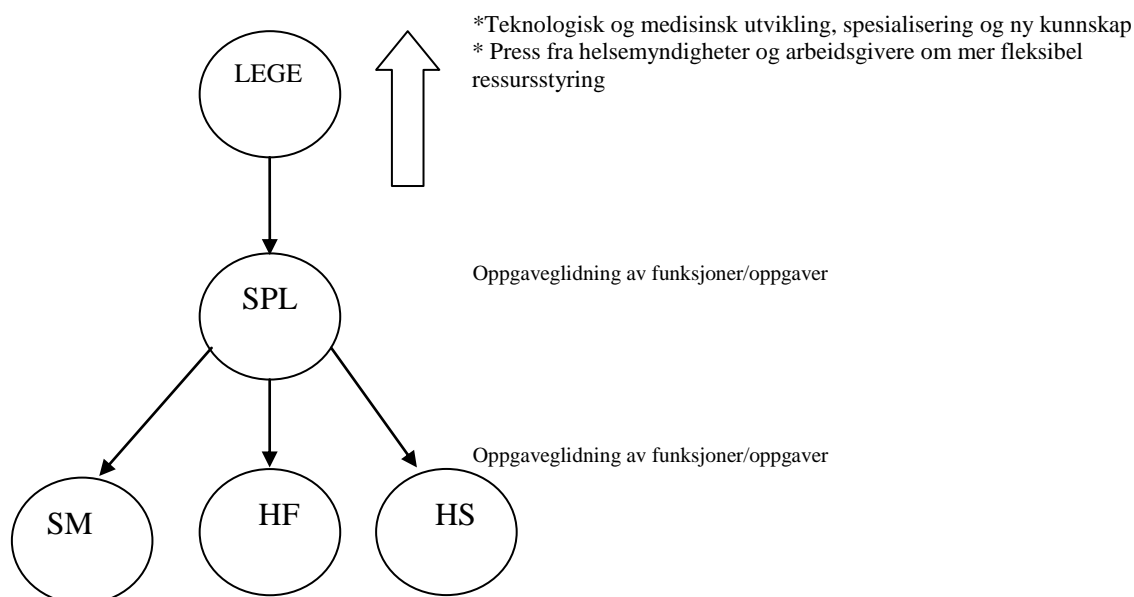
Formål og forskningsfokus

Det er en intensjon om at forskningsoppgaven kan bidra til en dypere forståelse for endring av arbeidsdeling mellom profesjoner og både beskrive og til dels forklare fenomenet oppgaveglidning. Mangel på tilsvarende undersøkelser kan tyde på at fenomenet har vekket lite forskningsinteresse i Norge fram til nå. Det er tankene, erfaringene og oppfatningene til den enkelte respondent fokuset rettes mot. Det er ”glidning” av oppgaver mellom lege, sykepleier, helsefagarbeider⁷, helsesekretær og servicemedarbeider innenfor Sykehuset Østfold (SØ) som er den kontekstuelle rammen. De første spørsmålene som dukker opp, er hvilken kjennskap og forståelse som finnes av selve begrepet og om det oppfattes et behov. Videre er det naturlig å se på hvilke faktorer som kan påvirke en slik endring av arbeidsdeling, både fremme og hemme. Til slutt er det ønskelig å få besvart hvilken risiko som er forbundet med oppgaveglidning og hvilke forhold som har betydning.

⁷ Helsefagarbeider og hjelpepleier blir benyttet synonymt. Helsefagarbeideren er en betegnelse på tidligere omsorgsarbeidere, barnepleiere og hjelpepleiere.

Tidligere forskning om fenomenet omhandler først og fremst oppgaveglidning som delegering av oppgaver mellom leger og sykepleiere, noe som gjenspeiler det medisinske hierarkiet og etablerte maktstrukturer. Ved å inkludere profesjoner og yrkesgrupper på lavere nivå i dette hierarkiet, kan undersøkelsen muligens kompensere for ” hull ” i tidligere forskning.

Fokuset er rettet mot drivkrefter som det er rimelig å anta vil påvirke utviklingen av oppgaveglidning (figur 1.1). Den ene drivkraften, markert med tykk pil, er den teknologiske og medisinske utvikling samt spesialisering og ny kunnskap. Denne drivkraften eller utviklingen vil sannsynligvis trekke legen mot nye oppgaver. Den andre driveren er ønsket fra helsemyndigheter og arbeidsgivere om å styre ressursene på en mer fleksibel måte. Det helsepolitiske presset beskrives i kapittel 5, ”Hvilke faktorer fremmer og hemmer oppgaveglidning? ” Samlet kan disse drivkreftene føre til at oppgaver flyttes videre til andre profesjoner på et lavere nivå i det medisinske hierarkiet, som er tegnet inn med smal pil. Figur 1.1⁸ framstiller fenomenet på en forenklet måte.



Figur 1.1 En forenklet illustrasjon av oppgaveglidning mellom valgte profesjoner eller yrkesgrupper. SPL= Sykepleier, SM= Servicemedarbeider, HF= Helsefagarbeider, HS= Helsesekretær

⁸ Figur 1.1. Innenfor profesjonene finnes det ytterligere differensieringer, eksempel ulike sjikt av leger; turnuslege, uerfaren assistentlege, erfaren assistentlege og overlege. Pilene vil kunne gå reversibelt og i andre retninger enn figuren viser; eksempel fra lege til helsesekretær, fra helsefagarbeider tilbake til sykepleiere og så videre.

Modellen viser et tradisjonelt medisinsk hierarki med legen på toppen, mens det i praksis er betydelig mer nyansert og komplekst. Det er ønskelig å få belyst både det å *motta nye oppgaver* og det å *gi fra seg oppgaver*. Formålet med undersøkelsen er å få synliggjort oppgaveglidning som et aktuelt tema i møte med helsepersonellutfordringene vi står overfor i helsevesenet. Hvilke forhold bør man være oppmerksom på før oppgaveglidningstiltak implementeres? Videre kan funnene benyttes til organisasjonsutviklingsarbeid med oppgaveglidning internt i SØ. Målgruppen for forskningsoppgaven vil fortrinnsvis være ledere, enheter innen personal, kompetanse og organisasjonsutvikling i egen organisasjon.

Det er valgt følgende problemstilling for undersøkelsen:

”Hva er erfaringer med og oppfatninger om oppgaveglidning?”

For å kunne besvare problemstillingen, er det stilt fire forskningsspørsmål:

1. Hvordan forstås oppgaveglidningsbegrepet?
2. Hvilke faktorer fremmer og hemmer oppgaveglidning?
3. Hva risikerer vi, og hvilke forhold har betydning?
4. Er det behov for oppgaveglidning?

Temaet har blitt aktualisert gjennom helseminister Jonas Gahr Støre`s første helsepolitiske tale. Han peker på ti nye grep for en framtidsrettet sykehussektor som skal gi bedre tilbud til pasientene. Det tredje grepet beskrives slik:

”Bedre og smartere oppgavedeling mellom ansatte i sykehusene. Det betyr at oppgaver som tidligere har vært knyttet til en særlig profesjon, også skal kunne utføres av andre yrkesgrupper for bedre samlet kompetanse og ressurser.”

(Pressemelding, Helse-og omsorgsdepartementet, 30.01.2013)

Fra vage anbefalinger i ulike helsepolitiske rapporter, uttrykker Støre det tydelig at han ønsker en mer fleksibel fordeling av oppgaver mellom profesjoner og yrkesgrupper i sykehus. Benevnelsen *oppgavedeling* oppfatter jeg som synonymt med oppgaveglidning. Oppgaveglidning har dermed blitt satt på den helsepolitiske dagsorden. Det er grunn til å anta at helsemyndigheter vil trappe opp det helsepolitiske presset for å få realisert ønsket.

Avgrensning og presisering

Oppgavens omfang gjør det nødvendig å gjøre en del avgrensninger. Oppgaveglidning som fenomen har eksistert i alle tider. I Norge kan man se oppgaveglidning i form av små endringer over tid, gjerne ikke-planlagt. Det er den mer styrte og bevisste formen for oppgaveglidning som helsemyndigheter og arbeidsgivere har et uttalt ønske om, som denne undersøkelsen hovedsakelig er rettet mot.

Neste steg er å avklare på hvilket nivå undersøkelsen skal ligge. Hovedfokuset vil her ligge på organisasjons-, enhets-, og individnivå. Det innebærer at helsemyndigheter, utdanningsinstitusjoner og andre overgripende aktører får mindre fokus, til tross for at det vil ha en betydelig påvirkning nasjonalt. Med den store oppmerksomheten rundt Samhandlingsreformen, kunne oppgaveglidning mellom forvaltningsnivåer, eksempel spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, være interessant. Fokuset for denne avhandlingen er oppgaveglidning mellom profesjoner og yrkesgrupper i Sykehuset Østfold.

Man differensierer mellom *vertikal* og *horisontal* oppgaveglidning innenfor en organisasjon. Fra ett fagområde til et annet, fra en profesjon til en annen på likt nivå eller til en som befinner seg lavere på den medisinske hierarkiske stigen (Frich, 2012). Det er den *vertikale* oppgaveglidningen som her beskrives. Jamført med beregningene til Statistisk Sentralbyrå, som viser en betydelig mangel på lavere nivå, er det relevant å studere oppgaveglidning fra sykepleier til yrkesgrupper på lavere nivå. Legegruppen blir tatt med, med bakgrunn i egne erfaringer som sykepleier i sykehus hvor legemangelen og diskontinuitet av leger har vært mer gjeldende enn sykepleiermangelen. Tidligere forskning, tidsskrifter og fagartikler omhandler i stor grad grenseflaten i arbeidet mellom lege og sykepleier.

Tidligere forskning på området

Selve oppgaveglidningsbegrepet har først blitt mer kjent i nyere tid i Norge. Det er gjerne omtalt i fagartikler, kurs og kongresser innen spesialisthelsetjenesten i sammenheng med helsepersonellutfordringene. Til tross for at temaet settes på dagsorden og det helsepolitiske presset øker, er det mangelfull oppmerksomhet rettet mot gjennomføring,

evaluering og forskning. Det kan forstås som et motebegrep. Allikevel finnes det i praksis flere eksempler på planlagt oppgaveglidning i norske sykehus. Vi har til en viss grad institusjonalisert sykepleierbaserte poliklinikker⁹ innen flere kronikergrupper (Hagelund, 2006). Her styrer sykepleierne, med delegasjon fra lege, pasientens behandlingsopplegg innen gitte rammer og med tilgjengelig legekonerfering. I Norge har debatten om oppgaveglidning i sykehus først og fremst dukket opp innenfor medisinsk bildediagnostikk, mellom radiologer som legespesialister og radiografer, med treårig bachelor. Den mest relevante forskningen som har blitt sporet i Norge er masteravhandlingen til Vigeland (2010). Han retter fokus mot radiologenes holdning til jobbglidning ved å la radiografene slippe til innenfor deres enemerker, og om forholdet preges av profesjonskonflikt (ibid.).

Internasjonalt har man hatt betydelig mer fokus på oppgaveglidning. I rapporten ”*Nye oppgaver, nye roller - Europas helsevesen i endring*” beskrives relevante tiltak og initiativ på europeisk og nasjonalt nivå. Målet i denne rapporten er å gi Norsk Sykepleierforbund konkrete innspill og eksempler som kan benyttes i debatten om oppgaveglidning (Brusselkontoret, 2012). Rapporten påpeker at oppgaveglidning oppstår der ressurstilgangen er knapp, spesielt i utviklingsland. World Health Organization (WHO) (2012) har på bakgrunn av tidligere forskning utarbeidet retningslinjer¹⁰ i forhold til implementering av oppgaveglidning (task-shift) innen helsetjenester knyttet til mor og nyfødt. WHO påpeker en lav forskningskvalitet på tidligere studier, slik at det derfor stilles spørsmål ved påliteligheten. Foruten utviklingsland, har blant annet Storbritannia, Finland og Danmark benyttet oppgaveglidning aktivt for å møte helsepersonellmangelen. De fleste studiene er gjort innen primærhelsetjenesten (Helsedirektoratet, IS-1673, 2009.) Det finnes flere britiske studier hvor det vises til en bevisst effektiviseringsstrategi fra myndighetene å la sykepleiere overta legeoppgaver. Bakgrunnen har vært mangel på leger samt kostnadseffektivitet (Allen 1997,2001a, Bowler & Mallik, 1998 i Osvold, 2010). I den

⁹ Sykepleiebaserte poliklinikker har blitt etablert ved flere av landets sykehus gjennom det siste tiåret, spesielt innen fagområder som blant annet diabetes, hjertesvikt, nyre og lunge. Driveren har som oftest vært å frigjøre legeressurser der man ser at pasienten har en fastsatt diagnose, har et klart behandlingsopplegg og hvor sykepleier kan følge opp videre behandlingsløp med en konfererende lege i bakhånd.

¹⁰ <http://www.optimizemnh.org>

forbindelse har flere sykepleiere fått en utvidet rolle, gjerne kalt ”advanced nurse practitioners”¹¹.

I Danmark har oppgaveglidning vært på dagsorden i det danske helsevesenet i flere år. Mest aktuelt har det vært fra lege til sykepleier og fra sykepleier til sosial- og sunnhetsassistenter (SOSU-assistenter), liknende helsefagarbeideren i Norge. Sykepleierforbundet i Danmark har vært pådriver til å utvikle sykepleieprofesjonen til å kompensere legemangelen med såkalt oppgaveglidning (Deloitte, 2008). Studier, som i hovedtrekk har undersøkt hvor mye og hva slags legeoppgaver som kan flyttes til sykepleiere og kvaliteten på behandlingen, har konkludert med at sykepleierne leverte vel så god kvalitet i forhold til leger når de overtar tradisjonelle legeoppgaver (Helsedirektoratet, 2009:46-49). I Danmark har det pågått mange parallelle prosjekter innen oppgaveglidning og kompetanseutvikling, spesielt fra sykepleier til SOSU-assistenter. Samlet sett gir statusrapportene etter disse prosjektene positive resultater med hensyn til kvalitet i pasientbehandling, opplevelse av bedre ressursutnyttelse og helsepersonellens motivasjon (de som mottar nye oppgaver). Utfordringen har primært vært mangelfull tid til opplæring og kompetanseutvikling i en hektisk hverdag (Statusrapport oppgaveglidning Syddanmark, 2008).

En av de få vitenskapelige undersøkelsene på lavere nivå, det vil si fra sykepleier og nedover, er en undersøkelse gjort i Sverige ved en medisinsk og kirurgisk sengepost. "*Delegering av arbeidsoppgifter från sjuksköterska til undersköterska*" viser hvilke oppgaver som blir delegert og hvilke som klart ikke blir delegert. Funn fra undersøkelsen viser at tidsmangel hos sykepleier er den vanligste årsaken og at delegeringen oftest skjer muntlig (Hagström, Olsson & Leppert, 1998).

Generelt foregår det i mange europeiske land og i Nord-Amerika store endringer i rolle- og ansvarsfordelingen mellom helseprofesjoner. Myndighetene motvirker strenge og rigide regelverk for hvilke profesjoner som kan utføre hva. De ser et mer fleksibelt system som

¹¹ ”advanced nurse practitioners” kan i allmennpraksis stille diagnoser, behandle og utskrive resepter. Videre kan enkelte operasjonssykepleiere utføre mindre kirurgiske inngrep som fjerning av cyster, føflekker og lignende (Department of Health, MMC, i Deloitte, 2008).

nødvendig for å sikre befolkningen tilgang på helsetjenester også i framtiden (Harrocks & Anderson, 2002 i Helsedirektoratet IS-1673, 2009:46).

Annen relevant forskning er hvordan helseprofesjonenes rolle har endret seg. Studier knyttet til helseprofesjonenes endrede vilkår i et helsevesen preget av omorganisering og strengere økonomisk styring, har samlet sett vist en intensivering av arbeid for sykepleiere og et sprik mellom oppgaver og tilgjengelige ressurser for dem som yter direkte pasientarbeid (Adams 2000 & Davies, 1995 i Osvold, 2010:7). Vike (2002) hevder at en rasjonalisering av servicefunksjoner kan føre til at helsepersonell må utvide sin yrkesrolle for å ivareta funksjoner som ikke lenger tilbys, eller i redusert grad. Kutt i liggedøgn og økt pasientgjennomstrømning har gitt større press også på legene, i form av økt administrasjon og dermed travelhet blant sykepleierne som har fått delegert flere medisinskfaglige oppgaver (Vike, 2002 i Osvold, 2010).

Avhandlingens disposisjon

I dette *innledende kapittelet* gjøres det rede for bakgrunn for valg av tema og problemstilling. Det gis en beskrivelse av forskerens ståsted og forforståelse, etterfulgt av studiens formål, forskningsfokus og avgrensning. Avslutningsvis presenteres et utvalg av forskning og tidsskrifter om oppgaveglidning og relevante nærliggende temaer.

Kapittel 2 handler om sykehuset som organisasjon og beskriver terrenget hvor undersøkelsen finner sted. Den åpne systemmodellen til Michael I. Harrison og hans variabler for å beskrive en organisasjon danner grunnlaget for dette kapittelet. Hovedvekten legges på sosial struktur, som anses som mest relevant for avhandlingens tema.

Kapittel 3 er metodekapittelet. Her begrunnes valgene som er gjort med hensyn til metode og design. Kapittelet tar videre for seg fasene i forskningsprosessen. Det gjøres rede for hvilke valg man har foretatt med begrunnelser. Sist i kapittel 3 beskrives metodiske betraktninger i forhold til reliabilitet, validitet og generalisering.

Kapittel 4 er det første av fire kapitler hvor forskningsspørsmålene blir stilt og forsøkt besvart. Samtlige fire kapitler har samme struktur med presentasjon av funn, etterfulgt av

analyse og drøftning. Dette kapitlet tar for seg forskningsspørsmålet ” Hvordan forstås oppgaveglidningsbegrepet?” Respondentens ulike forståelser blir her presentert. Dilemma i forhold til oppgaveglidning og ansvar blir også belyst.

Kapittel 5 er det største kapitlet og omhandler forskningsspørsmålet ” Hva fremmer og hemmer oppgaveglidning?” Det er dette kapittel som står for avhandlingens største analytiske del. Det ses på både ytre og indre drivkrefter til endring, det vil si både faktorer eller press fra organisasjonens omgivelser, samt indre faktorer, som eksempel profesjonsinteresser.

Kapittel 6 er neste drøftningskapittel. Det tar for seg forskningsspørsmålet ” Hva risikerer vi, og hvilke forhold har betydning?” Det er spesielt funn i forhold til kvalitet og pasientsikkerhet som blir vektlagt. Kompetansestyring, kompetansebehov og kompetanseutvikling er sentrale kategorier.

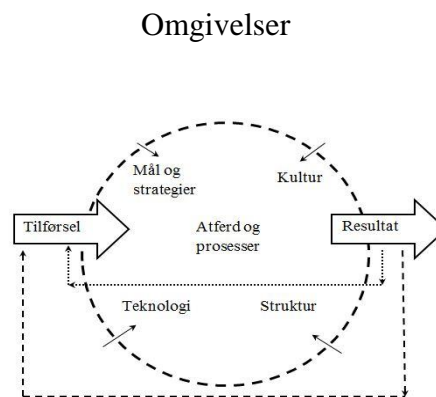
Kapittel 7 er det siste av de fire drøftningskapitlene som omhandler forskningsspørsmålet ” Er det behov for oppgaveglidning?” Her gjøres et skille mellom erfaringene fra sengeposten og fra poliklinikk. Fra sengeposten er det spesielt innføringen av den nye servicemedarbeideren som får fokus.

Kapittel 8 er oppsummerings- og avslutningskapitlet hvor man ønsker å sammenstille de mest sentrale funnene. Funnene blir drøftet i forhold til et rasjonelt-instrumentelt perspektiv versus et institusjonelt perspektiv. Sist i kapitlet gis det et sammendrag og en konklusjon.

Kapittel 2

Sykehus som organisasjon

I dette kapitlet vil jeg beskrive terrenget der undersøkelsen finner sted. Til å beskrive sykehus som forskningsfelt, benyttes analyseskjemaet til Michael I. Harrison. Han representerer *det åpne systemperspektivet*, som har hatt størst gjennomslagskraft i den modernistiske organisasjonsteorien¹². De åtte organisasjonsvariablene han benytter er: Mål og strategier, kultur, teknologi, struktur, atferd og prosesser, tilførsel, resultat og omgivelser. Modellen viser et dynamisk forhold mellom variablene, hvor de gjensidig påvirker hverandre (Harrison i Gundersen, 2011 i Björk & Björkquist, 2003). Press fra *omgivelser*, som eksempel et økt helsepolitisk press om endring i oppgavefordeling mellom profesjoner, vil kunne motivere og påvirke sykehuset til å endre seg for å imøtekomme dette presset. Endring i *tilførselen* av ressurser til sykehuset, som en konsekvens av økt bedriftsøkonomisk inspirasjon og kostnadseffektivitet, vil kunne endre organisasjonens *mål, struktur og arbeidsdeling*. Dette kan igjen få betydning for tjenestekvaliteten sykehuset er i stand til å levere, det vil si *resultatet*. I forhold til temaet oppgaveglidning og endring i arbeidsdeling, er det naturlig at hovedfokus rettes mot sosial struktur i dette kapitlet.



Figur 2.1 En åpen systemmodell¹³

¹² Modernismen framhever organisasjoners avhengighet til omgivelsene, teknologi som omdannelsesprosess og strukturell tilpasning. Dette er en av de fire perspektiver som flere organisasjonsteoretikere deler inn i. Den første perioden kalles den klassiske, deretter den moderne, symbolsk-fortolkende og tilslutt den postmoderne (Hatch, 2011).

¹³ Analyseskjema utarbeidet av Michael Harrison (Harrison i Gundersen, 2011 i Björk & Björkquist, 2003).

Mål og strategier

Strategi og mål må ses i sammenheng. Strategi kan ses på som et middel for hvordan målene skal nås, og mål kan oppfattes som elementer i strategiprosessen. Målene skal gi retning for handling og gjøre det mulig å vurdere resultatet. Hatch (2011: 121) forklarer organisatorisk strategi som:

”..... en plan for konkurransen på markedet; taktikk anvendes for å gjennomføre planlagte aktiviteter under kontinuerlig tilpasning til konkurransesituasjonen etter hvert som den utvikler seg.”

I tillegg til andre konkurrenter, eksempel andre sykehus, innebærer det også andre ”trusler” i omgivelsene, som blant annet offentlige myndigheter, teknologisk utvikling og interessegrupper m.fl. I forhold til tematikken i denne undersøkelsen, oppgaveglidning, vil disse aktørene kunne ha innvirkning på organisasjonens mål og strategi.

Helsemyndigheters ønsker om en mer fleksibel oppgavedeling mellom helsepersonell i framtidens sykehus vil trolig få innflytelse på den organisatoriske strategien.

Det overordnede målet til SØ er:

”Sykehuset Østfold skal tilby gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.”

Nytt sykehus på Kalnes krever langsiktig og strategisk planlegging. Den overordnede målsettingen for SØ 2015/16 er at:

- alle pasienter får rask diagnostikk, behandling og rett informasjon styrt av en helhetlig og tverrfaglig arbeidsform
- ny sykehusstruktur og ny teknologisk infrastruktur gir en tydelig oppgavedeling og bedret tjenestekvalitet
- samhandling med kommunehelsetjenesten og andre helseforetak er en naturlig del av pasientforløpene og handlingsmønsteret til alle medarbeidere
- SØ skal gjennom forskning, utdanning og kompetanseutvikling være konkurransedyktig innenfor definerte områder nasjonalt og internasjonalt

- det skal være oppnådd en driftsøkonomisk gevinst tilsvarende 180 millioner kroner (Hentet fra Sykehusets intranett, 17.03.2013)

I tillegg til egne overordnede mål, må SØ forholde seg til oppdragsdokumentet fra eier, Helse Sør-Øst Regionsforetak (RHF). Den nasjonale helsepolitikken og oppgavene til det regionale helseforetaket konkretiseres og utdypes i Nasjonal helse- og omsorgsplan, oppdragsdokument og foretaksmøter. Helse Sør-Øst RHF har ansvaret for at forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende ivaretas på en god måte, og at disse oppgavene underbygger god og forsvarlig pasientbehandling. SØ skal medvirke til at disse målene nås for 2013. Styring og kontroll med kvalitet og pasientsikkerhet må ikke stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken (Oppdragsdokument 2013, hentet fra SØ's intranettside, 17.03.13). Føringer og oppdrag 2013 innebærer at helseforetakene må påse at:

- Lovverket til rettighetspasienter er overholdt
- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal være under 65 dager
- Det skal ikke forekomme fristbrudd

Teknologi

Et sykehus blir ofte beskrevet som en *kunnskapsbedrift*. Det finnes knapt noen organisasjon som har mer kompetente medarbeidere enn et sykehus. En kunnskapsbedrift kjennetegnes hovedsakelig ved at kunnskap og arbeidskraft er kritiske suksessfaktorer, og at leveransene skjer gjennom komplekse, spesielle tjenester (Drucker, 1992 i Grund 2006:143). Videre karakteriseres sykehus også som *komplekse organisasjoner* fordi det blant annet utføres krevende oppgaver og brukes avansert teknologi. Det innebærer også utfordringene knyttet til å designe arbeidsrutiner og ledelsesprinsipper for profesjonelle grupper.

Innenfor modernistisk organisasjonsteori defineres *teknologi som et middel for å nå et mål eller resultat, eksempel i form av et produkt eller tjeneste* (Hatch, 2007: 155). Ut fra dette perspektivet kan teknologibegrepet forklares som:

1. De fysiske objekt eller artefakter som benyttes i produksjonen
2. De aktiviteter og prosesser som utgjør produksjonsmetodene
3. Kunnskap som er nødvendig for å utvikle og benytte utstyr, verktøy og metoder for å produsere et spesielt produkt eller tjeneste.

Kjerneteknologien i serviceorganisasjoner som sykehus er pasientbehandling. Sykehuset Østfolds kjernevirksomhet er å utrede, diagnostisere og behandle pasienter på spesialistnivå. Sykehuset skal dekke det behovet for helsetjenester som befolkningen har, eventuelt i samarbeid med kommunehelsetjeneste, fastlege eller andre helseforetak. Pasienttilbudet gis til pasienter som er innlagt, til dagpasienter, poliklinisk eller ambulant. SØ favner spesialistområdene kirurgi, medisin, psykiatri, prehospitale tjenester og radiologi- og laboratoriefag. Jamfør [lov om spesialisthelsetjenesten](#) (2001) skal sykehusene ivareta lovpålagte oppgaver som:

- Pasientbehandling
- Utdanning av helsepersonell
- Forskning
- Opplæring av pasient og pårørende

Den medisinske teknologiske utviklingen med stadig bedre diagnostiske verktøy, effektive medisiner og behandlingsmuligheter har bidratt til at levealderen har økt. Dødeligheten av hjerte- og karsykdom er halvert og Norge er nå blant de beste i verden i overlevelse av en rekke kreftformer. Røntgenundersøkelser som blant annet computertomografi (CT) og magnetresonanstomografi (MR) er selvsagte i det diagnostiske arbeidet (Helsedirektoratets rapport IS-1967/2012:8). Vi har også sett en rivende utvikling innen informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT). Innføring av nye, effektive behandlingsløp vil sannsynligvis fortsette. Erichsen (1996) hevder at nye operasjonsteknikker, bruk av telemedisin og liknende vil endre mye av det som kjennetegner dagens sykehus (Erichsen 1996:77). Videre kan nytt høyteknologisk røntgenutstyr forenkle diagnostikk slik at oppgavene må organiseres annerledes, skape behov for annen kompetanse og profesjon, mens andre kan bli overflødige. Avansert produksjon kan etter hvert utføres uten at mennesker er involvert, kun de som styrer datamaskinene som igjen styrer robotene (Jacobsen, 2004:54). Med disse betraktningene kan teknologi og høyteknologi virke som

en sterk, drivende faktor til endret arbeidsdeling og muligens oppgaveglidning mellom profesjoner. Med tanke på nytt sykehus og økt bruk av (høy)teknologi, er det grunn til å tro at undersøkelsens tema får økt aktualitet i organisasjonen. Oppgaveglidning i seg selv kan også ses på som en form for teknologi, et verktøy for å kunne gi god pasientbehandling.

Arbeidsprestasjonene ses ofte på som en del av teknologien, men hvordan de deles opp og fordeles til organisasjonsmedlemmene ses derimot som en del av den sosiale strukturen som kalles for arbeidsdeling. Neste delkapittel tar for seg organisasjonsstruktur.

Struktur

Struktur viser til relasjonene mellom delene i en organisert helhet. Flere organisasjonsteoretikere deler inn i *fysisk* og *sosial* struktur. Fysisk struktur viser til forholdet mellom de fysiske elementene i en organisasjon, mens sosial struktur refererer til relasjoner mellom sosiale elementer som mennesker, posisjoner og de organisatoriske enhetene (Hatch, 2011:185).

Fysisk struktur

Sykehuset Østfold er i dag lokalisert i Fredrikstad, Moss, Halden, Askim, Eidsberg og Sarpsborg. Bygningskroppen i Fredrikstad, hvor det meste av driften ligger, er nedslitt, trang og uhensiktsmessig i forhold til aktivitet. Den spredte lokaliseringen og selve bygningsmassen gir store utfordringer i forhold til å kunne drifte optimalt. Videre kan det gi utfordringer i forhold til samarbeid mellom enheter og individer og, ikke minst, det å framstå som *ett* sykehus utad. Ved ferdigstillelse av nytt Østfoldsykehus, er det planlagt drift både på Kalnes og i Moss. Moss skal oppgraderes til et funksjonelt sykehus, og det nye sykehuset på Kalnes vil bli ett av landets mest moderne og høyteknologiske sykehus. Det stilles høye forventninger til det nye sykehuset. Resten av helse-Norge følger også interessert med i utviklingen.

Sosial struktur

Sykehus som byråkrati

Sykehus kan ses ut fra mange ulike perspektiver. Perspektivet som har preget norske sykehus, er det strukturelle. Dette perspektivet har i hovedsak to utspring. Det ene er fra

Fredrick W. Taylor (1856-1917) som regnes som selve opphavsmannen til ”*vitenskapelig ledelse*”¹⁴ (scientific management). Det andre utspringet kommer fra Max Weber (1864-1920) som ofte omtales som ”*byråkratiets far*”. Felles for disse er at de betrakter organisasjoner som rasjonelle systemer som er opptatt av å nå fastlagte mål gjennom en effektiv struktur og prosedyre. Dette strukturelle perspektivet er på flere måter sammenfallende med *det rasjonell-instrumentelle*, som er ett av de to sentrale perspektivene og innfallsvinklingene i denne avhandlingen. Valgte perspektiver utdypes i kapittel 8. Weber viser til sentrale kjennetegn ved en byråkratisk organisasjon (Weber i Busch, Vanebo & Dehlin, 2010:50) :

1. Sterk spesialisering. Oppdeling av avdelinger med klar arbeidsdeling.
2. Nøyaktig beskrivelse av den enkeltes ansvarsområde.
3. Streng vertikal hierarkisk struktur med mange lag av over- og underordnede.
4. De ansatte skal alltid gå tjenestevei når det oppstår problemer.
5. Programstyring. Nøyaktig spesifisering av den enkeltes oppgaver ved hjelp av regler, skriftlige instruksjoner og prosedyrer.
6. All ledelse er basert på den formelle autoriteten som følger med stillingen.

I tillegg vektlegges faglige, formelle kvalifikasjoner som grunnlag for ansettelse (Bolman & Deal, 2009:74).

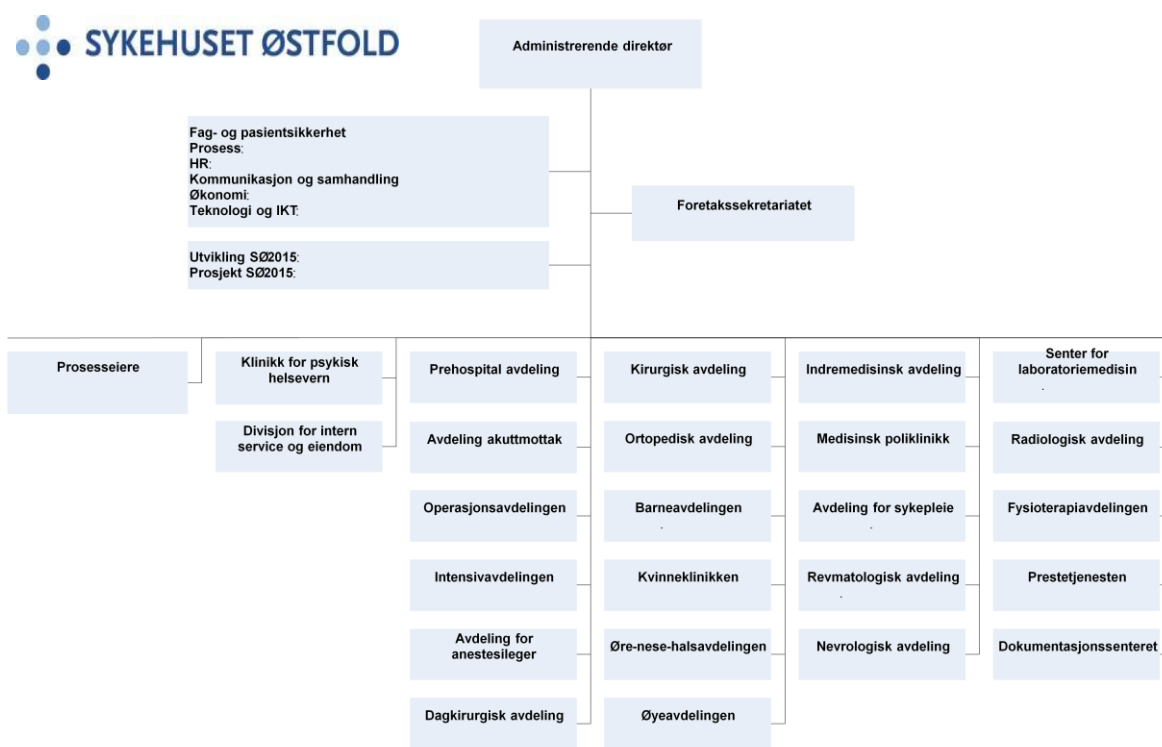
Henry Mintzberg er kjent for sin modell som deler organisasjoner inn i fem komponenter, såkalt femkomponentmodellen: *Toppledelse, mellomledelse, den operative kjerne, teknostruktur og støttestab*. Delkomponentene i Mintzberg’s modell kan igjen danne særegne konfigurasjoner. De mest sentrale konfigurasjonene innen sykehusorganisasjoner er *maskinbyråkrati*¹⁵, *fagbyråkrati* og *divisjonalisert struktur*¹⁶. *Fagbyråkratiet* er preget av fagfolkernes innflytelse og har få ledelsesnivåer som skaper en flat struktur. Videre er

¹⁴ Sentrale prinsipper for det *vitenskapelige ledelsesperspektivet* er spesialisering, kontrollspenn, myndighet og ansvarsdelegering. Taylor var kjent for å dele arbeidsoppgaver i små deler og benytte hvert sekund av arbeidstiden maksimalt med hensyn til effektivitet (Bolman & Deal, 2009:74).

¹⁵ *Maskinbyråkratiet* er basert på Webers idealtypiske byråkratimodell som innebærer at viktige strategiske beslutninger tas av topledelse og den daglige driften styres av tydelige ledere og utstrakt bruk av standardprosedyrer. Ulempen med denne formen er gjerne mangelfull motivasjon til nyskaping.

¹⁶ *Divisjonalisert struktur*, som kjennetegnes ved at arbeidet blir utført i ulike spesialavdelinger. Fordelene ved en slik struktur er stordriftsfordeler, mens en av ulempene er at det gir utfordringer med samordning mellom divisjonene som er gjensidig avhengige. (Hatch, 2011).

det karakterisert av en sterk profesjonsidentitet og i stor grad desentralisert ansvar. Reformen og endringer i fagbyråkratier er kjent for å ta lang tid, noe som har årsak i fagekspertens makt. Sykehus karakteriseres ofte for å være et profesjonelt byråkrati (fagbyråkrati), men har også elementer av maskinbyråkrati og divisjonalisert struktur og kan således forstås som en hybrid med flere strukturer. Dette er også gjenkjennelig i SØ. Som svar på den hierarkiske, dype og vertikalt spesialiserte organisasjonen med ”vanntette skott” mellom sideordnede enheter, kan vi i samtiden se en *prossessorientering* innen organisasjons- og ledelsestenkingen. Denne orienteringen viser til behovet for økt fleksibilitet (Røvik 2007:194). Idéstrømningen har nådd sykehusene, deriblant SØ. Nylig har man endret organisasjonsstruktur fra divisjonalisert struktur til prossessorientert struktur, slik som organisasjonskartet nedenfor viser. Organisasjonen har fått en flatere struktur ved at ett ledelsesnivå (klinikknivået) er fjernet. Avdelingssjefen er nå nærmeste leder til administrerende direktør. For å dra ulike horisontale prosesser gjennom organisasjonen, eksempel samhandling mot kommunene, har man opprettet prosesseiere. Organisasjonsstrukturen er, ifølge administrerende direktør, stadig i endring for å kunne tilpasses til det nye sykehuset. Organisasjonsstrukturen til SØ vises forenklet gjennom dette organisasjonskartet:



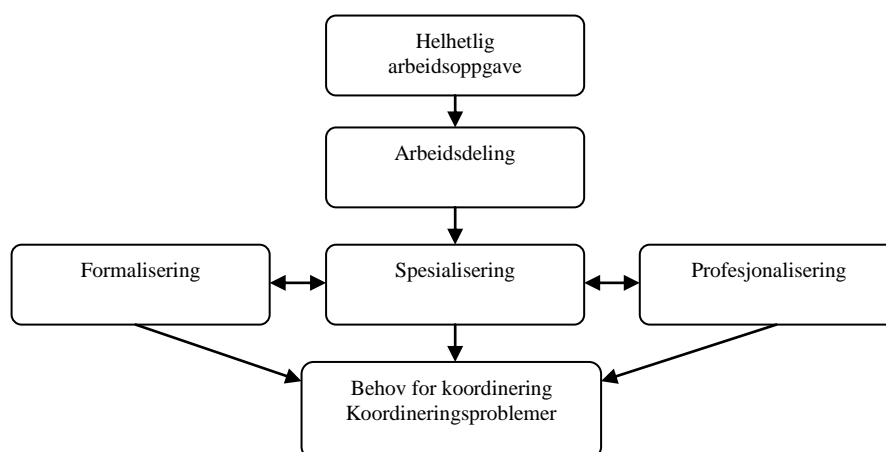
Oppdatert 08.03.2013

Figur 2.2 Organisasjonskart Sykehuset Østfold (Sykehusets intranett, 26.03.2013).

Videre er sykehuset funksjonelt strukturert og inndelt etter ulike spesialiteter i medisinen i profesjonsbaserte avdelinger som "eier" spesielle pasientgrupper og sykdomskategorier. Denne inndelingen har betydning for samarbeid, noe som vil bli drøftet senere i avhandlingen.

Arbeidsdeling

Max Weber deler inn den sosiale strukturen i et *autoritetshierarki* som beskriver den vertikale autoritetsfordelingen og en *arbeidsdeling* som omfatter ansvarsfordelingen i organisasjonen (Hatch, 2011:188). Med fokus på oppgaveglidning er det naturlig å se nærmere på arbeidsdeling. *Arbeidsdeling* sier noe om hvordan ansvaret fordeles i organisasjonen og hvem som utfører hvilke oppgaver. Den kan være formalisert eller ikke-formalisert. Arbeidsdeling finnes på ulike nivåer i hierarkiet i organisasjonen; både på avdelingsnivå, mellom eksempel hjerte- og lungeavdelingen, og mellom individer, eksempelvis mellom servicemedarbeider og helsefagarbeider. I sykehus er arbeidsdeling en forutsetning for å få den nødvendige spisskompetansen (Grund, 2006:148). Når organisasjonen øker i størrelse, vokser i kompleksitet eller må håndtere høyt nivå av usikkerhet eller gjensidig avhengighet, kan ikke hierarkiet alene integrere de ulike aktivitetene som defineres gjennom arbeidsdelingen. Det er da *samordningsmekanismene* trer inn, som blant annet: Regler, prosedyrer, tidsskjemaer og horisontal kommunikasjon. Jacobsen (2004) gir her en framstilling av sammenhengen mellom arbeidsdeling, spesialisering, profesjonalisering og koordineringsbehov:



Figur 2.3 Organiseringsprosessen (Jacobsen i Repstad, 2004:77).

Figuren til Jacobsen viser hvordan en helhetlige arbeidsoppgaver splittes og skaper et behov for spesialisering. Spesialisering legger grunnlag for videre profesjonalisering. Utfordringen ved utbredt arbeidsdeling og spesialisering er behovet det gir for koordinering. Det er også grunn til å tro at den faste arbeidsdelingen, veldefinerte roller og ansvarsområder som karakteriserer et effektivt byråkrati kan virke motstridende til oppgaveglidning som innebærer endring av etablerte grenser, justering av ansvarsområder og roller, både på individ- og enhetsnivå. Videre har spesialisering og profesjonalisering innenfor sykehusene trolig forsterket disse etablerte grensene. Det er relevant å se nærmere på spesialisering som i stor grad preger norske sykehus.

Spesialisering

Spesialisering vil si at man kan konsentrere seg om ett avgrenset område. I et effektivitetsperspektiv bidrar det til å kunne arbeide raskere og bedre enn om man har flere forskjellige oppgaver. Samtidig letter det den interne kommunikasjonen (Repstad, 2004, Nylehn, 2002). På en annen side vanskeliggjøres den eksterne kommunikasjonen med andre fagpersoner og overordnede. Spesialisten kan hovedsakelig benyttes til begrensede oppgaver. Eksempler fra eget sykehus er legespesialister innenfor hjerte og lunge og spesialsykepleiere innen geriatri, intensiv, anestesi, operasjon med flere. I helsetjenestens somatiske kjerneområde hevder Erichsen (1996) at det er grunnlag for ytterligere spesialisering, men at avspesialisering ser ut til å forekomme i helsetjenestens randsoner, som denne undersøkelsen i stor grad berører (ibid: 54). Spesialisering kan på en måte virke fremmede i forhold til oppgaveglidning ved at legen drives mot ny viten og dermed avgir spesialiserte oppgaver nedover i det medisinske hierarkiet. Hovedsakelig vil spesialisering kunne hemme oppgaveglidning. Som Repstad (2004:159) påpeker, vil spesialisering trolig skape høye barrierer mellom yrkesgrupper, og mindre faglig fleksibilitet i forhold til flyttbarhet og det å endre oppgaver. Spesialisering kan videre være et hinder til tverrfaglig samarbeid, samtidig som det kan framtvinge et behov for å kunne samarbeide mellom profesjoner (Repstad, 2004:140). Fordelen ved spesialisering og profesjonalisering er opplagt; det oppleves trygt å bli behandlet av en som er høykompetent på området.

Profesjonalisering

Etter annen verdenskrig og fram til omkring slutten av 90-tallet, så man en økende profesjonalisering og spesialisering som et resultat av blant annet ekspansjon og differensiering (Erichsen, 1996). Andrew Abbot og hans kunnskaps sosiologiske

tilnærming benyttes her til å beskrive *profesjonalisering*. Profesjonalisering kan forklares som den samfunnsmessige prosessen hvor profesjoner har blitt utviklet for å dekke samfunnets behov. Ifølge Abbot står profesjonene i et avhengighetsforhold til hverandre og samtidig i en sosial kontekst av konkurranse. Abbot er særlig opptatt av hvordan profesjonene oppstår, deles opp, slår seg sammen, tilpasser seg og dør hen eller avvikles (Abbot i Nylehn & Støkken, 2002). Med andre ord, en *profesjonalisering* og *de-* eller *avprofesjonalisering*. På en slik måte kan profesjoner forstås som sosiale konstruksjoner som dannes av samfunnsmessige endringer (Nylehn & Støkken 2002:24). Abbot's forståelse av profesjonalisering representerer på en slik måte et *institusjonelt perspektiv*, som beskrives i kapittel 8.

Selve profesjonsbegrepet er et omstridt og flertydig begrep som har utviklet seg med tiden. Den norske sosiologen Ulf Torgersen (1972) forklarer profesjonsbegrepet slik:

"Vi har en profesjon når 1) en bestemt langvarig utdanning erverves av 2) personer som stort sett er orientert mot oppnåelse av bestemte 3) yrker som ifølge sosiale normer ikke kan fylles av andre personer enn de med denne utdannelsen" (Torgersen i Repstad, 2004: 153).

Med langvarig utdanning siktes det her til høyere utdanning, først og fremst på universitetsnivå. Definisjonen kan i seg selv oppfattes ekskluderende siden det innenfor sykehus vil være begrenset til å gjelde leger og psykologer. Yrker med kortere utdanning, mindre grad av autonomi og yrkesmonopol har fått betegnelsen *semiprofesjon* av Etzioni. Sykepleiere, lærere og vernepleiere kommer naturlig inn under denne kategorien (Etzioni i Nylehn & Støkken, 2002: 41). Hjelpepleiere har tradisjonelt ikke falt inn under betegnelsen semiprofesjon, noe det hersker uenighet om. Dette vil for øvrig ikke bli diskutert i denne undersøkelsen.

Profesjonsforskningens historie kan grovt sett inndeles i tre faser. Den første fasen fram til 1960-årene, ofte kalt den funksjonalistiske eller den *klassiske fasen*. Profesjonene ses på som rasjonelle, kompetente og høyverdige til å ivareta en rekke funksjoner i samfunnet og dermed nødvendige for samfunnets utvikling. Den andre fasen, ofte omtalt som den neo-weberianske retningen eller *maktperspektivet*, strekker seg fra 1970 til 1990. Fokuset er nå

rettet mot hvordan profesjonene greier å skjerme seg fra markedskreftene og monopolisere bestemte arbeidsoppgaver og maktutøvelse. Den tredje fasen, den *kunnskaps sosiologiske retningen*, som har dominert de siste 10-15 årene, har tatt elementer fra de forskjellige forskningstradisjonene og forent dette i en mer helhetlig forståelse av profesjoner (Molander & Terum, 2008:31). Spenningsfylte relasjoner mellom helhetsorienterte sykepleiere og medisinsk orienterte leger kan forklares med ulike verdigrunnlag, ikke bare en kamp om makt og penger (Erichsen 1996:27). Abbot's teorier om profesjonsdannelse vektlegger at arbeidsdeling mellom yrkesgruppene antas å følge profesjonelle grenser og *jurisdiksjon*. Profesjonenes avhengighet av hverandre kommer til uttrykk gjennom forhandlinger av såkalte *jurisdiksjoner*, som betyr en form for kontroll over en viss type kunnskap, ferdigheter og arbeidsoppgaver. Grensene er etablert gjennom historie og lovgivning. Opprettholdelse av full jurisdiksjon og underordninger vil oftest henge sammen med en slags "enighet" og aksept av de to representative profesjonene og yrkesgruppene (Abbot i Nylehn & Støkken, 2002). Det finnes ulike former for jurisdiksjon, hvor *full jurisdiksjon* og *underordning* er aktuelle for profesjonene og yrkesgruppene i denne undersøkelsen. I debatten om oppgaveglidning stilles det nå spørsmål om vi går i retning av svekket jurisdiksjon innen medisin (McKinlay, 2002 i Virke, 2012). Jurisdiksjon kan ses i sammenheng med tradisjonelle roller.

Tradisjonelle roller

Endring i arbeidsdeling og eventuell innføring av nye yrkesgrupper innebærer en utfordring av tradisjonelle roller. "*En rolle er et sett av normer og forventninger om hva man skal gjøre og hvordan man skal oppføre seg når man er i en bestemt sosial posisjon*" (Repstad, 2004:49). Det er naturlig å se nærmere på de tradisjonelle *rollene* som denne undersøkelsen retter fokus mot. Rollene til de ulike profesjonene og yrkesgruppene vil være kontekstavhengige. Helsesekretæren vil for eksempel ha ulik rolle internt fra sengepost til poliklinikk, samt fra sykehus til legekantor.

Legerollen: Legene har tradisjonelt vært eksempel på en profesjon med *full jurisdiksjon* innenfor det medisinske området (Orvik, 2004). Legens sterke posisjon i norske sykehus har lang historikk. Legens hovedoppgaver er å stille diagnoser og gi behandling. Sosiologen Talcott Parson framstiller et instrumentelt inntrykk av legerollen som innebærer likebehandling, affektnøytralitet og kollektiv orientering (Repstad, 2004: 165). Godkjent lisens er nødvendig for å kunne utøve legeyrket.

Sykepleierrollen: Sykepleiere har en klart *underordnet funksjon* som "hjelpere" til den medisinske arbeidsdelingen (Erichsen, 1996). Samtidig har de hatt en *overordnet funksjon* innen pleie- og omsorgsoppgaver til pasienten. Gjennom utdanning kommer idealet om helhetlig, individualisert pasientomsorg tydelig frem. Sykepleierrollen har tradisjonelt sett vært mer ekspressiv, affektiv og diffus enn legerollen. Sykepleieren må være autorisert for å praktisere yrket.

Helsefagarbeiderrollen: Helsefagarbeideren er en betegnelse på tidligere omsorgsarbeidere, barnepleiere og hjelpepleiere. Etter bestått eksamen, får helsefagarbeideren en autorisasjon. I forhold til sykepleiere har helsefagarbeidere en *underordnet jurisdiksjon* innen det sykepleiefaglige området hvor pleie- og omsorgsoppgaver står sentralt. Denne underordningen, det at fagfeltet grenser til hverandre, samt at begge yrkene er kvinnedominerte har vært kjernen til en lang profesjonskamp mellom de to yrkene (Låuvås & Låuvås, 2008).

Helsesekretærrollen: En helsesekretær innehar en autorisasjon etter bestått eksamen. Det finnes i dag mange sekretærer som jobber i helsesekretærstillinger, og det viser at helsesekretæren ikke har monopol på yrket. De senere årene har det også dukket opp flere kortvarige sekretærutdanninger. Helsesekretæren vil ha en *underordnet jurisdiksjon* i forhold til sykepleier og helsefagarbeider. Arbeidsoppgavene for helsesekretæren er mangfoldige og kontekstavhengige. Oppgavene kan deles inn i tre hovedområder: Pasientmottak og veiledning, tekniske oppgaver og kontorarbeid.

Servicemedarbeiderens rolle: Pr i dag er det ingen formalisert utdanning for servicemedarbeideren, og det er naturlig med en *underordnet jurisdiksjon* i forhold til alle ovennevnte yrkesgrupper. Arbeidsoppgavene til servicemedarbeideren vil tilpasses det nye sykehuset, med blant annet desentralisert sengereings- og kjøkkenløsning. Det innebærer blant annet vedlikehold av lokale lagre, som å bestille og fylle på mat, tøy og forbruksvarer, bistå i forbindelse med måltider og re opp senger.

Hvilke utfordringer kan byråkratiet gi i forhold til oppgaveglidning?

Sentrale kjennetegn ved byråkratiet som stor grad av spesialisering og profesjonalisering, veldefinerte roller og fokus på formelle kvalifikasjoner, vil muligens stå i et

motsetningsforhold til oppgaveglidning som innebærer en bevegelse i etablerte strukturer, blant annet maktstrukturer og hierarkier. Byråkratiet kan fungere effektivt i stabile og forutsigbare omgivelser, mens det kan virke hemmende i forhold til fleksibilitet og innovasjon ved skiftende omgivelser (Hatch, 2011:192-196). Oppgaveglidning er en strukturell endring som innebærer en fleksibel benyttelse av kompetansen. Det er rimelig å anta at oppgaveglidning i en sterkt byråkratisk organisasjon kan by på enkelte utfordringer.

Kultur, atferd og prosesser

Kulturbegrepet regnes som en av de vanskeligste begrepene å definere. Felles for de ulike definisjonene er at det er en gruppe som er sammen om meninger, grunnantagelser, oppfattelse, normer, verdier og kunnskaper. Edgar Schein definerer kultur som ”*et mønster av grunnleggende antakelser som en gruppe har kommet frem til, oppdaget eller utviklet etter hvert som den har lært seg å mestre sine problemer med ytre tilpasning og indre integrasjon, og som har fungert lenge nok til å bli betraktet som holdbare, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte, tenke og føle på i forhold til disse problemene*” (Schein, 1985 i Hatch, 2011:231).

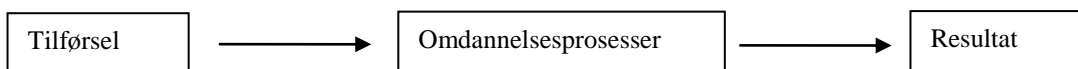
Sykehuset Østfold har utarbeidet et verdisett og leveregler for atferd som er ønsket i hverdagen. De tre overordnede verdiene er: Kvalitet, trygghet og respekt. De fem levereglene lyder slik:

1. Vi omgås pasienter og hverandre med høflighet og respekt
2. Vi deltar i prosesser og er lojale til beslutninger
3. Vi skaper resultater gjennom samhandling
4. Vi ser muligheter, ikke begrensninger
5. Vi representerer arbeidsplassen vår på en god måte

Fra å definere kultur som en enhet, er det like essensielt å fokusere på ulikhet innad i kulturer, det vi kaller ulike subkulturer. Subkultur kan forklares som ”*en undergruppe i organisasjonens medlemmer som samhandler regelmessig med hverandre, som oppfatter seg selv som en egen gruppe innenfor organisasjonen, som deler et sett av problemer som defineres som felles for alle, og som rutinemessig handler på grunnlag av kollektive forståelser gruppen er alene om* (van Maanen & Barley i Hatch, 2011:251).

Sykehuskulturen består av mange ulike subkulturer. Framvekst av subkulturer kan forklares i blant annet oppgaveavhengighet, ansvarsrelasjoner og fysisk nærhet som fører medlemmer i kontakt med hverandre. De ulike profesjonskulturene innen de ulike enhetene kan ses på som subkulturer, som i sterk grad vil prege kulturen i organisasjonen som helhet. Kulturen er, ifølge Lundquist (1988), den variabelen i en organisasjon som er vanskeligst å påvirke utenfra. Spesielt vil det være vanskelig i kunnskapsbedrifter som sykehus, som domineres av sterke profesjoner med et høyt kunnskapsnivå med tydelige maktstrukturer. I en endringsprosess som oppgaveglidning vil trolig organisasjonskulturen som råder og profesjonskulturen ha en vesentlig betydning. Er kulturen åpen får nye ideer og endring? Er kulturen preget av samarbeidsånd internt i enheten, på tvers av enhetene og fagområdene? Eller er kulturen dominert av skjerming av eget revir? Det kan være relevant å stille slike spørsmål i forkant av eventuell implementering av oppgaveglidning.

Omgivelser, tilførsel og resultat



Figur 2.4 (Hatch, 2011)

Sykehusets *omgivelser* består av ulike aktører. Sentrale aktører vil være helsemyndigheter, helseforetak (eiere), pasienter og pårørende, andre helseforetak, andre sykehus og kommunehelsetjenesten. Andre viktige aktører vil være fastleger, privatpraktiserende leger, interesseorganisasjoner, fagforeninger, utdanningsinstitusjoner, leverandører og media.

En av sykehusets viktigste *tilførsler* er *pasientene* som sokner til fylket. Videre er sykehuset avhengig av tilførsler i form av *økonomiske bevilgninger* fra staten som delvis kommer gjennom rammefinansiering og aktivitetsstyrt finansiering. For å kunne drive pasientbehandling er sykehuset avhengig av *utstyr*. Sist, men ikke minst, er organisasjonen avhengig av *arbeidskraften* og den kompetansen de besitter. *Resultatet*, kvaliteten på pasientbehandlingen, vil være påvirket av hvordan organisasjonen forvalter *tilførselen* under omdannelsesprosessen. Oppgaveglidning kan ses på som en del av omdannelsesprosessen i en organisasjon, eller mobilisering av kompetanse (Meisingset, 2011).

Kapittel 3

Metode

Innledning

Dette metodekapittelet innledes med å forklare hvilken tilnærming som er benyttet, etterfulgt av en kort analyse av problemstillingen og valg av forskningsdesign. Deretter gjøres det rede for valg av metode og begrunnelse for valget. Videre gis det en beskrivelse av etiske overveielser og forskningsprosessen med de ulike fasene. Kapittelet avsluttes med metodiske betraktninger.

Induktiv og deduktiv tilnærming

Induktiv og *deduktiv* tilnærming skiller seg fra hverandre med hensyn til hvor åpne eller lukkede de er for ny informasjon (Jacobsen, 2005). Den deduktive strategien, "fra teori til empiri", går ut på at det er skapt noen forventninger om hvordan virkeligheten ser ut, og går i neste steg ut for å teste i empirien. Som motsatt strategi finner man den induktive, hvor forskeren går fra "empiri til teori". Idealet er her at forskeren går ut med et helt åpent sinn, samler inn relevante data, systematiserer disse og til slutt danner teori. Idealet er inspirert av Glaser og Strauss (1967) som er kjent for "the grounded theory" (Glaser & Strauss 1967 i Jacobsen 2005). Fenomenet som forskes på i denne undersøkelsen er relativt ukjent og det er lite forskning å støtte seg til. Intensjonen er å være mest mulig åpen for å kunne få tak på ulike forståelser, ideer og meninger i forhold til fenomenet. Ut fra dette motivet vil en *induktiv tilnærming* være hensiktsmessig for å få mest mulig nyanserte svar på problemstillingen, og som også tilstrebes gjennom undersøkelsen. Det kan stilles spørsmål ved hvorvidt det er mulig å gå fullstendig induktivt inn i undersøkelsen. Verden møtes aldri forutsetningsløst. Man vil alltid ha en *forforståelse* med bakgrunn i blant annet tidligere erfaringer og kunnskap. Dette beskrives innledningsvis i kapittel 1- mitt ståsted og min forforståelse. Forskning og teori som har blitt lest før undersøkelsen, vil nødvendigvis påvirke forskeren til muligens å finne det han eller hun "leter" etter. Med en slik innsikt kan en undersøkelse umulig være fullstendig induktiv. Det er rimelig å anta at forskerens sykepleier- og lederutdanning kan ha påvirket materialet. En

reflektert og bevisst holdning til sin egen innflytelse på materialet vil være sentralt gjennom hele forskningsprosessen.

Analyse av problemstilling og valg av forskningsdesign

I tillegg til å det å beskrive "oppgaveglidning", er det dessuten et ønske om å forklare fenomenet, hva som fremmer og hemmer, og hvilken risiko det kan gi. Med andre ord kan problemstillingen forstås både *beskrivende* og *forklarende*. At en problemstilling er beskrivende, vil si at man ønsker å få et bilde av hvordan situasjonen er på et gitt tidspunkt, eller hvordan utviklingen har vært. Når en problemstilling er *forklarende*, er man ute etter årsaker til hvorfor noe skjedde, det vil si kausalitet (Jacobsen, 2005:68-84). Et vanlig krav til kausalitet er at årsak og virkning må variere sammen. Samtidig må årsaken komme før virkningen i tid, samt at vi har kontroll over andre relevante data (Jacobsen, 2005:85).

Det er valgt en *intensiv case-studie*. Det *intensive* designet karakteriseres ved at man går i dybden på noen få enheter hvor det ofte framkommer relevante og riktige data (høy relevans), men medfører vansker å kunne generalisere. Det å få fram et nyansert og helhetlig bilde gjennom den enkelte respondents¹⁷ forståelse og fortolkning av fenomenet "oppgaveglidning" er viktig. Undersøkelsen gjennomføres som en *case-studie*, hvor studieobjektet er avgrenset i tid og rom, i dette tilfellet organisasjonen Sykehuset Østfold på et spesielt tidspunkt. Case-studier vektlegger kontekst og interaksjonen mellom mennesker og kontekst, noe som sees som relevant for problemstillingen. Case-studier egner seg godt til teoriutvikling, eller hypotesedannelse som senere kan testes gjennom andre case-studier (Jacobsen, 2005:87-124).

Valg av metodisk tilnærming

Metodevalget er generelt sett avhengig av hva man skal undersøke. Målet er få besvart problemstillingen best mulig. I denne undersøkelsen er det betydningsfullt å få nyanserte beskrivelser av hvordan profesjonene som jobber i kjernevirksomheten og yter helsehjelp, forstår fenomenet "oppgaveglidning", deres holdninger og oppfatninger. Det er behov for

¹⁷ I litteraturen gjøres en distinksjon mellom informanter og respondenter, hvor informanter gir data om andre, og respondenter gir data om seg selv (Grønmo 1996:76). I oppgaven har jeg valgt å bruke begrepet respondent, til tross for at respondentene også tildels gir data om andre.

dybde, åpenhet, høy begrepsgyldighet, og fleksibilitet, som er noen av styrkene ved kvalitativ metode. Av ovennevnte årsaker er det naturlig å velge en kvalitativ tilnærming til forskningsspørsmålet.

De finnes ulike kvalitative metoder. Her benyttes det metodetriangulering innen kvalitativ metode, som innebærer bruk av ulike metoder innen samme tradisjon (Kruuse, 2007:47) . Trianguleringen vil være mellom fokusgruppeintervju¹⁸ og individuelle dybdeintervjuer. Kombinasjon av ulike kvalitative datainnsamlingsmetoder kan gjøre undersøkelsen mer helhetlig ved at den kan gi flere vinklinger på ett og samme fenomen og utfylle styrker og svakheter ved hver av metodene (Jacobsen, 2005:168). Fokusgruppeintervjuet vil gjennomføres som en pilotstudie. Pilotstudie med fokusgrupper velges på bakgrunn av flere årsaker. For det første er det usikkert i hvilken grad respondentene er kjent med tema for undersøkelsen på bakgrunn av uformelle samtaler med flere sykepleiere, kompetansesjef i SØ, prosjektleder for "servicemedarbeider", flere ledere og tillitsvalgte i oppstarten av prosjektet. Med et fokusgruppeintervju kan man starte en bevisstgjøring og fruktbar diskusjon i kraft av gruppedynamikken. Det er ønskelig å få innblikk i hvordan respondentene og gruppen forstår tematikken på ulike måter og muligens vise forskeren nye aspekter. Det kan også bidra til å rekruttere respondenter til individuelle dybdeintervjuer. Hovedformålet med fokusgruppe som pilot, er å kunne stille relevante spørsmål til neste steg i forskningen, det vil si de individuelle dybdeintervjuene. Det framhever også Wibeck (2000) som fordeler ved denne metoden.

Fokusgruppeintervjuer

Ved gruppeintervjuer er den mellommenneskelige dynamikken essensiell. Foruten forskningsresultatet i seg selv, kan selve undersøkelsen få betydning for gruppe medlemmene ved at de kan bli bevisste på problemområder som berører dem indirekte og direkte. Blant annet kan deltagerne sammen resonnerer seg fram til meninger og idéer som under diskusjonen kan utprøves og omformuleres og igjen danne nye idéer (Wibeck, 2000). På bakgrunn av at oppgaveglidning er et relativt nytt begrep, tenkes denne

¹⁸ Fokusgrupper betegner en type gruppeintervjuer. Fokusgrupper kan defineres som: " ...en forskningsteknikk der data samles inn gjennom gruppeinteraksjonen rundt et emne som er bestemt av forskeren" (Morgan, 1996:130 i Wibeck, 2000). Foruten forskningsresultatet kan dette ha betydning for gruppen i form av økt bevissthet rundt temaet (Wibeck, 2000).

formen for intervju å være formålstjenlig. Morgan (1993) påpeker at fordelene ved fokusgrupper er at deltagerne må få fram *hvorfor* de har de synspunkter som blir ytret (Morgan, 1993 i Jacobsen, 2005: 155). Når det gjelder forskning om ømfintlige områder, som oppgaveglidning kan være, kan det ofte være fornuftig med fokusgrupper. Likeledes kan det være hensiktsmessig med gruppeintervju når man ønsker å få fram enighet eller uenighet. Fokusgruppeintervju ble valgt på bakgrunn av ovennevnte årsaker.

Individuelle dybdeintervjuer

De kvalitative dybdeintervjuene vil være sentrale i denne undersøkelsen. Begrunnelsen for valget er interessen for den enkelte respondents fortolkning og mening om fenomenet. I motsetning til gruppeintervjuer, er det lettere å få kontakt og ha en åpen dialog på tomannshånd. For å skape mest mulig trygghet og åpenhet, ble intervjuene gjennomført på kontor i nærheten av respondentens arbeidsplass, samtidig mest mulig skjermet for forstyrrelser. Det ble valgt intervjuformen ansikt-til-ansikt, med hensikt å opprette en personlig kontakt med respondentene. Den personlige kontakten og innbydelse til fortrolighet vektlegger Jacobsen (2005) også som fordelaktig ved det individuelle intervjuet, til tross for at det er tidkrevende.

Etiske overveielser

Undersøkelsen er gjennomført etter gjeldende lover og regler for etiske krav for forskning. Før oppstart av forskningsprosjektet ble forskningssjefen i Sykehuset Østfold kontaktet for å få informasjon om prosedyrer og retningslinjer for forskning i organisasjonen. Forskeren gjorde seg kjent med hvilke avtaler som måtte inngås og instanser som det skulle søkes tillatelse og godkjenning hos før intervjuene kunne starte. Siden masteroppgaven innbefattet indirekte personopplysninger, ble oppgaven meldepliktig til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Ifølge Jacobsen (2005) er en grunnleggende respekt for menneskeverdet en forutsetning for all forskning. I de fleste tilfeller fremmer forskning menneskeverdet, men kan i enkelte tilfeller gjøre det motsatte. Det er essensielt at forskeren både før, under og etter undersøkelsen gjør etiske overveielser. Forskeren skal vise respekt for menneskeverdet gjennom hele forskningsprosessen. Allerede fra valg av tema og fenomen, til forskningsresultat og hver gang resultatet legges fram må dette ivaretas. De krav som

stilles til forskningsprosesser i Norge kan samles i tre grunnleggende krav som er utgangspunkt for forskningsetikken¹⁹(Jacobsen, 2005:45):

1. Informert samtykke
2. Krav på privatliv
3. Krav på å bli korrekt gjengitt

I forhold til punkt 1, fikk samtlige av respondentene et informasjonsskriv hvor formål, bakgrunn, anonymitet og konfidensialitet ble beskrevet. Respondentene fikk informasjon om at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen. Respondentene ga sitt samtykke ved å undertegne informasjonsskrivet i forbindelse med intervjuene. Der uttalelsene til respondentene kunne spores tilbake til respondentens identitet og dermed true anonymiteten, ble de anonymisert ved eksempel betegnelser som spesialist X og undersøkelse X.

Med hensyn til punkt 3, har det i størst mulig grad blitt ivaretatt korrekt gjengivelse ved transkribering. Allikevel har det blitt gjort små justeringer fra muntlig form til mer korrekt skriftlig form. Man ønsket å unngå en uetisk framstilling av respondentene og gjøre sitatene mer lettleste. Redigeringen er forsøkt gjort så skånsomt som mulig, uten at innhold eller mening endres. Den ene respondenten ønsket å kvalitetssikre sitatene, og dette har blitt ivaretatt.

Selve forskningsprosessen

Valg av forskningsfelt, enheter og respondenter

Av hensyn til størst mulig nøytralitet ville det være ønskelig å forske utenfor egen organisasjon (Jacobsen, 2005). Hovedsakelig på grunn av begrenset tidsramme, ble konteksten for forskningen i eget sykehus, Sykehuset Østfold (SØ), men utenfor egen enhet. Egne ansatte eller overordnet leder, som sto i en makterelasjon til forskeren, ble bevisst unngått som respondenter. Bakgrunnen var den innflytelsen det kunne ha på svarene. Fordelen med å forske i eget felt er engasjementet og et ønske om å bidra til

¹⁹ Se "Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi" <www.etikkom.no>.

utvikling. Det kan også bidra til økt utholdenhet underveis i prosessen (Repstad i Nylehn & Støkken, 2002). Ofte kan det være lettere å komme med realistiske endringsforslag i egen organisasjon enn en ukjent. Lokalkunnskapen gjør at man enklere kan tyde språket og de lokale kodene. Spesielt kan det være en fordel ved datainnsamlingen, eksempel ved at spørsmålene blir mer treffsikre og at respondentene i større grad vil svare sannferdig. Ulempen ved å forske i eget felt er blant annet at engasjementet kan farge forskeren; både i forhold til hva som blir oppfattet og hvilke konklusjoner som blir trukket. En annen svakhet kan være at man ikke evner å ha overblikk og ”fugleperspektiv”, og at man heller adopterer organisasjonens virkelighetsbilde. Det å være bevisst i forhold til hvilke ulemper forskning i egen organisasjon kan gi, kan være med på å redusere virkningen (ibid.).

Neste steg i forskningsprosessen var valg av enheter og respondenter til *fokusgruppeintervju*. Utvalget ble gjort med mål om mest mulig bredde og variasjon i informasjon om fenomenet. Man ønsket å finne en undersøkelsesenheter hvor servicemedarbeideren nylig har blitt implementert i SØ. Valget falt på en medisinsk sengepost, bestående av en gruppe ansatte fra sykepleietjenesten i henhold til undersøkelsens fokus. En viss homogenitet og maktbalanse i gruppen kan ha betydning for at respondentene skal oppleve trygghet og dermed lettere kunne fortelle åpent om meninger, ideer og erfaringer i forhold til fenomenet (Wibeck, 2000). Det ble derfor vurdert å utelate leder og leger i fokusgruppen. I tabell 3.1 ser man en oversikt over respondentene i fokusgruppen.

Tabell 3.1 Oversikt over respondenter fra en medisinsk sengepost til fokusgruppeintervju.

Enhet		Benevnelse sitering
1	Helsesekretær	Helsesekretær, fokusgruppe
1	Hjelpepleier A	Hjelpepleier A, fokusgruppe
1	Hjelpepleier B	Hjelpepleier B, fokusgruppe
1	Sykepleier A	Sykepleier A, fokusgruppe
1	Sykepleier B	Sykepleier B, fokusgruppe

Til de *individuelle intervjuene* ble det valgt respondenter fra fire enheter ved sykehuset; en medisinsk sengepost, en medisinsk poliklinikk, en kirurgisk poliklinikk samt avdelingsledelse. Bakgrunnen for valget var forforståelsen om at fenomenet ”oppgaveglidning” ville kunne identifiseres med store variasjoner i ulike kontekster, også internt i sykehuset. Man var på forhånd kjent med at enkelte sykepleiere innenfor

poliklinikk hadde utvidede oppgaver og større ansvar enn på sengepost. Respondentene tilhørte profesjonene og yrkesgruppene lege, (spesial)sykepleier, helsefagarbeider og helsesekretær. Hensikten med å inkludere respondenter fra avdelingsledelsen var å få inn lederperspektivet i undersøkelsen.

Tabell 3.2 Oversikt over enheter og respondenter til dybdeintervju

	Enheter	Lege	Sykepleier/ Spesialsykepleier	Helsefagarbeider/ Hjelpepleier	Helsesekretær	Avdelingssjef
1	Sengepost Medisin			Respondent 4		
2	Poliklinikk Medisin		Respondent 3		Respondent 2	
3	Poliklinikk Kirurgi	Respondent 7	Respondent 5			
4	Avdelingsledelse					Respondent 6 Respondent 8

*Fokusgruppen regnes som respondent 1.

Forberedelse til intervjuene

I løpet av våren 2012 ble det gjennomført en rekke uformelle samtaler med ansatte i SØ. Det var blant annet sykepleiere fra ulike avdelinger, prosjektleder ”servicemedarbeider”, kompetansesjef, forskningssjef og direktør for fag- og pasientsikkerhet. Man ønsket å få økt innsikt i hvor kjent temaet var, både for dem som jobbet pasientnært og i stabsfunksjoner, samt å få idéer til ulike innfallsvinklinger og andre aspekter til fenomenet enn det som var kjent for forskeren.

Neste steg i forskningsarbeidet var å få tilgang til forskningsfeltet samt utarbeidelse av refleksjonstema til fokusgruppeintervju. Det ble innhentet tillatelse pr e-post fra klinikkdirektør, avdelingssjefer og seksjonsledere til å forske i deres klinikker, avdelinger og enheter, samt at man fikk undertegnet en formell avtale i forbindelse med prosjektarbeid som inngår i høyere utdanning. Masteroppgaven innbefattet indirekte personopplysninger og ble derfor meldepliktig til Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD). Søknaden om oppstart av prosjektet ble godkjent av NSD 03.10.12.

Den første utfordringen viste seg å bli det å få tilstrekkelig antall deltagere til *fokusgruppeintervju* på en sengepost hvor man jobber turnus. For å få innpass ved valgte sengepostenhet for fokusgruppeintervju, ble aktuell seksjonsleder kontaktet. Som forsker inviterte jeg meg inn på et personalmøte hvor jeg ga en kort presentasjon av prosjektet.

Samtlige fikk skjema ”forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgave” (vedlegg 1) i tillegg til lederartikkelen ”5 forutsetninger for oppgaveglidning” (Helle, 2012). Informasjonen på møtet ble etterfulgt av to oppmøter i avdelingen samt e-post- og sms-henvendelse til deltagere som kunne virke interessert i å delta. Neste utfordring var det å få samlet de frivillige til en intervjudag som koordinerte med turnus. Jeg fant raskt ut at det var nødvendig å sette en dato hvor flest mulig av de frivillige var på jobb.

Gjennomføring av fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervjuet ble gjennomført som avtalt 18.10.12. I følge Wibeck (2000) er det ideelle antallet 5-8 deltagere i en fokusgruppe. Grunnet frafall underveis endte gruppen opp med fem intervjudeltagere, hvorav to sykepleiere, to hjelpepleiere og en helsesekretær. Disse fem var jobbkollegaer og kjente hverandre derfor fra før av. Møterommet som ble benyttet var i nær fysisk avstand fra sengeposten deres, og var et kjent lokale for deltagerne. Deltagerne ble plassert nær hverandre og samtlige hadde øyekontakt. Dette for å tilrettelegge for best mulig kommunikasjon i gruppa. Intervjuet ble innledet med en kort presentasjon av meg, som forsker, og gruppedeltagerne. Videre ble undersøkelsens bakgrunn, hensikt og tidligere forskning omkring fenomenet raskt gjennomgått. Noen hadde glemt å lese lederartikkelen som var utdelt i forkant, og det ble derfor gitt noen få minutter til oppfriskning. Deretter ga jeg noen praktiske opplysninger rundt intervjusituasjonen, som, blant annet tidsramme, bruk av båndopptaker, at de måtte presentere seg med navn før en ytring og avklaring av min rolle som mest mulig tilskuer. Jeg introduserte de ulike refleksjonstemaene (vedlegg 2), tema for tema, og overlot deretter gruppen til å diskutere seg imellom før et nytt tema ble introdusert. Fokusgruppeintervjuet varte omtrent 1,5 time.

Gruppedynamikken ble muligens påvirket av ulike forhold, som blant annet av yrkesrolle, status, alder og erfaring. Disse faktorene kan ha påvirket hvordan respondentene inntok grader av aktiv og passiv rolle. Fire var relativt aktive, mens en var mindre aktiv. Det kan ha sammenheng med at respondenten var en del år yngre enn de andre og hadde mindre jobberfaring. En annen viktig faktor, som hun selv satte ord på, var at hun så på seg selv og sin rolle som noe mer underordnet enn de to andre yrkesgruppene. Respondenten var helsesekretær ved enheten. Min rolle som intervjuer var for det meste passiv. Ved et par anledninger var det allikevel nødvendig å bryte inn, blant annet for å få alle i tale. Kjemien

i gruppen var preget av gjensidig tillit og respekt, uten særlige skjevheter i maktbalanse. Ytringene var av liten kontroversiell karakter, men det fremkom allikevel varierte oppfatninger om fenomenet. De fleste ytringer ble bekreftet og eksemplifisert av andre. Tilbakemelding fra gruppedeltagerne i etterkant av intervjuet var at fenomenet i liten grad var bevisst for deltagerne i forkant av denne undersøkelsen og at noen av spørsmålene var vanskelige å besvare. Resultatet fra fokusgruppeintervjuet kan ha blitt påvirket av blant annet nedsatt fokus og støy. Noen av respondentene kom direkte fra en hektisk dagvakt og uttrykte selv at det var vanskelig å skifte fokus og roe seg ned. Støy i form av boring og ombygging i nærheten, var til tider forstyrrende for intervjuer og intervjuobjektene. Dette må tas i betraktning i forhold til resultatene fra fokusgruppeintervjuet.

Bearbeiding av data etter fokusgruppeintervjuet

På grunn av begrenset tid og at fokusgruppeintervjuet ble gjennomført som et pilotprosjekt til dybdeintervjuene, valgte jeg ikke å transkribere hele intervjuet. Båndopptaket ble avlest flere ganger for å danne en helhetlig oversikt. Deretter ble det skrevet en mer omfattende oppsummering ut fra hvert av refleksjonstemaene. Interessante sitater ble transkribert. Svakheten ved denne formen er at forskeren lettere kan vektlegge og nedtegne data og empiri som sammenfaller med forskerens antagelser og at andre interessante og avvikende deler kan bli utelatt. Denne svakheten i reliabiliteten er vesentlig å ta i betraktning når i analysearbeidet og funn skal presenteres. Denne svakheten har bidratt til at kun deler av intervjuet har blitt vektlagt, det vil si data i forbindelse med innføringen av servicemedarbeider. De andre dataene ble i hovedsak benyttet til å gi ideer til intervjuguiden til de individuelle intervjuene og som supplement til disse funnene.

Forberedelse og gjennomføring av de individuelle dybdeintervjuene

Innsamlede data fra fokusgruppen ble viktig for korrigering av den strukturerte intervjuguiden (vedlegg 3) til de individuelle intervjuene og spissing av spørsmålene. Før oppstart av de individuelle intervjuene, ble det også gjennomført et prøveintervju med en kollega hvor jeg fikk testet ut intervjuguiden og gjort nødvendige justeringer i etterkant.

Utvalget av de sju respondentene ble gjort på ulike måter. Det ble gjort en form for seleksjon av personer man mente kunne være representative respondenter. En ble rekruttert fra fokusgruppeintervjuet. To av respondentene ble forespurt med bakgrunn i arbeid innenfor poliklinikk og legedelegerte oppgaver. Flere avdelingssjefer ble forespurt pr mail,

hvorav to av disse ønsket å delta. De siste to respondentene fikk jeg tilgang til gjennom annen seksjonsleder. Det var sentralt å få respondenter innen hver av profesjonene og yrkesgruppene som var fokus for undersøkelsen og som kunne gi variasjon i erfaringer og oppfatninger. Ved mailforespørsel fikk de informasjonsskrivet ”forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgave” i tillegg til lederartikkelen ”5 forutsetninger for oppgaveglidning” (Helle, 2012). Antall dybdeintervjuer ble totalt sju, hvor jeg opplevde å ha hadde nådd et ”metningspunkt” i forhold til nye data.

Dybdeintervjuene hadde en varighet på 1-1,5 time. Respondentene fikk en kort, muntlig introduksjon til undersøkelsen, hvor formål, bakgrunn og praktisk gjennomføring ble beskrevet. For best mulig gjengivelse ble det benyttet båndopptaker samt tatt notater underveis. Enkelte ganger ble det stilt spørsmål utenom intervjuguiden for å få utdypet interessante svar. Denne fleksibiliteten sies å være en av styrkene til den kvalitative metoden. Under intervjuene ble det også stilt spørsmål for å få bekreftet eller avkreftet forståelsen av respondentenes svar. Slike bekreftelser kan øke reliabiliteten til undersøkelsen.

Databearbeiding og analyse

Alle de individuelle intervjuene har blitt transkribert ordrett. Deretter har dataene blitt kategorisert ut fra svarene, og ikke etter kategoriene i intervjuguiden. Kvale og Brinkmann (2009) kaller denne formen for databearbeiding for *meningsfortetting*, det vil si en forkortelse av respondentenes utsagn til kortere formuleringer. Analysen av et intervju kan deles inn i flere trinn. Først har man lest hele intervjuet for å få helhetsinntrykk. Deretter fastsettes de naturlige ”meningsenheterne” slik de uttrykkes av respondenten. Forskeren vil så forsøke å tematisere uttalelsene fra respondentens synsvinkel - slik forskeren tolker det. I det fjerde trinnet undersøkes meningsenheten i lys av undersøkelsens spesifikke formål. De viktigste emnene har deretter blitt sortert inn under forskningsspørsmålene som har blitt utviklet etter hvert i analyse- og drøftningsarbeidet. På en slik måte har man kommet fram til en kapittelstruktur i avhandlingen hvor hvert forskningsspørsmål besvares i hvert sitt kapittel. Meningsfortetting kan egne seg som framgangsmåte for å analysere lange og komplekse intervjutekster som i denne avhandlingen (Kvale & Brinkmann, 2009: 212).

Hovedproblemstillingen og forskningsspørsmålene har blitt justert underveis i forskningsprosessen og arbeidet med analyse og drøftning. Dette har vært naturlig i prosessen hvor man har vandret fra teori, empiri og problemstilling.

For å finne relevant teori og empiri har det blitt søkt i BibsysAsk med søkeordene ”oppgaveglidning”, ”oppgaveglidning”, ”jobbglidning”, ”jobglidning” og ”oppgaveforskyvning”. Hensikten var å nå både norske og danske kilder. Det har også blitt søkt i PubMed med søkeordene ”skill-mix”, ”task-shift”, ”flexibility”, ”flexible role”, ”changing skill-mix”. På grunn av mangel på vitenskaplige artikler, har det også blitt søkt i Google-Scholar. Flere av sekundærdataene er fra artikler i fagtidsskrift. Det er i faggruppene og fagorganisasjonene, spesielt Den Norske Legeforeningen og Norsk Sykepleierforbund, oppgaveglidning ser ut å skape debatt i Norge.

Metodiske betraktninger

Reliabilitet

Reliabilitet (pålitelighet) handler om forskningsresultatets troverdighet. Det innebærer at andre forskere skal kunne komme fram til samme resultat dersom de gikk samme vei som den aktuelle forskeren. Silverman mener at det samme resultatet skal kunne komme fram ved ulike tidspunkt (Silverman,1993 i Wibeck, 2000). Innenfor kvalitativ forskning er det derfor viktig å beskrive forskningsprosessen så nøyaktig som mulig, slik at den kan gjentas av andre. *Etterprøvnbarhet* er også et nært beslektet uttrykk, det vil si den testen man utfører for å kontrollere studiens reliabilitet. Tor Claussen (2012, mars) forklarer det som å gi en oppskrift for hvordan man har gått fram, altså "stien" man har fulgt. Hvilke veivalg man har gjort og hvorfor blir også sentralt å forklare. For å ivareta reliabiliteten har jeg dokumentert forskningsprosessen så nøyaktig som mulig. I studien ønsker jeg å stille mest mulig åpne, reflekterende spørsmål og unngå ledende spørsmål.

Validitet

Validitet (gyldighet) sier noe om de dataene jeg har samlet inn og de konklusjoner som jeg har trukket er riktige (gyldige). Med andre ord er det å ta et kritisk blikk på undersøkelsen som er gjort. Det deles inn i a) intern gyldighet og b) ekstern gyldighet, hvor a) går på om jeg har fått tak i det jeg i utgangspunktet ønsket å få tak i, og b) om jeg kan overføre det jeg har funnet til andre sammenhenger (Jacobsen, 2005:2014). Som Jacobsen (2005) påpeker,

er det viktig å bemerke begrepet *riktig*. De aller fleste samfunnsforskere enes om at de ikke finnes en objektiv måte å beskrive samfunn på. Det er oftere snakk om *intersubjektivitet* heller enn *sannhet*. Det innebærer at det nærmeste vi kommer sannhet er at flere personer er enige om at noe er en riktig beskrivelse. For å teste den *interne gyldigheten*, er de to viktige tiltak som blir beskrevet. Det ene er å kontrollere undersøkelsen og konklusjoner mot andre, og det andre er å gjøre en kritisk gjennomgang av resultatene selv. *Ekstern gyldighet* dreier seg om i hvilken grad funnene kan *generaliseres*. Validiteten kan forsterkes gjennom å triangulere, sammenlikne data, fra fokusgruppeintervju med data, eksempel fra individuelle intervju, dersom resultatene viser overlapp. Morgan (1993) mener at det heller bør brukes begrepet *troverdighet* enn validitet. Det er en fare for troverdigheten, særlig i et fokusgruppeintervju, hvor medlemmene kan tenkes ikke å være helt oppriktige på grunn av gruppepress, eller at de overdriver for å gi gjøre inntrykk i gruppen (Morgan, 1993 i Wibeck, 2000). Denne effekten har blitt forebyggt ved en mest mulig homogen sammensetning av fokusgruppen.

Både i forkant av fokusgruppeintervjuet og de individuelle intervjuene har respondentene fått lese artikkelen ”5 forutsetninger for oppgaveglidning” (Helle, 2012). Formålet var å bevisstgjøre respondenten i forhold til tematikken, siden den muligens var lite kjent begrepsmessig. Denne antagelsen har bakgrunn i de uformelle samtalene i forkant av undersøkelsen. Allikevel er det grunn til å tro at respondentene kan ha blitt ledet og ”farget” av innholdet i artikkelen.

Med et kritisk blikk på undersøkelsens validitet, kan det også stilles spørsmål ved utvalget av respondenter. Intensjonen om å få tak på bredde og variasjon ble muligens ikke realisert. De fleste av respondentene var positive til oppgaveglidning og så muligheter ved denne endringen. Kun et par av respondentene viste noe mer skepsis til oppgaveglidning.

I etterkant av undersøkelsen ser jeg at intervjuguiden burde vært mer begrenset og muligens mer målrettet. Fordelen med de detaljerte og mangfoldige dataene har vært at det har vært lite utfordringer med å finne meningsfylte sitater. Ulempen har vært utfordringer med å systematisere og håndtere så komplekse og omfattende data. Faren kan være at man ikke evner å få ”overblikk” og kan overse interessante funn.

Generalisering

Generalisering i forhold til *intensive design*, innebærer et spørsmål om det vi finner ut gjelder for få, også gjelder for alle andre. Ved intensive design framkommer ofte relevante og riktige data (høy relevans), men medfører vansker med å kunne generalisere. Det er likevel ikke slik at vi kan trekke denne absolutte slutningen. Innenfor generalisering er det riktigere å skille mellom *teoretisk* og *statistisk* generalisering. Intensive opplegg har større mulighet for teoretisk generalisering, det vil si å utvikle nye teorier og hypoteser fra empiri til teori (Jacobsen, 2005:97). I forhold til *gruppefokusintervju* og generalisering er det mer aktuelt i analysen å finne gruppetendenser, i dette tilfelle sykepleiertjenesten`s synspunkter til fenomenet (Wibeck, 2000). Andersen (1997) viser til Eckstein (1966) som mener at vi bør se om vi kan gjenfinne hovedvariabler som samsvarer på tvers av case. Det viser at generalisering ikke bare innebærer å finne kjernen i et gitt datamateriale, men også jobbe ut nye observerbare implikasjoner av nye eller etablerte generaliseringer. Denne undersøkelsens design, antall enheter og respondenter vanskeliggjør generalisering. Funn fra undersøkelsen viser at oppgaveglidning i stor grad er kontekstavhengig, det vil si at funnene kan beskrive og forklare fenomenet i Sykehuset Østfold. Allikevel viser drøftningen også at flere av funnene samsvarer med annen empiri og prosjekter, slik at det er rimelig å anta at det finnes fellestrekk og hovedvariabler på tvers av kontekst. Dette beskrives i avhandlingens analyse- og drøftningsdel i kapittel 4-8.

Kapittel 4

Hvordan forstås oppgaveglidningsbegrepet?

Innledning

Forenklet kan ”oppgaveglidning forklares ved at en profesjon overtar en oppgave som tradisjonelt sett tilhører en annen profesjon” (Hedegaard Hein, 2003). Internasjonalt er begrepet kjent som ”*task-shift*” eller ”*skill-mix*” som innebærer en rasjonell omfordeling av oppgaver blant helsepersonell (WHO, 2007). Det faktum at det benyttes mange ulike benevnelser for oppgaveglidning, som blant annet oppgaveforskyvning, oppgavedeling og jobbglidning, åpner for mange ulike forståelser av begrepet. Jeg vil nå presentere hvordan respondentene i denne undersøkelsen forstår begrepet.

Hovedfunn

For noen introduseres begrepet for første gang gjennom denne undersøkelsen. En felles oppfatning blant respondentene er oppgaveglidning som en styrt, planlagt og dynamisk prosess. Allikevel viser det seg at flere også har erfaring med oppgaveglidning som ad-hoc løsning. Respondentene i fokusgruppen forteller at de fikk økt kjennskap til begrepet i forbindelse med innføring av servicemedarbeider i egen enhet. Respondentene som sitter i lederposisjoner ser ut til å ha et mer bevisst forhold til og oppfatning om oppgaveglidning enn de ulike yrkesgruppene som jobber nærmest pasientene. Det er videre tegn som tyder på at oppgaveglidning er mer kjent innenfor poliklinikk enn sengepost. Til tross for varierende kjennskap til begrepet, viser samtlige forståelse for oppgaveglidning. Det er et område flere har erfaringer med og oppfatninger om. Grovt sett kan funnene plasseres i to hovedkategorier. Oppgaveglidning forstås som: *arbeidsdeling* og *myndighetsfordeling*. *Myndighetsfordeling* og *delegering* samles i en kategori og behandles synonymt i denne oppgaven.

Empirien viser at mange av yrkesgruppene vektlegger hvordan de deler arbeid seg imellom, selve *arbeidsdelingen*: ”*Oppgaveglidning, da tenker jeg at en gruppe overlater noen oppgaver til en annen profesjon. Altså at flere yrkesgrupper kan gjøre den samme*

oppgaven” (respondent 5, spesialsykepleier). En hjelpepleier beskriver hvordan arbeidsdeling kan lette arbeidsflyten, samtidig som hun stiller spørsmål om dette er ”riktig” i forhold til utdanningen:” *At jeg tok ned et drypp (intravenøs infusjon) for sykepleier A. Sykepleier A satt og skrev som bare den og jeg så at et drypp var ferdig. En enkel ting da, istedenfor at jeg skulle springe til henne og si til ho at nå er det dryppet tomt, kunne jeg bare ta det ned. For eksempel. Jeg gjør jo det i dag og, men egentlig, skal jeg kanskje ikke det?*”(hjelpepleier B, fokusgruppe).

Flere funn går i retning av oppgaveglidning som *myndighetsfordeling*. En avdelingssjef mener at oppgaveglidning og delegering er synonyme begrep: ”*Jeg tenker at oppgaveglidning er delegerte oppgaver, jeg*” (respondent 6, avdelingssjef). Allikevel gjør flere av respondentene en distinksjon mellom *oppgaveglidning* og *delegering*. Det ser ut til at delegering blir oppfattet som mer sporadisk og mindre ansvarliggjørende, det vil si delegering av oppgaver uten å sitte med hovedansvaret. En sykepleier oppfatter derimot delegering som formell delegering og tilhørende myndighet. ”*Får du en delegering....da får jeg tillatelse til å kanskje stille diagnose og hvilke utredninger som skal videre gjøres. Jeg legger større ansvar i delegering, enn i jobbglidning*” (respondent 3, sykepleier). En felles oppfattelse blant respondentene er at det er profesjonen som delegerer oppgaver som har det overordnede ansvaret i forhold til oppgaveglidning.

Analyse og drøftning

Arbeidsdeling og myndighetsfordeling

Oppgaveglidning kan deles inn i tre elementer:

- 1) selve oppgaven
- 2) ansvar for å utføre den
- 3) myndighet til å beslutte hvordan utføre den (delegering)

Arbeidsdeling innebærer at man får en oppgave og ansvar for å utføre den, men uten myndighet. *Myndighetsfordeling* eller *delegering* som her behandles synonymt, innebærer at man får en oppgave, ansvar for å utføre den med tilhørende myndighet. Myndighet innebærer at man selv kan planlegge når oppgaven skal utføres samt beslutte hvordan den skal utføres” (Steinmetz, 1981). Som Steinmetz, forklarer Gary Yukl (1999) delegering (delegation) som:” *Delegation involves the assignment of new responsibilities to*

subordinates and additional authority to carry them out” (Yukl and Fu, 1999 in Yukl, 2013).

Mange av respondentene oppfatter oppgaveglidning synonymt med delegering, men ikke slik som Steinmetz og Yukl. Slik svarene tolkes, vil den som delegerer fra seg oppgaven fortsatt sitte med ansvaret. Funnene samsvarer med Milstead (1993) som beskriver *delegering* som: ” ...det å overlate en helserettet aktivitet til enn annen person hvor den som delegerer beholder ansvaret for aktiviteten” (Milstead 1993 i Hagström, Olsson & Leppert 1998). Ut fra Steinmetz`s og Yukl`s teorier bør dette *ikke* betraktes som delegering. Med delegering medfølger myndighet. Steinmetz (1981) påpeker videre at det eksisterer feilaktige ”visdom” om delegering. Misforholdet mellom den allmenne bruken av begrepet ”delegering” og begrepets opprinnelige mening kan skape forvirring. Kun en av respondentene forstår delegering med tilhørende myndighet: ” *Jeg tror det at hvis man har delegert fra seg en oppgave, og gitt andre ansvaret for å utføre ting, så må man også gi med en myndighet, mener jeg. Fordi det er noe med å ha ansvarsfølelse for det man gjør, og samtidig selvfølgelig ha muligheten til å spørre. Man skal kunne søke råd*”(respondent 8, avdelingssjef). Slik dette utsagnet tolkes, vil det å få en oppgave med tilhørende myndighet øke ansvarsfølelsen.

Sett i forhold til teori som nylig beskrevet, vil funnene i hovedsak vise oppgaveglidning som *arbeidsdeling*, og ikke *myndighetsfordeling*. Grensen mellom *arbeidsdeling* og *myndighetsfordeling* kan se ut til å være noe diffus og uklar. At sykepleieren utfører en hjerteundersøkelse som ”tradisjonelt” utføres av lege, kan anses som en form for delegering. Respondenten har supervisjon og oppfølging av lege ved blant annet godkjenning av journalnotat i etterkant av konsultasjonen. Supervisjon og oppfølging av delegerende profesjon er blant betingelsene som forutsetter effektiv delegering, jamfør Neumann (Neumann i Milstead, 1993 i Hagström, Olsson & Leppert, 1998: 43). Dette beskrives i kapittel 6. Flere artikler og oppgaveglidningsprosjekter viser til oppgaveglidning som myndighetsfordeling og delegering (Hofstad 2012a, Hustavenes, 2011, Bungaard, 2009). Usikkerheten rundt ansvarsbegrepet i forhold til oppgaveglidning og utvidede roller ser ut til å vekke interesse, blant annet i den engelske studien ”*Role extension or expansion*” (Bowler & Mallik, 1998). Spørsmål om ansvarsforhold står likeledes sentralt i den norske debatten (Helle, 2012). Er det selvstendig ansvar,

arbeidsdeling eller en delegert oppgave? Denne problemstillingen blir drøftet i neste delkapittel.

Oppgaveglidning og ansvar

Ansvar er normalt beskrevet som et normativt, juridisk og administrativt begrep. Walker (1998) har argumentert ansvar som et mangesidig begrep og som et mellommenneskelig begrep hvor ansvar best ivaretas ved at ansvar forstås som en sosialt organisert praksis (Walker, 1998 i Osvold, 2010:50).

I diskusjonen om oppgaveglidning innebærer flytting av ansvarsområde, er det tydeligvis delte meninger. I denne statusrapporten fra et oppgaveglidningsprosjekt i Danmark er det en klar mening om at oppgaveglidning innebærer at en faggruppe overtar både oppgaver og tilhørende ansvarsområde. ”*Oppgaver kan flyttes uten at ansvaret følger med, men da kan det ikke kalles oppgaveglidning*” (Statusrapport oppgaveglidning Region Nordjylland, 2008). På bakgrunn av empiri og andre kilder, forstår jeg at spørsmålet om ansvar er mer komplekst enn denne uttalelsen tilsier.

Avklaring i forhold til ansvar framkommer spesielt i den norske debatten om oppgaveglidning. I de norske allmennlegenes diskusjonsforum på nett, er det særlig bekymring for at oppgaveglidning vil føre til at legene blir sittende med det juridiske ansvaret for komplekse arbeidsoppgaver som er delegert (Hofstad, 2012a). Det er spesielt spørsmålet om hvem som sitter med ansvaret om noe skulle gå galt, som ser ut til å skape bekymring. Helle (2012) viser til helsepersonelloven (HPL). Han vektlegger at alternativene må vurderes, om det innebærer et selvstendig ansvar på bakgrunn av nødvendige kvalifikasjoner (HPL, §4)²⁰, eller om det er en delegert oppgave hvor helsepersonellet ikke har den formelle kvalifikasjonen, og faller inn under paragrafen om

²⁰ Helsepersonelloven, kapittel 2. Krav til helsepersonellens yrkesutøvelse §4.Forsvarlighet. Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen forøvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der det er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. (...) Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.

bruk av medhjelper (HPL §5)²¹. Ifølge helsepersonellovens § 4, er det legen som har det *medisinske ansvaret*.

Ansvar i forhold til oppgaveglidning kan forstås på flere måter og bør med fordel differensieres. Det kan være behov for å avklare og utdype hva som menes med ansvar; arbeidsdeling, delegering, selvstendig ansvar, medisinsk ansvarlig og arbeidsgivers ansvar.

Arbeidsdeling innebærer at man har fått en oppgave og ansvar for å utføre den. Eksempel hjelpepleieren som tar ned en intravenøs infusjon for sykepleieren. Sykepleieren har i dette tilfellet ikke gitt fra seg myndigheten til hjelpepleieren om hvordan eller når dette skal gjøres. *En delegert oppgave* vil si at man har fått en oppgave, ansvar for å utføre den og myndighet til selv å bestemme hvordan og når oppgaven skal gjøres. Eksempel på en delegert oppgave er når sykepleieren overtar en legek kontroll. Det er legen som har det *medisinske ansvaret* og må være tilgjengelig, gi råd og veiledning underveis. *Selvstendig ansvar* viser til at helsepersonellet som overtar oppgaven har nødvendige kvalifikasjoner, og har fullt ansvar (HPL§4). Eksempel på selvstendig ansvar er sykepleieren som legger inn urinkateter på menn. Dette var tidligere en legeoppgave. *Arbeidsgivers ansvar* beskrives videre i helsepersonelloven, § 16. Arbeidsgivere og ledere har ansvar for å legge forholdene til rette slik at det er mulig å utøve forsvarlig virksomhet. Arbeidsgiver må innrette virksomheten slik at helsepersonellet kan overholde sine plikter, blant annet forsvarlig yrkesutøvelse (Helsedirektoratet, 2009:46). *Ansvarligheten* for all pasientbehandling i SØ ligger på arbeidsgiver ved administrerende direktør. Skjer det et avvik i sykehuset, eksempel ved mangelfull opplæring ved oppgaveglidning, er det administrerende direktør som er ansvarlig. Dette følger den vertikale autoritetsstrukturen og beslutningsmyndigheten som kjennetegner Webers byråkrati. Arbeidsgivers ansvarlighet for virksomheten fratruer allikevel ikke helsepersonellens ansvar for forsvarlig yrkesutførelse (HPL§4). Arbeidsgivers ansvar betyr heller ikke at legen fratruer det *medisinske ansvaret* som er nedtegnet i helsepersonelloven (HPL§4). Noe som har utfordret ansvarsbegrepet og ledelse ved sykehusene, er enhetlig ledelse. Denne utfordringen blir beskrevet i kommende avsnitt.

²¹ §5. Bruk av medhjelpere. Helsepersonellet kan i sin virksomhet overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellens kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Medhjelpere er underlagt helsepersonellens kontroll og tilsyn.

Utfordringer i forhold til enhetlig ledelse

Etter innføringen av enhetlig ledelse²² (spesialisthelsetjenesteloven, 2001), hvor faglig og administrativ ledelse ble samlet under én leder, er det et fåtall leger som besitter lederstillinger i SØ. Det betyr ofte at den medisinske ansvarlige lege ikke er administrativ leder, men fortsatt har det overordnede ansvaret i medisinske spørsmål. En lege viser en viss bekymring: ”Og jeg tror vi opplever generelt at vi har ikke like mye makt i sykehuset heller. Doktorene er ofte fortrent i mange lederstillinger. At det er mange sykepleiere som sitter i lederstillingsverv og at det i mange stillinger ikke er legekompentanse. Det bærer preg av hvordan avgjørelser som blir tatt og hvilke avgjørelser som blir tatt. Og det går nok på at mange leger ikke har hatt interesse for å sitte i slike stillinger. De vil gjøre pasientarbeid.” (respondent 7, lege). Egne erfaringer fra praksis er at skillet mellom ansvaret til den formelle lederen og den medisinske ansvarlige lege fortsatt er relativt uklart. Hvor går skillet mellom uønskede hendelser og pasientskader som den formelle leder og medisinske ansvarlige lege skal svare for? I forhold til oppgaveglidning kan dette dilemmaet gi utfordringer med hensyn til sentrale beslutninger om oppgaveglidning og ansvarsforhold. Spesielt i situasjoner hvor noe går galt.

Oppsummering

Empirien kan tyde på at begrepet oppgaveglidning er flertydig og uklart. Det er vanskelig å gi en dekkende definisjon. Det eksisterer flere synonyme begrep og variasjoner ut fra kontekst. Respondentenes svar deler seg hovedsakelig i to; oppgaveglidning som arbeidsdeling eller myndighetsfordeling. Det er grunn til å tro at det bør tydeliggjøres hva som legges i oppgaveglidning i norske forhold. I debatten om oppgaveglidning kommer ofte spørsmålet om ansvarsforhold. Avklaring av ansvar vil derfor mest sannsynlig stå sentralt i utviklingen av oppgaveglidning fremover. Er det arbeidsdeling, delegering, eller selvstendig ansvar? Funn viser også et misforhold mellom respondentenes allmenne oppfatning av delegering versus det teorien tilsier. Siden delegering og oppgaveglidning er relaterte begreper, kan det bli behov for en tydeliggjøring av hva som menes med delegering.

²² Tanken bak enhetlig ledelse var ideen om at alle medarbeidere i en organisasjon burde rapportere til én leder, slik at tjenesteveien gjennom hierarkiet og hvert ledernivå opp til topplederen ble tydeliggjort (Hatch, 2011:189)

Kapittel 5

Hvilke faktorer fremmer og hemmer oppgaveglidning?

Innledning

Oppgaveglidning eller endring i arbeidsdelingen er en type *strukturell endring*.

Oppgaveglidning representerer til nå hovedsakelig en *inkrementell* endring som betyr en skrittvis endring. Kravet om endring, både til oss selv, til organisasjoner og til samfunn, blir stadig sterkere. Man deler inn i *ytre* og *indre krefter* til endringer. I forhold til den *åpne systemmodellen* består omgivelsene av *de ytre* drivkreftene, mens elementer i selve organisasjonen står for de *indre* drivkreftene. Relevante ytre drivkrefter for oppgaveglidning vil blant annet være helsepolitikk, demografi, teknologi og økonomi. *Indre drivkrefter* dreier seg om ubalanse mellom interne elementer i en organisasjon, eksempel mellom profesjonsinteresser og struktur. Skillet mellom ytre og indre drivkrefter er allikevel ikke helt klart og entydig (Jacobsen, 2004). Det er respondentenes erfaringer om hva som fremmer og hemmer oppgaveglidning som får oppmerksomhet i dette kapittelet. Forskningsspørsmålet innebærer ikke bare å identifisere drivkrefter, men også motkreftene i slike endringsprosesser.

Hovedfunn

Funnene i forhold til forskningsspørsmålet ”Hvilke faktorer fremmer og hemmer oppgaveglidning?” kan i hovedsak kategoriseres i fem: Ressurstilgang, profesjonsinteresser, organisasjonsstruktur, teknologisk og medisinsk utvikling og endringsledelse.

Felles for alle respondentene er at de oppgir ressurstilgangen, nærmere bestemt personellressurser og tilgang på visse spesialister, som en sentral driver til oppgaveglidningen. Ved en poliklinikk beskriver en sykepleier som utfører ”tradisjonelle”

legeoppgaver det slik: ” Ved denne undersøkelse X²³, (...) for avdelingens del, så er det at spesialistressurser frigjøres til å gjøre andre oppgaver enn å gjøre undersøkelse X, som er en stor pasientgruppe, og som tar veldig mye ressurser. Store ventelister” (respondent 3, sykepleier).

Profesjonsinteresser blir hovedsakelig oppfattet som hemmende, men på en annen side også fremmede faktor til oppgaveglidning. Underkategorier av profesjonsinteresser kan videre deles inn i tre: a) jurisdiksjon og fagidentitet b) profesjonsstrid og c) tverrprofesjonelt samarbeid.

Dette utsagnet vitner om at oppgaveglidning kan virke truende i forhold til fagidentitet: ”Og så er det redsel for forandringer. Redsel for sitt eget fag. Kan en sykepleier virkelig gjøre det her? Kommer mitt fag å få lavere standard da? I folks øyer?” (respondent 3, sykepleier).

En annen respondent beskriver hva som kan ligge bak eventuell motstand til oppgaveglidning blant overleger:” *Jeg tenker det er redsel for å miste en status og bli fratatt den rollen som du mener selv at du har(...) at man tenker at det er en legeoppgave. Det skal ikke hvem som helst gjøre. Det synes jeg at man skal være doktor for å gjøre. Sikkert at noen kan tenke slik om noen ting*” (respondent 7, lege).

Andre funn peker derimot mot at profesjonsinteresser kan fremme oppgaveglidning Ved en mindre poliklinikk beskriver en respondent det tverrprofesjonelle samarbeidet som kan fremme oppgaveglidning: ”...det at bemanningen er som den er, gjør at man kjenner hverandre veldig, veldig, godt. Sånn sett stoler nok legene helt hundre prosent på de sykepleierne som de har foran seg på poliklinikken. Og hvis det er sånn at en pasient som må inn til kontroll, han må bli sett på, og legen ikke har mulighet, så kan godt sykepleieren ta den pasienten inn og ha en time med ham og skrive et notat på det og legen da leser gjennom og sjekker at man har undersøkt det man har spurt om ” (respondent 6, avdelingssjef).

²³ Undersøkelse X, er en meget teknisk legeoppgave som det kreves spesialutdanning for å kunne utføre. Det er høye krav til utførelsen, da feil vil medføre stor pasientrisiko. Undersøkelsen blir her kalt X, for å bevare anonymiteten til respondenten.

Samlet tyder funnene på en sterk kobling mellom oppgaveglidning og organisasjonsstruktur. Underkategoriene kan deles inn i tre: a) teamorganisering, b) spesialisering og fast arbeidsdeling og c) fleksibilitet.

Oppgaveglidning ser ut til å fungere best ved teamorganisering, der man jobber nært, kjenner hverandre og stoler på hverandre. Flere respondenter oppgir Diabetespoliklinikken i sykehuset som et godt eksempel hvor oppgaveglidning har vært etablert i mange år. På spørsmål om hvilke områder i sykehusets oppgaver lettest kan "gli", forteller blant annet en respondent det slik: *"Sikkert mellom de som er nærmest hverandre i arbeidsoppgaver, de som har mest med hverandre å gjøre. Slik at man kjenner litt til hverdagen og har sett andre gjøre det mye før"* (respondent 7, lege). Flere respondenter framhever tillitsforholdet mellom profesjonene og yrkesgruppene som en forutsetning for å delegere oppgaver.

Spesialisering og den faste arbeidsdelingen som karakteriserer byråkratier, opplever flere som hemmende, både for samarbeid og oppgaveglidning. Flere av respondentene opplever høye skott mellom enhetene og fagspesialitetene. En respondent formulerer det slik: *"Jeg tenker sånn organisasjonen vår er bygd opp (...) vi går jo ikke over grensene til hverandre. Det sitter jo masse kompetanse på tvers av grensene her. Så ta perioder hvor for eksempel det er masse å gjøre på vår avdeling... , så kanskje naboavdelingen knapt har noe å gjøre, men ressursene sitter der like fint? Jeg synes ikke sykehuset er gode nok på å gå på tvers av grensene her da. Da sklir jo heller ikke oppgavene..."* (respondent 2, helsesekretær).

Hvordan sykehusledelsen gjennomfører organisasjonsendringer samt de ansattes reaksjoner på endring i arbeidsdeling vil kunne ha stor betydning for implementering av oppgaveglidning. Respondentene vektlegger kommunikasjon, informasjon og åpenhet i endringsprosessen. Flere ser betydningen av å formidle årsak til endring og målsetting: *"Ved å snakke åpent om hvordan er dagens situasjon, hva vil vi oppnå? Hvorfor skal vi gjøre en endring? Hva oppnår man med, altså hva er målet med å gjøre endringene på en måte, og at man da har med involverte aktører som kjenner til arbeidshverdagen best"* (respondent 2, helsesekretær). Funnene tyder på at de mest vellykkede gjennomføringene av oppgaveglidning i SØ er der den medisinske ansvarlige, eller den som skal delegere fra seg en oppgave, er involvert i prosessen, og gjerne initiativtaker. Drøftningen i forhold til endringsledelse kommer først i kapittel 8.

Analyse og drøftning

Funnene gir et bilde av sentrale indre drivkrefter og motkrefter til oppgaveglidning i SØ. Harrison's åpne systemmodell vektlegger også omgivelsene som kontinuerlig vil utøve et press på organisasjoner til å endre seg i takt med samfunnet. Til tross for at det ikke framkommer gjennom funn fra denne undersøkelsen, er det relevant å beskrive en sentral ytre drivkraft, nærmere bestemt det helsepolitiske presset.

Helsepolitisk press

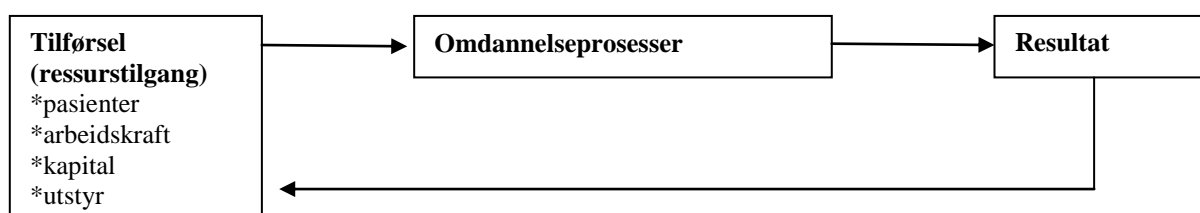
Helsemyndigheters syn på oppgaveglidning mellom profesjonsgrupper i det norske helsevesenet framkommer i rapporten "Utdanne nok og utnytte nok" (Helsedirektoratet, IS-1673/2009:46). Oppgaveglidning oppstår som oftest på grunn av mangel på en profesjon eller yrkesgruppe. Det kan gi effektivitetsgevinst når oppgaver blir gjort på lavest mulig nivå, uten at det går ut over kvaliteten. Dersom personell på et høyere nivå kan bli frigjort, vil det også være ressursbesparende. Det er arbeidsgivere som har ansvaret for å organisere et forsvarlig helsetilbud. Helsepersonellet har først og fremst et ansvar for å etterleve egne profesjonsplikter - forsvarlig yrkesutøvelse. Faglig forsvarlighet er bundet til kvalifikasjoner i form av utdanning, etterutdanning og yrkespraksis, samt krav til samarbeid og samhandling med annet helsepersonell. Systemet med autorisasjon og andre godkjenningsordninger for helsepersonell betyr ikke at de har et metodemonopol. Hvilke oppgaver man kan utføre som helsepersonell, følger ikke nødvendigvis hvilken profesjon man tilhører, men heller hvilke kvalifikasjoner man har tilegnet seg, om utførelsen av den aktuelle oppgaven er i samsvar med kravet til forsvarlighet, og om det er i samsvar med arbeidsgivers instruksjoner for stillingen. Overtagelse av nye oppgaver avhenger av nødvendig opplæring og kvalifisert veiledning. Nye roller og oppgaver bør institusjonaliseres ved blant annet tilpasset lovgivning, utdanningssystemer og finansiering av aktiviteter. Slik kan det bidra til å tydeliggjøre roller, kompetanse og ansvar i forhold til andre profesjonsgrupper (ibid.). Helseministerens første helsepolitiske tale, hvor han beskriver oppgavedeling som ett av grepene for en framtidens sykehussektor, tyder på at oppgaveglidning har blitt satt høyere opp på den helsepolitiske agendaen enn tidligere (Pressemelding, Helse- og omsorgsdepartementet, 30.01.2013). Det kan se ut til at helsemyndigheter har inntatt et rasjonelt-instrumentelt perspektiv i forhold til oppgaveglidning.

Andre interessenter som vil utøve et press for å endre oppgave- og rollefordelingen i helsevesenet er trolig arbeidsgivere, forsikringsselskaper og andre yrkesgrupper (Frich 2012, By 2012, Helsedirektoratet, 2009). Profesjonene selv og deres fagforeninger stiller seg imidlertid kritiske til at det økonomiske aspektet får overtak, og særlig til tiltak som bruk av billigere arbeidskraft (Helle, 2012). Fagforbundet stiller seg derimot positivt til å motta oppgaver fra andre profesjoner (Fagforbundet, 2012).

Ressurstilgang

Ut fra empirien fra denne undersøkelsen, forstår man at ressurstilgang er den viktigste drivkraften til oppgaveglidning. Liknede endring er også framtreddende i andre land, bare i større grad enn i Norge. Dette framkommer i rapporten ” *Europas helsevesen i endring - nye roller og oppgaver*” , som gir en oversikt over oppgaveglidning i ulike land (Brusselkontoret, 2012).

Variasjoner i ressurstilgangen av pasienter, arbeidskraft og kapital kan påvirke oppgaveglidning (figur 5.1). Ressurstilgangen får betydning for omdannelsesprosessen, det som skjer i organisasjonen, og som igjen får innvirkning på resultatet. For sykehuset vil det si tjenestetilbudet til pasientene . Dette illustreres i figur 5.1. Forhold som har påvirket ressurstilgangen til norske sykehus, er trolig helsereformer og lovendringer de senere årene.



Figur 5.1 (Hatch, 2011:104)

Foretaksreformen og New Public Management

En voldsomt eksplosiv kostnadsøkning uten tilsvarende økning i produksjon bidro til et drastisk helsepolitisk grep. Med innføring av helseforetaksmodellen 01.01.2002, ble sykehusene overtatt av staten etter tidligere å ha vært underlagt fylkeskommunen.

Reformen fikk navnet *foretaksreformen* og innebar en inndeling i fem (i dag fire) regionale helseforetak med 33 lokale helseforetak. Det var de regionale helseforetakene som fikk

eieransvaret på vegne av staten. Rett i forkant av denne reformen innførte man fritt sykehusvalg (lov om pasientrettigheter, 2001) og besluttet at *enhetlig ledelse* skulle innføres i sykehusene (lov om spesialisthelsetjenesten, 2001). Sistnevnte lovendring innebar slutten på likestilling mellom faglig og administrativ ledelse. Mål om få realisert mål- og resultatstyring i offentlig sektor var en viktig motivasjon for lovendringen. Færre korridorpasienter og kortere ventetider var blant de konkrete målene (Grund, 2006). Flere mente at en annen motivasjon var å redusere makten til legene. Noe av bakgrunnen var trolig en oppfatning om at problemene i helsevesenet hadde sin årsak i for stor faglig autoritet og legenes monopol på lederstillinger (Meisingset, 2011:12-13).

Foretaksreformen påstås å være inspirert av New Public Management (NPM) (Grund, 2006, Osvold, 2011 mfl.).

NPM er en fellesbetegnelse på de mange forsøk på å overføre bedriftsøkonomiske ideer til offentlig virksomhet, spesielt gjennom de siste 25 årene. NPM består blant annet av kjerneideer om økt markedsretting, konkurranse, kostnadseffektivitet, økt kundeorientering, profesjonell ledelse, og foretaksstyring (Vabø 2009, Lian 2003 i Osvold 2010). Samtidig har myndighetene et ønske om å øke kontrollen med profesjonene for å sikre ansvarlighet og kvalitet i arbeidet (Eriksen, 2001 i Osvold, 2010). Tilhengere av NPM hevder at fritt forbrukervalg vil sikre borgerne større valgfrihet og mer differensiert tilbud (Røvik, 2007:34-36). Det økonomiske fokuset er noe av det kritikere av NPM poengterer. Kritikere av NPM vektlegger at NPM-reformer primært styres av økonomismens logikk og ikke tar høyde for kompleksiteten og annerledesheten i offentlig sektor (Klausen, 2005 i Røvik, 2007:35).

Reformene og endringene i helsevesenet kan være en medvirkende forklaring på en mer intensivert og ressursknapp arbeidssituasjon for sykehusansatte de senere årene. En sykepleier i fokusgruppen forteller om hvordan yrkesrollen har endret seg: ” *Det er mer arbeidsbelastning må jeg si, det er mer pasienter, det er tyngre pasienter. Da jeg startet på avdeling X var vi tolv på dagvakt, nå er vi snart ni (...). Da må jo oppgavene gli videre også, tenker jeg* ” (sykepleier B, fokusgruppe). En hjelpepleier støtter uttalelsen og gir samtidig en forklaring på endringen: ” *Vi var mange flere på jobb før. Vi hadde ikke så mange pasienter per person. (...) Høyt oppe i hele sykehuset, med helseforetaka, der er en endring hele veien. Alle blir styrt av det økonomiske, sånn jeg ser det. Så blir det på en*

måte; en pasient er en pasient, og det er liksom et nummer der. Men en pasient er så mye mer enn det..." (respondent 4, hjelpepleier). På spørsmål om når endringen skjedde, oppgir respondenten at det var etter at helseforetakene overtok. Hun påpeker også en økt kvantifisering innenfor sykehusdrift. At begreper som antall liggedøgn, antall utskrivelser, DRG-poeng²⁴, aktivitetstall innenfor operasjon og poliklinisk drift er hverdagslige begreper, kan støtte oppfatningen til denne respondenten. Liknende effekt av helsereformer kommer også fram gjennom ulike rapporter og studier (Brusselkontoret 2012, Adams 2000, Davies 1995 i Osvold, 2010:7). I Storbritannia er det kjent at oppgaveglidning fra lege til sykepleier i stor grad har blitt innført for å redusere kostnader (Allen 1997,2001 a Bowler & Mallik 1998 i Osvold, 2010). I flere norske fagmiljøer er man skeptisk til oppgaveglidning på bakgrunn av økonomisk vinning (Helle, 2012). En av respondentene (spesialsykepleier) oppfatter at økonomi påvirker om fravær blir erstattet, som igjen betyr at oppgaveglidning må gli...: *"Da kommer jeg tilbake til sykepleier- hjelpepleier igjen. Det er kanskje fra øvre hold. Det å unngå å leie folk, da må hjelpepleieren gjøre oppgaver som vi gjør"* (respondent 5, spesialsykepleier). I forhold til rekruttering forklarer samme respondent økonomisk incentiv for at det iblant velges sykepleier framfor operasjonssykepleier: *"En annen ting er at det er dyrere å ansette en operasjonssykepleier enn en sykepleier"*.

Endringer i pasientrettighetsloven

Innenfor poliklinikkvirksomhet er det grunn til å tro at NPM med økt fokus på pasientrettigheter og iverksettelse gjennom endringer i pasientrettighetsloven²⁵ har bidratt til et økt press på sykehusene og den enkelte poliklinikk til å redusere ventetider og tilby rettighetspasienter time til utredning og/eller behandling innen en gitt frist. Det ser ut til at

²⁴ Diagnose Relaterte Grupper (DRG) prøver å håndtere en kompleks virkelighet, hvor pasienter har tusenvis av ulike diagnoser og like mange ulike behandlinger. Alle pasienter kan klassifiseres ved dette systemet. I stedet for antall opphold, brukes antall DRG-poeng som aktivitetsmål.

(<http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/drg/drg-struktur/Sider/hva-er-drg-systemet.aspx>)

²⁵ *Du får rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp* i spesialisthelsetjenesten (jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 annet ledd, og prioriteringsforskriften § 2). Pasienter som får denne rettigheten kalles rettighetspasienter. Rettighetspasienter får en *fristdato* for når spesialisthelsetjenesten senest skal ha startet helsehjelpen, enten i form av behandling eller i form av utredning.

Fritt sykehusvalg(Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4)

Du kan som hovedregel selv velge hvilket sykehus du vil bruke ved planlagt undersøkelse og /eller behandling. Ordningen med fritt sykehusvalg gjelder alle offentlige og enkelte private sykehus i hele Norge. (Utdrag fra Helse-Sør-Øst nettside, 10.04.2013)

tilførselen av pasienter har økt uten tilsvarende økning i personellressurser. Innføringen av fritt sykehusvalg, hvor pengene følger pasienten, har også bidratt til å skape konkurranse mellom de ulike sykehusene. Samlet kan endringene i pasientrettighetsloven forsterke presset på sykehusene som kan fremme alternative arbeidsformer og kreative løsninger, som oppgaveglidning. Spesialsykepleier fra kirurgisk avdeling (poliklinikk), forteller at de snart skal overta enkelte kirurgiske inngrep på grunn av kapasitetsmangel ved ett av Oslo-sykehusene: ” Ja, det blir på operasjon X og Y. I dag blir det gjort i Oslo, med lange ventelister. Nå skal det gjøres her(...)Det har vært legens domene før, men nå skal det bli sykepleieroppgave ”(respondent 5, spesialsykepleier). Helsereformene og lovendringene kan ut fra denne drøftningen ha fremmet oppgaveglidning. Det er også viktig å rette fokus på de positive konsekvensene av foretaksreformen og endringer i rettighetslovgivningen. Reformen har innfridd mange av målene som lå til grunn for reformen. Ventetider har generelt gått ned og helsemyndighetene har fått mer rasjonelle styringssystemer for å samordne sykehusene på tvers av regionene (Grund, 2006). Egne erfaringer fra arbeid i poliklinikk i SØ, er at flere pasienter har fått helsehjelp etter økt fokus på rettighetslovgivning fra Helse-Sør Øst RHF. Det er ofte slik at det man har fokus på bedres, på bekostning av noe annet. Når man har fokus på å få ”fristpasientene ”inn til sykehuset, det vil si pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen fristdato, skyver man stadig kontrollpasientene bakover i køen....

Mangel på enkelte yrkesgrupper og spesialister

Hvilke profesjoner og yrkesgrupper som det har vært mangel på har endret seg gjennom årene og gjennom endring i arbeidsmarkedet. En hjelpepleier forteller: ” Det var mer oppgaveglidning før..... ” (respondent 4, hjelpepleier). Denne uttalelsen må ses i sammenheng med SNU-96, hvor de fleste hjelpe- og barnepleierne ble tatt bort fra spesialavdelinger og erstattet med færre sykepleiere. I den perioden hvor det fantes flere hjelpepleiere i sykehuset og hvor det var mangel på sykepleiere, fikk hjelpepleierne trolig utvidede ansvarsområder over i sykepleierens domene. Hjelpepleieren forteller blant annet at de i den perioden ble opplært til å kontrollere hjerterytmer på overvåkingsscop²⁶, noe som i dag kun utføres av sykepleiere.

²⁶ Overvåkingsscop er en sentral bestående av mange skjermer. Her overvåkes hjerterytmen til flere pasienter samtidig som de er tilkoblet telemetri. Telemetri: fjernmåling, automatisk overføring av vitenskapelige data eller andre målbare variabler over større avstander ved telekommunikasjon (<http://snl.no/telemetri>).

Empirien viser at mangel på spesialister innen enkelte spesialiteter blir oppgitt som en hovedbegrunnelse for å flytte oppgaver fra lege til sykepleier ved noen poliklinikker. Flere har utfordringer med lange ventelister. Dette støttes også gjennom annen forskning og artikler (Allen 1997,2001 a Bowler og Mallik 1998 i Osvold, 2010, Hofstad, 2012a). Om Norge generelt utnytter legeressursene optimalt, er det delte meninger. Rapporten ”*Makroanalyse av bemanning og produktivitet i somatisk spesialisthelsetjeneste*”, viser at ressursforbruk og dekingen av leger i Norge ligger høyest i forhold til sammenliknbare land (Deloitte, 2008). Til tross for at rapporten har møtt kritikk i forhold til pålitelighet, er det trolig grunn til å stille spørsmål ved den reelle legemangelen i forhold til de andre faggruppene. SSB’s prognoser viser at det er sykepleiere og helsefagarbeidere det vil bli mangel på fremover (Texmon & Stølen, 2009). Ut fra denne prognosen vil oppgaveglidning på lavere nivåer bli mer aktuelt. Det er usikkert om oppgaveglidning fra lege til sykepleier handler om reell ressursmangel, for lite ressursutnyttelse eller helt andre faktorer, som eksempel at legene trekkes mot andre interesser.

Ressurser, kontekst og tid

Fenomenet oppgaveglidning bør ses i sammenheng med flere forhold, som blant annet i tid og kontekst. Hvilket land befinner man seg i? Hvordan er ressurstilgangen på ulike yrkesgrupper? Hva er definert som sykepleieroppgaver i tiden man undersøker? Administrering av legemidler er eksempel på en oppgave som over tid har gått fra å være legeoppgave til sykepleieroppgave. Det er få som stiller spørsmål ved dette i dag. Sykepleiere som utfører ultralydsundersøkelse av hjerte (Ekkokardiografi) vil derimot antageligvis skape en viss form for diskusjon i enkelte sykehusmiljøer i Norge. Ved Lund Sykehus i Sverige er dette vanlig praksis. Dette viser noe av fenomenets mangfold og de lokale variasjonene som finnes av jurisdiksjoner (kontroll over visse oppgaver) innenfor de ulike yrkesgruppene i sykehus. Denne uttalelsen belyser ulike jurisdiksjoner over landegrensene: ”.....i Tyskland, der la alle legene inn venfloner, blandet antibiotika og hang opp væske og holdt journaler for overleger. Det var ekstremt mange leger involvert uten å gjøre noe særlig i det hele tatt. De hadde jo mer ressurser til det, så det gikk greit. Det er jo et ressursproblem tenker jeg, og litt med effektivitet. Har du mange du skal sysselsette, så er det jo greit, men hvis du ikke har det, så må du kanskje tenke hva som er logisk” (respondent 7, lege). I dette tilfelle, med tilstrekkelig legeressurser, vil oppgaveglidningen kunne gå i motsatt retning i den vertikale søylen. Det vil si at legene ved dette sykehuset i Tyskland gjorde det som er typiske sykepleieroppgaver i Norge.

Analyse av konteksten man befinner seg i samsvarer med World Health Organization`s (2012) guidelines ”*Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting*”. Her presiserer organisasjonen at guidelines og implementering av oppgaveglidning må være avhengig av hvilket land man befinner seg i, profesjonenes rolle, hvilket helsepolitisk system som finnes og hvilke finansieringsordninger som er gjeldende.

Profesjonsinteresser

Dette delkapittelet beskriver og forklarer hvordan profesjonsinteresser kan ha innflytelse på endring i arbeidsdeling og oppgaveglidning. Funnene kan tyde på at profesjonsinteresser først og fremst kan hemme, men på en annen side, fremme oppgaveglidning.

Jurisdiksjon og fagidentitet

En sterk *fagidentitet*²⁷ og *jurisdiksjon* er sentrale kjennetegn ved profesjoner (Molander & Terum, 2008). Profesjonsforskerne Freidson og Abbot forklarer profesjonsbegrepet ut fra to aspekter; det organisatoriske²⁸ og det performative²⁹. Innenfor det organisatoriske aspektet vektlegger Freidson monopolisering, autonomi og jurisdiksjon. Noen funn konkretiserer nettopp denne kontrollen. Denne sykepleieren erkjenner at et kontrollbehov kan gi utfordringer med å gi fra seg oppgaver, i dette tilfelle til helsefagarbeider: ”*Man mister jo kanskje den kontrollen man har hatt tidligere, over pasienten for eksempel. Man tvholder gjerne på de oppgavene man har*” (sykepleier B, fokusgruppe,). En økning av legedelegerte oppgaver til sykepleiere over tid ser ut til å ha gitt helsefagarbeidere mer av de tradisjonelle sykepleieroppgavene i sykehus. Overføring av oppgaver fra sykepleier til helsefagarbeider kan dermed svekke sykepleierens og styrke helsefagarbeiderens

²⁷ Fagidentitet til en yrkesutøver kjennetegnes ved et bevisst forhold til at man har ansvar for bestemte funksjoner og at en representerer et bestemt fag med bestemte kjennetegn. Videre at en bærer, formidler og utøver bestemte kunnskaper, erfaringer og verdier for faget og metoder som benyttes i faget (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011: 304).

²⁸ *Det organisatoriske aspektet* gjenspeiler Freidson`s teori om at "en yrkesgruppe har kontroll over arbeidsoppgavene sine. Kontrollen vises på flere måter: *Monopolisering* utgjør en ekstern kontroll. Profesjonen selv reserverer visse inntektsbringende oppgaver til personer med en viss type utdanning. *Autonomi* (selvbestemmelse) utgjør en intern kontroll. Det er profesjonen selv som setter standarden for hvordan arbeidsoppgavene skal utføres. Politisk konstituerte yrker. Abbot beskriver denne dobbelte kontroll over et område for *jurisdiksjon*. *Jurisdiksjon*- Se kapittel 2.

²⁹ *Det performative aspektet* innebærer at profesjonene representerer en viss form for yrkesmessig spesialisering. Arbeidsoppgavene løses ved at formalisert kunnskap kombineres med skjønnsutøvelse på en adekvat måte. Denne virksomheten kalles ”praksis” (Molander & Terum, 2008: 19).

jurisdiksjon innenfor pleie- og omsorgsoppgaver. Dette har vært et område sykepleieren har hatt *overordnet jurisdiksjon*. Til nå har det vært oppgaveglidning fra lege til sykepleier som har fått mest fokus i oppgaveglidningsdebatten. Repstad (1994) mener at spesialisering og delegering av mer tekniske oppgaver til sykepleierne har gitt de utvidet jurisdiksjon på det medisinske området. Det kan stilles spørsmål om man går i retning av svekket jurisdiksjon innen medisin. Overføring av oppgaver fra en profesjon til en annen i den vertikale søylen kan dermed oppfattes som en *kjedereaksjon* i forhold til jurisdiksjon. Det er grunn til å tro at man på sikt vil få en redefinering av hva som er helsefagarbeideroppgaver, sykepleieroppgaver, legeoppgaver og så videre.

Foruten endring i jurisdiksjoner, berører oppgaveglidning også fagidentiteten til profesjonene. Egge (2012) sier det slik:

"Endring av arbeidsdeling og overføring av arbeidsoppgaver rokker ved profesjonenes yrkesmessige identitet, noe som flere ser som en utfordring (Egge, 2012).

Dette utsagnet vitner om at overføring av arbeidsoppgaver kan skape reaksjoner fordi det berører selve fagidentiteten. Det kan utfordre profesjonens og egne forventninger til hvordan en helsefagarbeider, sykepleier og lege skal inneha og utøve bestemte kunnskaper, erfaringer og verdier. Oppgaveglidning i retning av mer tekniske legeoppgaver overført til sykepleieren, tenker jeg kan sette sykepleierens helhetlige omsorgsideal under press. Mine betraktninger av sykepleiere er at de ofte står i et dilemma mellom medisinske oppgaver og pleie- og omsorgsoppgaver. Sosiologen Måseide hevder at sykepleierne i større grad enn tidligere går i retning av å bli terapiassistenter til legene og dermed en mer instrumentell funksjon (Måseide i Repstad, 2004: 166). Eksempler fra SØ er sykepleiere som assisterer lege ved gastroskopi, bronkoskopi og så videre. I undersøkelsen *"Hverdagsbeskrivelser fra norske sykehus - resultater etter en landsomfattende undersøkelse blant sykepleiere 2009"* kommer det fram at tidsmangel bidrar til at sykepleierne prioriterer de behandlingsrettede, instrumentelle oppgavene, på bekostning av de mindre målbare, eksempel samtaler med pasient (Kunnskapssenteret, 2009). Denne undersøkelsen bekrefter en mer instrumentell utvikling av sykepleierfaget og at tidsmangel kan bidra til at den tradisjonelle fagidentiteten trues.

Abbot beskriver i ” *The system of professions - an Essay on the Division of Expert Labor*” hvor ulikt profesjonenes jurisdiksjoner kan framstå på de tre arenaene; den *juridiske*, i *samfunnet* og på *arbeidsplassen* (Abbot, 1988). Empiri fra denne undersøkelsen kan benyttes til å belyse dette. På arbeidsplassen ved sykehuset utfører en sykepleier en type hjerteundersøkelse som er en tradisjonell legeoppgave, hvor dette har blitt akseptert. Ute i samfunnet tror man fortsatt dette kun gjøres av leger. Det kan forklare hvorfor sykepleieren erfarte stor skepsis fra fastleger som mottok selvstendig sykepleiernotat vedrørende pasientens hjerteundersøkelse. Samfunnet, her representert ved fastleger, vil naturlig reagere på avvik fra etablerte oppfatninger om hvilke yrkesgrupper som kan utføre visse oppgaver. Reaksjonene kan virke hemmende på oppgaveglidning før det blir etablert praksis og allment ”akseptert”. Slik jeg tolker funnene, vil oppgaveglidning kunne rokke ved jurisdiksjoner og fagidentiteten til profesjonene eller yrkesgruppene som sitter dypt forankret. Ved store variasjoner mellom jurisdiksjoner på de ulike arenaene til Abbot, kan det oppstå konflikter og motstand som vil kunne hemme utviklingen av oppgaveglidning. Samtidig er det tegn som tyder på at oppgavefordeling endres over tid, uavhengig av styrt og planlagt oppgaveglidning.

Profesjonsstrid

Maktperspektivet, som beskrives i kapittel 2, fokuserer på hvordan profesjonene tilstreber å monopolisere bestemte arbeidsoppgaver og maktutøvelse. Makt i denne sammenheng er *ekspertmakt*, som kan knyttes til den med høyest faglig kunnskap, status og prestisje (Kaufmann & Kaufmann, 2003). Historisk sett har det vært legen som besitter den høyeste ekspertmakten innenfor helsesektoren, spesielt innenfor sykehus. Maktstrukturen har fulgt et faglig hierarkisk system og klasseinndeling (Erichsen, 1996). Under maktperspektivet fikk profesjonsstrid mye oppmerksomhet og blir nå aktualisert i debatten om oppgaveglidning. Flere mener at de profesjonelle grensene og status kan virke hemmende. Slike oppfatninger framkommer blant annet i flere av artiklene i tidsskriftet *Overlegen* - 1/2012. Likeledes framkommer det i andre lignende studier (Mustajoki, 2006). Empiri fra denne undersøkelsen kan tyde på at legegruppen vil kunne yte motstand på bakgrunn av ønske om å opprettholde status og makt. Det er rimelig å anta at enkelte oppgaver er forbundet med privilegier og goder, eksempel lønn, som man står i fare for å miste ved eventuell overføring av oppgaver. Noen av respondentene mener at den eldre overlegegruppen vil yte mer motstand enn den yngre legegruppen. De oppfatter den yngre generasjonen leger til å være mer fleksibel og villig til å se på oppgaveglidning. Det kan

forklares med at de betrakter seg selv mer "likestilt" de andre profesjonene, og fordi de i mindre grad er preget av legens historiske posisjon i sykehuset. En utskiftning på sikt av den eldre generasjon leger vil muligens påvirke maktforhold mellom profesjonene ytterligere. Videre er det grunn til å tro at samfunnsutviklingen har hatt betydning for legens svekkede posisjon. I dag ser man for eksempel at legen oftere tiltales ved fornavn, får kritikk i media, får flere pasientklager og så videre. Innføringen av foretaksreformen og enhetlig ledelse har også medvirket til å redusere makten til legeprofesjonen. Det faktum at det i dag utdannes flere kvinnelige leger enn mannlige, vil også kunne påvirke oppgaveglidning og samarbeid mellom helsepersonell. Osvold (2011) påpeker gjennom sin doktoravhandling at kvinnelige leger kan flate ut det medisinske hierarkiet.

Foruten legens makt i sykehus, har også profesjonsstrid mellom sykepleiere og hjelpepleiere fått oppmerksomhet gjennom tidene. En hjelpepleier forteller om erfaringer som har satt dype spor: *"Så var det sånn at jeg fikk opplæring til å sitte på scopet (hjersteovervåkingscop). Plutselig var det nok folk, og da var ikke det ikke nødvendig at jeg gjorde det lenger.(...). For jeg var ikke imot at den oppgaven ble fratatt meg, men det var måten det ble gjort på (...). Du følte at du ble tråkket på. At du ikke var verdt noen ting. Den ene dagen, og den andre dagen, så var det kjempeflott at du kunne sitte her å passe på. Det var ingen god opplevelse"* (respondent 4, hjelpepleier). Respondenten er tydelig på at det er hennes subjektive opplevelse og følelser som beskrives. Uttalelsen kan tolkes som at profesjonsstrid og konkurranse mellom profesjoner fortsatt er aktuelt. Måten en oppgave blir fratatt på kan sette i sving kraftige følelser. Hvilken type oppgave det dreier seg om, vil også ha betydning. Er det prestisjefylte oppgaver, rutinepregede oppgaver eller lavstatusoppgaver? Kan oppgavene gi en form for makt og kontroll? I forhold til oppgaver og makt beskriver en avdelingssjef det slik: *"Ja, jeg tror nok at visse oppgaver, uten at jeg kan spesifisere det, kan gi en følelse av makt. Kunnskap er jo makt, at man har en større kunnskap om visse områder, da. At den som gjør det står litt høyere i hierarkiet"* (respondent 8, avdelingssjef). Sykepleieforskeren Everett Hughes beskriver det som *et knippe oppgaver*. Dette knippet oppgaver kan deles inn i en skala fra lav til høy prestisje, hvor de mest prestisjefylte oppgavene vil være forbeholdt de med høyest nødvendig utdanning. Endringer i den medisinske teknologiske utviklingen og behandlingsmetoder vil kunne endre grensesonene mellom profesjoner og fordelingen av oppgaver med hensyn til prestisje. Han mener at dette vil skje hele tiden og at vi ikke kan unngå slike endringer

(Hughes, 1951 i Andersen, 2011). Dette delkapittelet belyser hvordan det å gi fra seg oppgaver kan skape konkurranse og konflikter mellom profesjoner. Profesjonsstrid bør også ses i sammenheng med hvordan en oppgaveglidning blir implementert, og hvem som tar initiativet. I Kapittel 6 og 8 beskrives dette nærmere. Muligens er profesjonsstrid mer fryktet enn nødvendig. Flere oppgaveglidningsprosjekter utenlands og innenlands viser til samarbeid mellom profesjoner, mer enn maktkamp (Steenberger 2009, Hærnes 2012, Hofstad 2012 mfl.).

Tverrprofesjonelt samarbeid

I nytt sykehus legges det til rette for tverrfaglig arbeidsform, som er ett av de overordnede målene for SØ i 2015 (hentet fra Sykehusets intranett, 17.03.2013). Behovet for en mer tverrfaglig arbeidsform, forklarer blant annet Helsedirektoratet med at framtidens sykehuspasienter antas å være sykere og med mer komplekse problemstillinger enn i dag (Helsedirektoratet, IS-1966/2012). Tverrfaglig arbeidsform forutsetter at profesjonene kan samarbeide. Tverrfaglig og tverrprofesjonelt samarbeid benyttes her som synonyme begrep. *Tverrprofesjonelt samarbeid* kjennetegnes ved at flere profesjoner samarbeider mot en felles oppgave. Innenfor det offentlige tjenestetilbudet innebærer det å tilby integrerte tjenester (Willumsen, 2009).

Det som kjennetegner profesjoner og sykehusets kjernevirksomhet er spesialisering. De ulike yrkesgruppene og profesjonene ivaretar bestemte funksjoner og arbeidsoppgaver hvor behovet for samordning, koordinering og samarbeid er stort. Behovet for koordinerte tjenester kommer også fram som ett av hovedpunktene i Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 (2008-2009)). Rodrigez (2005), en anerkjent forsker innenfor feltet "tverrprofesjonelt samarbeid", hevder at profesjonalisering og samarbeid i utgangspunktet fungerer motstridende. Monopol, autonomi og kontroll og "revirtenkning", som er en del av profesjonalisering, er lite forenlig med tillit og kollegialitet. For å få til et godt samarbeid, mener han at profesjonene må vise en gjensidig anerkjennelse, forstå at de er avhengige av hverandre og akseptere "gråsoner" hvor deres arbeidsområde vil kunne overlappe hverandre. Videre har hver profesjon oppfostret "sine egne" til sin spesielle filosofi, verdsett og grunnleggende teoretisk perspektiv som kan føre til konflikt i et samarbeidsforhold. Slik tenkning går i retning av Abbot's kunnskapssosiologiske tilnærming til profesjoner og *det institusjonelle perspektivet* .

Tverrprofesjonelt samarbeid ser ut til å være en viktig suksessfaktor for oppgaveglidning (Steenberger 2009, Hagelund 2006). Ved for stor vektlegging på eget fag og egne profesjonsinteresser, vanskeliggjøres samarbeid. Uenighet om grensene for egne ansvarsområder vil også kunne være til hinder. I den forbindelse vil en klar faglig identitet, evne til å kommunisere og gjennom handling vise hva eget fag kan bidra med, være viktig for å få til et fruktbart, tverrfaglig samarbeid (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011).

I denne drøftningen belyses det hvordan profesjonalisering og tverrprofesjonelt samarbeid i utgangspunktet kan virke paradoksalt. Det kan forklare utfordringer med å få til et fruktbart tverrprofesjonelt samarbeid og oppgaveglidning i praksis. Det er rimelig å anta at tverrprofesjonelt samarbeid er en viktig forutsetning for oppgaveglidning. Det bør allikevel tas høyde for at enkelte av de vellykkede prosjektene innen oppgaveglidning i ulike tidsskrifter og artikler framstilles mer vellykket i forhold til samarbeid enn det som er reelt. Flere vitenskapelige undersøkelser på feltet vil kunne bidra til å få et mer nyansert bilde.

Organisasjonsstruktur

Funnene deler seg i tre underkategorier; a) teamorganisering, b) spesialisering og fast arbeidsdeling og c) fleksibilitet.

Teamorganisering

Arbeid i team ser ut til å fremme oppgaveglidning, jamfør utsagnene til respondentene. Dette stemmer også overens med flere andre oppgaveglidningsprosjekter (Hærnes 2012, Hagelund 2006). Teamorganisering regnes som en fornuftig måte å organisere seg på når pasientene krever tverrfaglig eller tverrprofesjonell kompetanse. Det framkommer også som ett av målene til SØ i nytt sykehus: ”*alle pasienter får rask diagnostikk, behandling og rett informasjon styrt av en helhetlig og tverrfaglig arbeidsform.*” Tverrfaglige team kan defineres som ”*et lite antall mennesker med ulik kompetanse som arbeider med utgangspunkt i en felles overordnet hensikt, har et felles mål og har et felles og gjensidig ansvar for konkrete tilnærminger*”. Gjennom kommunikasjon og samarbeid over tid vil de lære av hverandre og få en felles tverrfaglig innsikt (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). Nærheten i forhold til fysisk plassering, nærhet i arbeidsoppgaver, kommunikasjon, og tilliten som ofte kjennetegner team, vektlegger flere av respondentene som fremmende

for oppgaveglidning. Teamorganisering og en flatere struktur er trolig enklere å realisere i mindre sykehus, som for eksempel Lovisenberg Diakonale Sykehus i forhold til Sykehuset Østfold, som er en større og mer kompleks organisasjon. Allikevel viser funn at det allerede finnes teamorganisering i SØ. Det virker som de enhetene som har organisert seg i team, eksempel innen diabetes og andre små poliklinikker, har lettere for å en mer fleksibel oppgavefordeling mellom yrkesgruppene.

Spesialisering og fast arbeidsdeling

Slik som ved profesjonalisering, vil spesialisering, fast arbeidsdeling og veldefinerte roller kunne stå i et motsetningsforhold til oppgaveglidning. Det ser ut som selve grunnsteinene i byråkratiet er en utfordring. Oppgaveglidning handler nettopp om å rokke ved den faste arbeidsdelingen, faste roller og ansvar. *Spesialisering* vil si at man konsentrerer seg om et avgrenset område og i mindre grad ser helhet. Spesialisering kan vanskeliggjøre kommunikasjonen og skape høye barrierer mellom yrkesgrupper og fagspesialiteter. Det er grunn til å tro at spesialisering kan medvirke til mindre faglig fleksibilitet i forhold til flyttbarhet og det å endre oppgaver (Repstad, 2004:159). Fordelen ved spesialisering og profesjonalisering er allikevel viktig å framheve. De fleste vil behandles av helsepersonell som er dyktige i det begrensede feltet slik at man opplever trygghet og kvalitet i helsetjenesten. Funn fra undersøkelsen viser at den faste arbeidsdelingen oppfattes lite bevegelig av flere respondenter: *”Sånn som i avdelingen hos oss, er det vel ikke egentlig noen gråsoner. Kontor gjør kontor, sykepleier gjør sykepleie. Vi slipper ikke helt inn.”* (respondent 2, helsesekretær). På en annen side henviser helsesekretæren til annen enhet i egen organisasjon hvor helsesekretæren har en helt annen rolle: *”Der tar de EKG og klargjør pasienten for doktoren. Sekretærene gjør jo det der”* (respondent 2, helsesekretær). Dette sier noe om at arbeidsdelingen og rollene i sykehuset ikke er fastlåste, men avhengig av den konteksten og det miljøet man befinner seg i.

Mellom enhetene og fagspesialitetene kan man også oppleve spesialiseringens bakside: *”Jeg tenker nok at vi lider av en sånn silotankegang. Vi har litt høye skott. Blant annet ser vi jo det i akuttmottaket. Der kan det hope seg opp pasienter i et fagområde, men ikke nødvendigvis hos de andre. Men det er ingen som tenker å strekke ut en hånd”* (respondent 6, avdelingssjef). Funnene tolker jeg først om fremst som en konsekvens av spesialisering, den faste arbeidsdelingen og etablerte roller som kjennetegner byråkratiet. Lite kultur og tradisjon for samarbeid på tvers, som noen respondenter påpeker, vil også ha stor

innvirkning. Men det er også grunn til å tro at strukturen med inndeling i avdelinger og seksjoner med rene fagområder og spesialiteter har en viss innflytelse. Videre antar jeg at avdelingsvise budsjett kan bidra til ”revirtenkning”. En annen vesentlig faktor er tidspresset og den begrensede ressurstilgangen som preger dagens sykehus, som er beskrevet innledningsvis i kapittel 5. En respondent forklarer det slik: *”Det er hektisk her liksom. Alle har mer enn nok med seg selv. Om de ikke i tillegg skal hjelpe andre. De trenger periodene hvor det er få pasienter for å greie å håndtere toppene, da”*(respondent 6, avdelingssjef).

Fleksibilitet

Rigide rammer og systemer i organisasjonen kan virke hemmende for samarbeid, fleksibilitet, nytenkning og oppgaveglidning. Denne respondenten beskriver behovet for fleksibilitet på denne måten: *”Og jeg tror at vi stort sett er villige til å strekke oss for å få ting gjort. De fleste forsøker jo å se pasientene i fokus, og tenke, hva er det som er viktig for den pasienten? Men for å få dette til, fungerer det ikke alltid med stive rammer og stive regler. Da må man kanskje finne noen smarte løsninger for å få det til. Og det passer ikke alltid inn i strenge skjemaer eller strenge rutiner og sånne ting”*(respondent 7, lege). Det kan tolkes som at organisasjonen i stor grad er preget av byråkratiets bakside, en demper for fleksibilitet og nytenkning.

Medisinsk og teknologisk utviklingen

Noen respondenter oppfatter at legene dras videre mot spesialisering og i takt med den medisinske utviklingen, som igjen kan endre arbeidsdelingen. Denne drivkraften kan også forstås som en profesjonsinteresse. Legens motivasjon til å strekke seg mot ny viten og nye interesser beskrives slik av en av respondentene: *” At de har lyst til etter hvert å gjøre egne ting. Spesialisere seg mot egne interesser, tror jeg også. Og slippe ting som ikke er så veldig spennende. Stell av diverse ting, sette injeksjoner, intravenøst, det er ikke så spennende oppgaver”* (respondent 8, avdelingssjef).

Denne helsesekretæren beskriver teknologiens betydning for endring av bemanning: *”(…).Vi fikk egne kontorledere og det ble tilført mer ressurser på kontor. Så kom man i gode tider igjen. Så plutselig får vi da innført et nytt datasystem. Når det nye datasystemet kommer, begynner man å snakke om å redusere ressurser igjen fordi at det skal gjøre hverdagen lettere, da”* (respondent 2, helsesekretær). Relativt få av

respondentene ser teknologisk og medisinsk utvikling som en fremmede faktor til endring av oppgavefordeling. En mulig forklaring kan være at den medisinske og teknologiske utvikling kan virke motstridende i forhold til sykepleierens (og helsefagarbeiderens) omsorgsideal og helhetlig pasientbehandling. Teknologiske nyvinninger bidrar ofte til mer effektiv behandling, kortere sykehusinnleggelse og redusert pasientkontakt.

Flere kilder, blant annet Helsedirektoratet, mener at den teknologiske og medisinske utviklingen vil få store konsekvenser for kompetansebehovet framover. Allerede i 1951 beskriver Everett Hughes at endringer i den medisinske teknologiske utviklingen og behandlingsmetoder vil kunne endre grensesonene mellom profesjoner (Hughes, 1951 i Andersen, 2011). I framtidens spesialisthelsetjenesten vil trolig behovet for teknologer, fysikere, ingeniører og informatikere øke. Videre vil utviklingen innen stamceller og nanomedisin kreve en kompetansetilførsel innen nanoteknologi, molekylærbiologi, nukleærmedisin, farmasi, immunologi, genetikk og hematologi (Helsedirektoratet, rapport IS-1966/2012: 71). Foruten endret kompetansebehov, er det grunn til å tro at den medisinske teknologiske utviklingen også vil skape et behov for at oppgavefordelingen mellom helsepersonell må organiseres annerledes. Kanskje vil noen yrkesgrupper bli overflødige i spesialisthelsetjenesten? Professor Erik Fosse ved Intervensjonscenteret, Oslo Universitetssykehus, framhever hvordan teknologiens framskritt vil fremme behov for endret organisasjonsstruktur og rolleendringer (Fosse, 2012). Dreining fra sykehusopphold til dagbehandling, blant annet på grunn av økt benyttelse av nye, minimalt invasive³⁰ inngrep kan kanskje minske behovet for pleiepersonell i sykehus. Det kan også ses i forhold til ett av målene til SØ 2015: *”ny sykehusstruktur og ny teknologisk infrastruktur gir en tydelig oppgavedeling og bedret tjenestekvalitet”*. Sykehuset er forventet å bli ett av landets mest høyteknologiske sykehus. Det er dermed grunn til å tro at det vil få store konsekvenser for arbeidsdeling og arbeidsformer framover.

Oppsummering

Ytre press fra helsemyndigheter og indre press fra arbeidsgivere vil kunne fremme alternative arbeidsformer som oppgaveglidning i håp om mer rasjonell og fleksibel bruk av ressursene. Innføring av foretaksreformen, NPM og utvidede pasientrettigheter ser ut til å

³⁰Minimalt invasive inngrep er en samlebetegnelse for inngrep med så lite inngrep i vev som mulig.

ha påvirket ressurstilgangen i Sykehuset Østfold. Mangel på enkelte yrkesgrupper og spesialister kan ha skapt et rom for lokale tilpasninger og løsninger, som eksempel oppgaveglidning. Profesjonsinteresser, med vekt på jurisdiksjon, fagidentitet og profesjonsstrid kan skape motstand og hemme utviklingen av jobbglidning. På en annen side kan oppgaveglidning fremmes i arbeidsmiljøer som er preget av et tverrprofesjonelt samarbeid basert på tillit. Det ser ut til at organisasjonsstrukturen har sentral betydning for oppgaveglidning, blant annet teamorganisering, fast arbeidsdeling og spesialisering og fleksibilitet. Den medisinske og teknologiske utviklingen blir ikke vektlagt av respondentene, men det er mye som tyder på at den vil få en sentral betydning i forhold til fremtidens kompetansebehov. Det er også rimelig å anta at en slik utvikling vil trekke legen mot videre spesialisering som kan skape en dominoeffekt av oppgaveglidning til annet helsepersonell. Store variasjoner i arbeidsdelingen mellom profesjoner gjør at konteksten og tiden man befinner seg i bør analyseres i sammenheng med behovet for oppgaveglidning.

Kapittel 6

Hva risikerer vi, og hvilke forhold har betydning?

Innledning

I debatten om oppgaveglidning er det mye usikkerhet rundt hvilke konsekvenser oppgaveglidning vil kunne gi (Helsedirektoratet, IS-1673/2009). Det er tydelig mangel på forskning på feltet. I kapittel 7 – ”Er det behov for oppgaveglidning?” vil årsaksforhold og de tilsiktede konsekvensene bli beskrevet. I dette kapittelet vil det være fokus på risikoen forbundet med oppgaveglidning og hvilke forhold som har betydning.

Hovedfunn

Funnene deler seg inn i tre hovedkategorier, med klar overvekt i førstnevnte ; kvalitet og pasientsikkerhet, avspesialisering og jobbtilfredshet.

I forhold til kvalitet og pasientsikkerhet, oppgir respondentene en rekke forhold de mener har betydning. Underkategoriene kan samles slik: Ledelse og kompetansestyring, kompetansebehov og kompetanseutvikling.

1. Ledelse og kompetansestyring
 - a. Lovgivning, retningslinjer og systemer (overordnet og lokalt)
 - b. Definere ansvar
 - c. Hvilke type oppgaver egnes, hvilke gjør ikke
 - d. Evaluering (eksempel prosjekt)
 - e. Tid (opplæring, supervisering)
 - f. Oppgaveglidning som kjedereaksjon nedover for å unngå overbelastning
2. Kompetansebehov
 - a. Overlappende kompetanse og mengdetrening
 - b. Formell kompetanse, uformell kompetanse (erfaringskompetanse) og personlig egnethet
 - c. Generalist og spesialistkompetanse

3. Kompetanseutvikling

- a. Formell (grunnutdanning, tilleggsutdanning)
- b. Kurs
- c. Supervisering

En oppfatning flere har, er at oppgaveglidning vil kreve tydelig ledelse og styring slik at systemer og rammer støtter oppunder endringen. Noen av respondentene mener at eventuell planlagt oppgaveglidning burde nedtegnes i lov: *"Hvis man finner ut at det er sånn man skal gjøre det, så må det også skje lovendringer(...). Altså, vi kommer tilbake til helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven. Vi må kanskje ha inn noe som sier noe om oppgaveglidning. Det må antageligvis veiledere til. Hva skal man ha oppgaveglidning på? Hva skal man ikke ha det?"* (respondent 6, avdelingssjef).

Kvalitet og pasientsikkerhet oppfatter flere kan sikres blant annet ved å definere hovedansvarlig og ved tilstrekkelig supervisering: *"Det må jo være noen som er hovedansvarlig så noen må jo ha en større kompetanse enn andre som står ansvarlig og som kan det de gjør, og det må jo defineres opp hvis det er problemer, hvem kontakter man i så fall da? Hvor får man hjelp hvis det ikke fungerer med delegeringen, eller glidningen?"* (respondent 7, lege).

En av respondentene påpeker behov for evaluering. Hvordan vil eventuell endret arbeidsdeling gi konsekvenser for kvaliteten i pasienttilbudet? Oppstart i form av prosjekt mener denne respondenten kan gi mulighet til evaluering om oppgaveglidning egnes for definerte pasientgrupper: *"...for det var ment som et prøveprosjekt på seks måneder(...) Er det riktig for disse pasientene, for disse faggruppene? At vi kan gjøre det sånn? Vil kvaliteten av tjenesten vi yter være bra nok? Er dette noe vi kan satse på på Kalnes (nytt Østfoldsykehus)? Det var det vi ønsket å prøve ut, da"* (respondent 6, avdelingssjef).

Ved spørsmål om hvordan sykehuset bør organisere seg for å få til oppgaveglidning , kommer behovet for avsatt tid til opplæring fram, spesielt i fokusgruppen. Respondenten trekker parallell til at det generelt er liten tid avsatt til faglig oppdatering: *"...Jeg tenker (...)disse e-læringskursa, hvor vi faktisk ikke får tid å gjøre de, får ikke dager avsatt til å gjøre det, vi får ikke tid i hverdagen til å gjøre det"*(fokusgruppe, sykepleier B).

I forhold til kompetansebehov oppfatter de fleste både formell kompetanse og uformell kompetanse (erfaringskompetanse) som avgjørende. Denne respondenten vektlegger i tillegg personlig egnethet: ” *Noen kvalifikasjoner må jo ligge i bunn. Men sånn strengt tatt kan jo mange læres opp til veldig mye, så det er vel mer personlig egnethet og individuell opplæring som er utslagsgivende. Men en viss basiskunnskap må jo ligge til grunn* ” (respondent 7, lege). Andre respondenter framhever betydningen av formelle kvalifikasjoner, i dette eksempelet tilleggsutdanning: ” *med den utdanningen som jeg har fått på universitetet x, så føler jeg meg veldig trygg i rollen og har veldig nært samarbeid med spesialist x, så det er veldig kort vei ved problemer* ” (respondent 3, sykepleier).

Videre viser funn at *overlappende kompetanse* kan oppfattes som et sentralt kompetansebehov for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet. Det innebærer også å opprettholde en *minimumskompetanse* for profesjonen som delegerer oppgaver: ” *Jeg tror at det er viktig at kompetansen i det sjiktet som skal delegeres, opprettholdes. Eksempel må man sørge for opplæring i prosedyrer og teknikker fra erfarne leger til mer uerfarne. Det må være en viss overlapp i kompetansen til den profesjonen som delegerer bort og den som mottar, eksempel mellom lege og sykepleier* ” (respondent 7, lege). Ved spørsmål om det vil bli behov for generalister versus spesialister og hvorfor, svarer de fleste som denne respondenten: ” *Det er behov for begge deler, generalister og spesialister(...). Vi må jo ha noen som har spisskompetansen også. Som går i dybden. Alle kan jo ikke gjøre det. Så vi er avhengige av begge.* ” (respondent 4, hjelpepleier).

En av respondentene mener at spesialutdanning kan miste sin verdi dersom en ”vanlig” sykepleier kan utføre samme arbeid, noe som er praksis ved denne enheten: ” *Føler vel det på en måte at du gir fra deg spesialiteten når andre sykepleiere skal gjøre samme oppgaven. Tenker vel kanskje at det ikke er så viktig med spesialutdanning lengre? Bare du får opplæring kan du gjøre akkurat det samme* ” (respondent 5, spesialsykepleier). Dette utsagnet kan tolkes i retning av *avspesialisering*, en mer likestilling av profesjonene og utdanningsnivåene innen den enkelte profesjon. På en annen side kan det forstås som konkurranse og profesjonsstrid.

Det å få nye og det å gi fra seg oppgaver oppfatter flere av respondentene kan ha betydning for *jobbtilfredsheten*. Det framkommer funn i retning av både økt og redusert jobbtilfredshet, både i forhold til å få og gi fra seg oppgaver. Det ser videre ut til å være avhengig av personen og hvilke typer oppgaver det dreier seg om: ”*Ja, det kan jo hende at de som får, allerede synes de har mer enn nok. Og at de synes det er veldig spennende. Det kan være todelt, det spørres hvilke oppgaver som blir tildelt. Og det gjelder også den som gir fra seg. Det kan føles som et kjempetap eller det kan føles som en lettelse. Så egentlig tror jeg nok følelsene kan være like, men todelt*” (respondent 8, avdelingssjef). En annen respondent mener tydelig at oppgaveglidning vil kunne gi økt pasienttilfredshet og jobbtilfredshet: ”*Du får mer fornøyde medarbeidere og pasienter. Mer fornøyde pasienter, fordi at du ser pasienten*”. (respondent 2, helsesekretær).

På grunn av oppgavens begrensning, er det kvalitet og pasientsikkerhet som fokus rettes mot i dette kapittelet.

Analyse og drøftning

Hva innebærer kvalitet i helse- og sosialtjenesten?

Norske helsemyndigheter har beskrevet seks krav til kvalitet. Disse baserer seg på samfunnets høringer, lovverkets krav samt faglige krav til kvalitet (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Kvalitet betyr at tjenestene er:

- Trygge og sikre
- Er virkningsfulle
- Har god ressursutnyttelse
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt
- Involverer brukerne og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet

Strategisk kompetansestyring

Funnene tyder på at usikkerheten rundt oppgaveglidning ofte er knyttet til spørsmål om kvalitet og pasientsikkerhet. Trygge og sikre tjenester samt god ressursutnyttelse inngår som to av seks krav til kvalitet i helse- og sosialtjenestene. Kvalitetsbegrepet har vært

brukt i en årrekke, mens pasientsikkerhetsbegrepet har fått mer oppmerksomhet de senere år innen det norske helsevesenet.

I spesialisthelsetjenesten er helsepersonellet utvilsomt den viktigste ressursen.

Lønnskostnadene står for ca 60% av kostnadene i spesialisthelsetjenesten

(Helsedirektoratet, IS-1966/2012). Ledelse og styring av personellressursene er derfor helt sentralt for kunnskapsbedrifter. Oppgaveglidning handler om hvordan kompetansen i organisasjonen benyttes eller styres.

Strategisk kompetansestyring og kompetansebegrepet kan forklares som:

"Strategisk kompetansestyring innebærer planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak for å sikre organisasjonen og den enkelte medarbeider nødvendig kompetanse for å nå definerte mål." (Lai, 2012:14)

"Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål."

(Lai, 2004 i Helsedirektoratet IS-1966/ 2012:9)

Det brukes som regel tre distinksjoner når det gjelder forståelsen av begrepet kompetanse:

- Individuell og felles kompetanse
- Generell og spesifikk kompetanse
- Formell kompetanse og realkompetanse (NOU1997:25 i Fauske & Nygren 2010)

Mobilisering av kompetanse

Lai (2012) deler inn i flere ulike kompetansestrategier. I forhold til oppgaveglidning er mobilisering av kompetanse og kompetanseutvikling sentralt. Lai påpeker at organisasjonen først bør mobilisere tilgjengelig kompetanse før det brukes ressurser på kompetanseutvikling og ekstern rekruttering. Mobilisering av kompetanse innen egen organisasjon handler om flere ting, blant annet å nyttegjøre seg de kvalifikasjonene medarbeidere har tilegnet seg gjennom kompetansehevende tiltak (ibid.). Meisingset (2011) skriver i sin masteravhandling at dette også kan handle om å vurdere ny

arbeidsdeling mellom profesjonene og oppgaveglidning, til tross for at det kan være en "het potet" (Meisingset, 2011: 96).

Lai (2012) mener at kompetansemobilisering påvirkes av individuelle og organisatoriske realiseringsbetingelser:

Individuelle realiseringsbetingelser

- Subjektiv mestringstro
- Motivasjon
- Personlige egenskaper og behov

Organisatoriske realiseringsbetingelser

- Organisasjonsstruktur
- Organisasjonskultur
- Belønningssystem

Kompetansebehov

Spesialistkompetanse, generalistkompetanse og faglig fleksibilitet

Når kompetansen kan brukes i et bredt felt og av mange arbeidsgivere, kalles det for *generell kompetanse* eller *generalistkompetanse*. Hvis personens kompetanse kun kan brukes i noen spesielle sammenhenger, kalles det for *spesifikk kompetanse* eller *spesialistkompetanse* (Fauske & Nygren, 2010). Spesialistkompetansen er en smal og særegen kompetanse profesjonene kan tilegne seg gjennom videreutdanning eller spesialisering utover grunnutdanning. Den kan også utvikles gjennom lang erfaring innen et visst avgrenset fagområde (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011: 315)

I den tradisjonelle betydningen handler *fleksibilitet* om å være smidig, føyelig og tilpasningsdyktig, og i en mer aktiv betydning det å se nye muligheter i situasjoner og gripe dem (Claussen & Karlsson, 2009). Med *faglig fleksibilitet* forstås det her å ha evnen til å kunne jobbe innenfor nye arbeidsformer og kanskje krysse de tradisjonelle profesjongrensene. Videre det å kunne jobbe innenfor flere fagområder og på tvers av enheter. Man kan se økt bruk av fleksibilitet fra arbeidsgivers side innenfor norske sykehus, inkludert SØ, med opprettelse av kombinasjonsstillinger og bemanningspool. Jeg

tenker at dette krever økt faglig fleksibilitet, en utvikling som trolig vil øke med framtiden. Fleksibilitetens ulempe er et omstridt tema, som man ikke kommer dypere inn på i denne avhandlingen.

Erichsen (1996) hevder at det er grunnlag for ytterligere spesialisering i virksomhetens kjerneområde, men at avspesialisering ser ut til å forekomme i helsetjenestens randsoner. Hun viser blant annet til utvikling av generalisten med Reform 94 og innføringen av omsorgsarbeideren som hadde elementer fra ulike fag, eksempel hjelpepleie og barnepleie (Erichsen, 1996:54). I et rasjonelt perspektiv er generalistkompetanse mer forenelig med oppgaveglidning enn spesialistkompetanse. Som Repstad (2004) poengterer, kan spesialisering skape mindre *faglig fleksibilitet* i forhold til flyttbarhet og det å endre oppgaver (ibid:159). Det er store muligheter for at spesialister vil yte mer motstand til å gi fra seg oppgaver enn generalisten, som ikke har utviklet ”revir” som spesialisten. Generalister blir som ”poteten”, kan benyttes til flere formål, på tvers av fagområder og enheter. Man kan også se at kravene fra omgivelsene endrer seg, eksempel at pasientene som kommer inn på sykehus i dag, har et mer komplekst sykdomsbilde hvor det trolig vil være behov faglig fleksibilitet - det å kunne flere fagområder. Denne respondenten viser til ny sykehusstruktur og, slik jeg tolker det, faglig fleksibilitet: ”Så ser vi også at det at vi blir mer i behov av generalister. Det ser vi også utefra sykehusstrukturen at vi dreier oss mot fremtiden og mot Kalnes. En av de nye sengepostene som skal åpne, er sengeposter for akutt indremedisin. Så det er det samme om det er hjerte, gastro eller nyre. Det er en akutt indremedisinsk sengepost. Det tror jeg også er riktig. Da slipper du den diskusjon, ja, han er nyrepasient, men hva kommer han inn med?” (respondent 6, avdelingssjef).

Med den akselererende medisinske og teknologiske utviklingen er det likevel grunn til å tro at spesialistbehovet også vil fortsette. Funnene i denne undersøkelsen tyder på at det er rom både for generalistkompetanse og spesialistkompetanse framover.

Spesialistkompetanse ser ikke ut til å være et hinder for oppgaveglidning innenfor samme fagområde, vel å merke. Relevante eksempler er sykepleiere som har overtatt spesialistoppgaver i poliklinikk innenfor et svært avgrenset område (Hustavsnes, 2011).

Betydningen av overlappende kompetanse og mengdetrening

Overlappende kompetanse er den kompetansen som flere faggrupper i det tverrfaglige samarbeidet eier, men ikke nødvendigvis alle. Fra sengepost kan det være betydelig

overlappende kompetanse mellom lege og sykepleier, mens lite mellom sykepleier og fysioterapeut (Bredland 2002 i Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011).

Med *mengdetrening* siktes det til tilstrekkelig volum av en spesiell prosedyre eller aktivitet, slik at helsepersonellet har tilstrekkelig kompetanse til å utføre den med hensyn til kvalitet og pasientsikkerhet.

Ut fra funnene er det grunn til å tro *at overlappende kompetanse* og mengdetrening vil kunne fremme pasientsikkerhet ved glidning av enkelte oppgaver . Overlappende kompetanse innebærer å opprettholde en *minimumskompetanse* for profesjonen eller yrkesgruppen som delegerer oppgaver. Dette forutsetter mengdetrening i den enkelte prosedyre eller aktivitet. Begrunnelsen vil være at den som delegerer en oppgave har tilstrekkelig kompetanse til å kunne supervisere og kvalitetssikre den helserettede aktiviteten. Hvem skal ellers sykepleieren henvende seg til når noe går galt ved en delegert legeoppgave, hvis ikke den medisinske ansvarlige kan veilede? Hvem skal helsefagarbeideren henvende seg til ved problemer ved intravenøse infusjoner dersom ikke sykepleieren opprettholder kompetansen? Dette er et område det er delte meninger om. Funn fra studien til Davina Allen (1997) ”*The nursing-medical boundary - a negotiated order?*”, viser at de fleste leger gladelig gir fra seg oppgaver som de oppfatter som rutinemessige og lavstatus, eksempel å legge inn PVK³¹. Flere av legene i denne studien er derimot skeptiske: ”*Especially putting in cannulas. I think that’s very important. I think it is a vital skill that doctors should really have*” (Interview-PRO, Allen, 1997). Legene i denne studien er delte i meningene om oppgavene burde deles med sykepleierne eller permanent overføres. Her kommer man trolig tilbake til spørsmålet om ansvar. I Norge viser Claessen (2012) til diskusjon i lederutvalget i Norsk overlegeforening 23.november 2011 hvor kvalitet og ansvars fikk fokus. Det kom fram synspunkter om at ledelsen bør jobbe med kvalitetssystemer og opplæring slik at *ansvaret*, og ikke bare *oppgaven* kan delegeres til andre. I forhold til bruk av medhjelpere, sier helsepersonelloven at det er legen som har det overordnede medisinske ansvaret og må sørge for tilstrekkelig opplæring og oppfølging av den som får delegert en oppgave. I lederutvalget var det videre enighet om at mengdetrening i prosedyrer for LIS³² ikke burde nedprioriteres i forhold til delegering til andre yrkesgrupper. Bekymringen i forhold til å opprettholde tilstrekkelig

³¹ PVK er forkortelsen for perifer venekanyle, i dagligspråket kalt venflon.

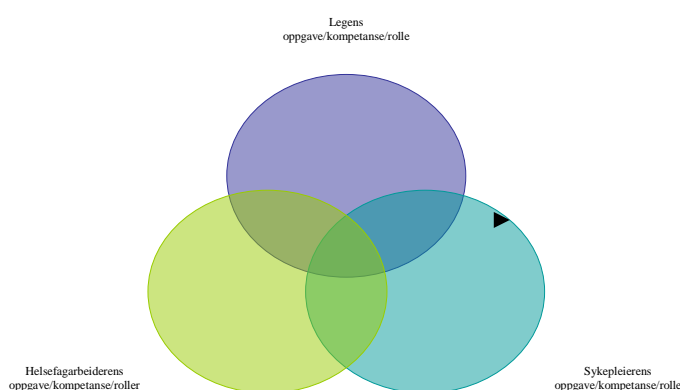
³² LIS er betegnelse på lege i spesialisering.

kvalitet på LIS-utdanningen samsvarer også med funn fra masteravhandlingen "Profesjonsgrenser i medisinsk bildediagnostikk. Tid for ny arbeidsdeling" (Vigeland 2010: 43). Disse oppfatningene er rasjonelle med hensyn til å kunne opprettholde en minimumskompetanse og kunne supervisere. Slik jeg tolker primærdata og sekundærdata, må behovet for overlappende kompetanse og mengdetrening ses i sammenheng med hvem som sitter med hovedansvaret. Er det en aktivitet med selvstendig ansvar, eksempel at sykepleieren legger inn en veneflon, er det sykepleieren som er ansvarlig om noe skulle gå galt. Det vil si at legen ikke trenger å veilede og supervisere og har trolig mindre behov for overlappende kompetanse. En annen mulig oppfatning er at dette bør være en basisferdighet hos en lege med hensyn til akutte situasjoner. Er det derimot en oppgave slik som respiratorbehandling, tenker jeg at hovedansvaret ligger hos legen, og at han eller hun burde opprettholde kompetanse ved tilstrekkelig mengdetrening. Osvold (2011) påpeker nettopp dette dilemma hvor ofte sykepleieren står for håndteringen av medisinsk teknisk utstyr der legen ofte ikke har tilstrekkelig kompetanse. Legen står allikevel med hovedansvaret (ibid.).

I annen forskning, tidsskrifter og teori om fenomenet oppgaveglidning kommer behovet for overlappende kompetanse lite tydelig fram. Heller ingen distinksjon mellom å dele oppgaver, eller overføring av oppgaver. Det kan forstås som at oppgaver "glir", uten sikring av overlapp. Slik jeg forstår funnene, kan oppgaveglidning uten overlappende kompetanse ved enkelte pasientrettede oppgaver utgjøre enn viss pasientrisiko. Dette vil antageligvis påvirkes av flere faktorer, som blant annet om profesjonen har eller får et selvstendig ansvar, hvor stor pasientrisiko aktiviteten utgjør og hvor god kompetanse den nye yrkesgruppen tilegner seg. Innen teori om tverrfaglig samarbeid kommer derimot overlappbegrepet frem. I det tverrprofesjonelle samarbeidet mener Rodrigez (2005) at profesjonene må vise anerkjennelse, forstå avhengigheten og akseptere "gråsoner" hvor deres arbeidsområde vil kunne overlappe hverandre. Bredland (2002) viser også til behovet for overlappende kompetanse i det tverrprofesjonelle samarbeidet, spesielt når teamet står overfor komplekse og diffuse oppgaver og problemstillinger (Bredland 2002 i Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011: 309).

Overlappende kompetanse, roller og oppgaver kan illustreres slik som figur 6.1.

For eksempel vil både sykepleieren og helsefagarbeideren betrakte stell og pleie av pasienten som en del av sin *yrkesrolle* og sine *oppgaver*, og det vil være en betydelig overlapp. Graden av overlapp mellom kompetanse, roller og oppgaver vil kunne være svært varierende over landegrensene, fra organisasjon til organisasjon og innen ulike enheter. Det finnes ingen fasit for optimal arbeidsdeling eller grad av overlapp. Det er i ytterkanten av et autoritetsområde (jurisdiksjon) at vi finner *gråsonene*. De kan være preget av uklarheter, konflikter om arbeidsoppgaver, autoritet og ansvar. Til tross for mulige konflikter, viser drøftningen at en viss overlapp er viktig for å sikre kvalitet og sikkerhet i behandlingen av pasienten.



Figur 6.1

Overlappende oppgave, kompetanse og rolle (Tine Sælid 2013).

Kompetanseutvikling

Formell kompetanse og realkompetanse

Med *formell kompetanse* menes den kompetanse som kan dokumenteres gjennom utdanning eller godkjente sertifiseringsordninger. I hovedsak er formell utdanning kunnskapsbasert, men vil variere på tvers av yrker og utdanning. For yrkesgrupper som faller inn under profesjoner, eksempelvis sykepleier og lege, stilles det spesifikke krav til formell utdanning for å kunne utføre bestemte oppgaver eller funksjoner (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011: 315).

Realkompetanse viser til den samlede kompetanse som tilegnes gjennom formell utdanning, yrkeserfaring og annen organisasjonsdeltagelse, samt gjennom privatliv og familieliv. En persons realkompetanse omfatter dermed summen av både formell og uformell kompetanse. Uformell kompetanse er det motsatte av formell kompetanse og tilegnes gjennom erfaringslæring (Lai, 2012).

Formelle kvalifikasjoner –en sikring av nødvendig kompetanse?

Når man i hverdagspråket skiller mellom realkompetanse og formell kompetanse, snakker man i stedet om *formelle kvalifikasjoner*. En formelt tildelt kvalifikasjon har også en reell eksistens som en *sosial konstruksjon*, basert på bestemte kriterier som utdannelsessystemets aktører har blitt enige om. Det er som kjent ingen garanti for at den kvalifiserte personen i en reell situasjon, det vil si utenfor konteksten hvor den aktuelle kvalifikasjonen er konstruert, i virkeligheten mestrer, eller har nødvendig kompetanse til å utføre de oppgavene som vedkommende formelt sett er kvalifisert til å mestre. En person uten de formelle kvalifikasjoner kan allikevel ha nødvendig kompetanse til å kunne mestre de faglige oppgavene (Fauske & Nygren, 2010). Dette kan sammenlignes med helsemyndighetenes syn på fremtidig behov for oppgaveglidning og tilegnelse av kvalifikasjoner mer uavhengig av profesjon (Helsedirektoratet IS-1673 03/2009). Ved Lovisenberg Diakonale Sykehus i Norge knyttes oppgaveglidning mot kompetanseoverføring for å kvalitetssikre oppgaven. Ved atrieflimmerpoliklinikken har en sykepleier fått delegert legeoppgaven med å dosere Marevan³³. Hun viser ikke til formalisert utdanning, men lang erfaring og nødvendig opplæring. Legen er tilgjengelig for konferering. Hustavenes (2012), sjef for helsefag ved sykehuset, vektlegger spesielt at oppgaveglidningen er basert på tillit. Legens involvering i prosessen er avgjørende (Hustavenes i Hærnes, 2012). Dette tyder på at formalisert tilleggsutdanning ikke er en forutsetning for oppgaveglidning. Ved enkelte oppgaver kan realkompetansen være tilstrekkelig. Personlig egnethet for den som mottar og tillit mellom profesjonene kommer fram både gjennom funn fra denne undersøkelsen og gjennom andre oppgaveglidningsprosjekter (Bowler & Mallik 1998, Hærnes 2012). Det har betydning at den som delegerer en oppgave til et annet helsepersonell, vet hva den andre står for og kan, og dermed har tillit til at den kan utføre det forsvarlig. Respondenter i fokusgruppen er

³³ Marevan er et blodfortynnende medikament som benyttes til behandling av atrieflimmer. Det terapeutiske speilet er snevert, og det er tradisjonell legeoppgave å forordne og dosere Marevan.

åpen for en form for sertifisering for å sikre at den som mottar en ny oppgave, kan utføre denne.

I andre sammenhenger, som en av respondentene påpeker, vil oppgaveglidning kunne kreve formell tilleggsutdanning, eksempel for at en sykepleier kan utføre en spesiell hjerteundersøkelse. Funnene tyder på at mange er opptatt av formell utdanning, endring av grunnutdanning eller tilleggsutdanning for å kunne ta imot nye oppgaver, avhengig av hvilket nivå oppgaven ligger på. Formell utdanning gir en økt kvalitetssikring og trygghet til å overta nye oppgaver. Utenlands ser man et spekter av variasjoner fra langvarig formell tilleggsutdanning, som eksempel for ”advanced nurse practitioners” i Storbritannia og Finland til lokale kompetanseprogram for opplæring av SOSU-assistenten i Danmark (Brusselkontoret 2012, Statusrapport for oppgaveglidning for sosu-assistenten i Region Hovedstaden, 2008). I SØ får servicemedarbeiderne et lokalt opplæringsprogram med kompetansekrav (Sluttrapport – servicemedarbeider- gjennomføring av pilot, 2011). Dersom den nye medarbeideren blir en suksess, vurderes det som en egen fagutdanning på sikt.

Effektiv delegering

Oppgaveglidning kan forstås som delegerede oppgaver. Funnene knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet med underkategorier finner man igjen i denne teoretiske modellen for effektiv delegering til Neuman. Neuman's 4 S modell står for *safety* (sikkerhet), *staffing* (bemanning), *schooling* (utdanning) og *supervision* (supervisjon) (Neumann i Milstead, 1993 i Hagström, Olsson & Leppert, 1998: 43). Supervisering innebærer blant annet opplæring, konferering og tilbakemelding (feedback) fra den som delegerer til den som mottar en ny oppgave. Supervisering kan også forstås på lavere nivå, eksempel ved at sykepleier veileder helsefagarbeider i å observere og ta ned intravenøse drypp. Sykepleierne i fokusgruppen presiserer spesielt behovet for opplæring og oppfølging ved oppgaveglidning.

Funn fra denne undersøkelsen tyder på at tilgjengelig supervisering øker tryggheten til profesjonen som mottar en ny oppgave. Sykepleieren (respondent 3), som til daglig utfører en type hjerteundersøkelse, viser til en formell tilleggsutdanning og har tilgjengelig supervisering i dag. Tilgjengelig superviserende lege ser respondenten som en forutsetning for å kunne utføre arbeidet forsvarlig og skaper trygghet i delegeringen av undersøkelsen.

Neumann's fire S'er kan man også finne igjen ved flere andre vellykkede tiltak knyttet til nye roller og oppgaveglidning (Hærnes 2012, Hagelund 2006). Sikkerhet, opplæring og supervisjon oppsummerer dessuten WHO (2012) som en av de generelle, betydningsfulle faktorene ved implementering av oppgaveglidning (WHO, 2012:78).

For noen oppgaveglidningsprosjekter i Danmark har utfordringen primært vært *tid* til opplæring og kompetanseutvikling i en hektisk hverdag (Statusrapport oppgaveglidning Syddanmark, 2008). Funn fra denne undersøkelsen tyder også på at tilstrekkelig tid til opplæring og faglig oppdatering er en utfordring i hverdagen. Samlet kan det forstås at mangelfull opplæring, lite tilgjengelig supervisjon og oppfølging kan redusere pasientsikkerhet og kvalitet på helsetjenesten og redusere tryggheten til helsepersonellet ved delegering av oppgaver.

Oppsummering

Dette kapittelet omhandler hvilken risiko som er forbundet med oppgaveglidning og hvilke forhold som kan ha betydning. Funnene deler seg inn i tre hovedkategorier, med klar overvekt på førstnevnte : Kvalitet og pasientsikkerhet, avspesialisering og jobbtilfredshet. I forhold til kvalitet og pasientsikkerhet er det grunn til å tro at ledelse og kompetansestyring, kompetansebehov og utvikling er sentrale faktorer. Formell utdanning er i mange tilfeller vurdert som nødvendig, mens erfaringskompetanse og personlig egnethet også vil ha betydning. Det er rimelig å anta at faglig fleksibilitet blant helsepersonell til å kunne benyttes på tvers av tradisjonelle roller, på tvers av enheter og fagområder vil øke. Både generalistkompetanse og spesialistkompetanse oppfatter man som fremtidige kompetansebehov. Det ser ut til at utdanning, sikkerhet og supervisering er sentrale faktorer for effektiv delegering av oppgaver. Utfordringen vil trolig være tilstrekkelig tid i en hardt presset arbeidshverdag til kompetanseutvikling og supervisering slik at kvalitet, pasientsikkerhet og trygghet kan ivaretas.

Kapittel 7

Er det behov for oppgaveglidning?

Innledning

Behovet for ny arbeidsfordeling og nye roller for helsepersonell blir i hovedsak forklart med helsepersonellmangelen som ventes, spesielt mot 2030. Det interessante i denne avhandlingen er hvordan den operative kjernen, de ulike yrkesgrupper og profesjoner vurderer dette behovet. Funnene blir her presentert.

Hovedfunn

Respondentene oppfatter et behov for en mer rasjonell benyttelse av eksisterende kompetanse, og at oppgaveglidning kan være en gunstig arbeidsform. Behovet varierer fra sengepost til poliklinikk. Hovedårsaken til behovet begrunnes med ressursmangel.

Respondentene som har lederroller ser ut til å ha økt fokus og opplever behovet som større enn de som jobber som medarbeidere. Noen uttrykker en viss usikkerhet og etterlyser en avklaring om hvilke type oppgaver som egnes til oppgaveglidning, og at implementeringen blir kvalitetssikret. Pasientsikkerheten står høyt. Det er en forutsetning at systemer og rammer støtter oppunder oppgaveglidningen. Risikoen knyttet til oppgaveglidning beskrives nærmere i kapittel 6 "Hva risikerer vi, og hvilke forhold har betydning?"

Områder og oppgaver som flere mener egner seg til "glidning" kan oppsummeres slik:

- Ikke-pasientrettet arbeid
 - Oppgaver servicemedarbeider har fått tildelt, sekretærarbeid og portørtjeneste
- Enkle, tekniske og rutinepregede oppgaver
- Poliklinikk
- Teamorganiserte grupper

Analyse og drøftning

Erfaringer fra sengeposten

Fokusgruppen bestående av sykepleiere, hjelpepleiere og sekretær fra medisinsk sengepost er spesielt oppmerksom på endring av arbeidsdeling etter at den nye medarbeideren, servicemedarbeideren, har kommet inn i enheten. Her er det oppgaveglidning fra sykepleier og helsefagarbeider til servicemedarbeider og sekretær som er mest aktuelt. Flere av respondentene i fokusgruppen forklarer at endrede arbeidsvilkår for sykehusansatte de senere år skaper behovet for bedre arbeidsflyt, blant annet gjennom oppgaveglidning. En arbeidshverdag preget av ressursknapphet, dårligere pasienter, høyere turnover, stadig flere pålagte oppgaver, kommer fram gjennom hele fokusgruppeintervjuet. I store trekk er erfaringene med innføringen av servicemedarbeideren at den har gitt mer tid til pasientrettet arbeid, jevnere arbeidsbelastning og mer flyt i arbeidet. En hjelpepleier forteller om en positiv opplevelse etter å ha jobbet med servicemedarbeideren:

”Fordi at jeg slipper et sånt stresspunkt bak i nakken, at du må ut på kjøkkenet og passe på det ene og det andre, samtidig som du holder på med målinger og med å legge pasienter.”
(fokusgruppe, hjelpepleier B).

Erfaringene med økt arbeidsintensitet kan forstås i sammenheng med tidligere kutt av støttepersonell og assistentfunksjoner gjennom flere år. Den største omveltningen kom ved SNU-96, hvor flertallet av hjelpepleiere og barnepleiere ble fjernet fra SØ og erstattet med færre sykepleiere. Dette var en landsomfattende reform. Noen mener at økende spesialisering er årsaken, andre mener at det er profesjonsstrid som ligger bak (Helsedirektoratet rapport IS-1673 03/2009). Rasjonalisering av servicefunksjoner påpeker også Vike (2002). Hun mener at en slik utvikling kan medføre at helsepersonell må utvide sin yrkesrolle for å ivareta funksjoner som ikke lenger tilbys, eller i redusert grad (Vike, 2002 i Osvold, 2010). Dette kan forklare lettelsen som denne hjelpepleieren beskriver. Servicemedarbeideren ser ut til å kompensere et udekket behov i enheten, de ikke-pasientrettede oppgavene.

Innføringen av servicemedarbeideren har også medført noen bekymringer og frustrasjoner. Flere opplever at servicemedarbeideren blir overbelastet og at det fortsatt er uklart hvilke

oppgaver og ansvar den nye yrkesgruppen har. Hjelpepleieren her uttrykker sin bekymring slik:

”Jeg ser at den servicemedarbeideren vi har er forferdelig stressa, og da tenker jeg at det må ikke bli EN til som blir like stressa som oss. Det er sikkert kjempeflott, men det må fram hva som er oppgavene og et system som de kan jobbe etter” (fokusgruppe, hjelpepleier A).

Til tross for at innføringen har vært planlagt og innført gjennom et prosjekt, savner flere mer tydelige avklaringer i forhold til oppgavefordeling, spesielt mellom servicemedarbeider og helsefagarbeider. Noen respondenter mener at ledelsen med fordel burde hørt på innspill fra dem oppgaveglidningen berører: *”En som har jobbet hos oss (på sengeposten), hun har fått jobb som servicemedarbeider, (...), som jeg sa til henne, hun kunne fortelle, hva behovet våres er. Hun har jo jobbet tett sammen med oss, og da sa hun at ho har prøvd, men de hører ikke på henne. Hun har sittet og rukket opp handa i møter, og.....så da er det ikke så lett, når man ikke blir hørt?”* (fokusgruppe, hjelpepleier B).

Sykepleierne i fokusgruppen er noe skeptiske til å få flere oppgaver fra legene, da de allerede har fått delegert mange oppgaver. De er spesielt bekymret for overbelastning. En sykepleier i fokusgruppen er skeptisk til en slik utvikling: *”Det at man får for mye å gjøre. Rett og slett for mye, at man stadig får nye oppgaver som gjør at man bare får mer å gjøre.”* (fokusgruppe, sykepleier A). De mener at oppgaveglidning må innebære at oppgaver ”glir” nedover slik at ingen yrkesgruppe blir overbelastet. De er positive til oppgaveglidning dersom det vil gi en bedre arbeidsdag for alle yrkesgruppene, en bedre arbeidsflyt og dersom pasientsikkerheten ivaretas. Fare for overbelastning finner man også igjen i andre studier (Mustajoki, 2006:43). Det er ingen overraskelse at det er sykepleierne i fokusgruppen som påpeker dette. Det er mye som tyder på at sykepleiere ofte havner i en overbelastet rolle i spenningsfeltet mellom medisinske legedelegerte oppgaver og pleie- og omsorgsoppgaver. Dette dilemmaet beskriver også Osvold (2010) i sin doktoravhandling *” Ansvar og yrkesrolle - om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus.”*

Ved spørsmål om hvilke områder i sykehuset oppgaver lettest kan ”gli”, svarer en hjelpepleier: *” På posten, den nærmeste kjernen, der vi jobber tett sammen, da er det lettere med kommunikasjonen blant annet, når vi er nære hverandre”* (respondent 4,

hjelpepleier). Oppfatningen om at oppgaveglidning oftest vil fungere i team blir også bekreftet av andre respondenter. Teamstruktur beskrives i kapittel 5 som en fremmede faktor til oppgaveglidning.

Erfaringer fra poliklinikk

Innen poliklinikk ser det ut som oppgaveglidning er et mer kjent begrep og etablert praksis ved enkelte enheter. I poliklinikk er det mest aktuelt med oppgaveglidning fra lege til sykepleier. Respondentene innenfor poliklinikk forklarer behovet for oppgaveglidning, både med hensyn til mangel på spesialist, optimalisert bruk av kompetanse og behov for fleksibilitet. Diabetespoliklinikken i SØ blir gitt som et eksempel hvor det har vært lang tradisjon med at sykepleierne i hovedsak ivaretar diabetesoppfølgingen, og ikke legen. Flere av respondentene viser til eksempler på at sykepleiere ved poliklinikker i SØ har overtatt tradisjonelle legeoppgaver, som det blir gitt eksempler på i kapittel 5. Det gjelder særlig enkle, rutinepregede oppgaver. En avdelingssjef forteller om planene om et oppgaveglidningsprosjekt. De ønsket å opprette en sykepleierdrevet poliklinikk, med mål om å ta unna kontrollene innen et par pasientkategorier. Ventelisteutviklingen var urovekkende og de manglet legespesialist innen fagfeltet. Respondenten mente at et prosjekt ville øke legitimiteten blant annet i rekrutteringen, men fikk avslag på søknaden om et organisasjonsutviklingsprosjekt. Slike tiltak ble forventet som en del av driften. Respondenten forteller at det er en stor utfordring å få planlagt og iverksatt slike ny tiltak samtidig med drift. Normalt er det ikke rom for annet enn å opprettholde drift. Økt fokus på ventelister og krav om effektivitet finner vi igjen i Oppdragsdokumentet 2013 fra Helse Sør-Øst. Presset fra eier har eskalert de siste årene. Føringer og oppdrag 2013 innebærer at helseforetakene må påse at:

- Lovverket til rettighetspasienter er overholdt
- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal være under 65 dager
- Det skal ikke forekomme fristbrudd

(Oppdragsdokumentet 2013, SØ intranettside 09.04.13)

Dette kan forklare presset som poliklinikkene står overfor og et økt behov for oppgaveglidning som en lokal løsning på spesialistmangel. Uttalelsene om at

oppgaveglidning egnes innenfor poliklinikk og team gjenspeiler tiltak ved andre sykehus (Hærnes 2012, Hustavsnes 2011).

Andre påpeker behovet for en mer optimalisert benyttelse av eksisterende kompetanse. En helsesekretær beskriver det slik: ” *Jeg bruker jo bare den administrative delen av utdanningen (...). Her i Sykehuset (...) så tenker de DIPS og den biten der, tenker jeg* ” (respondent 2, helsesekretær). Hun forteller videre at hun kunne utført mer direkte pasientarbeid, blant annet tatt EKG, blodtrykk og vekt. Dette inngår også i helsesekretærutdanningen og gjøres ved andre enheter og legekontorer. Flere påpeker mangelen på sekretærressurs, spesielt kvelder og helger. Denne legen opplever generelt at hun ”drukner” i administrativt arbeid på bekostning av pasientkontakt og etterlyser et bedre skille mellom det kliniske og papirmessige arbeidet. Respondenten forteller om en vakt i akuttmottaket hvor det manglet sekretær på jobb: ” *Vi har hatt overflytninger til Oslo med dårlige pasienter, så er det ingen til å skrive. Og det er jo de som kan det slik at det sendes riktig. At det kommer i riktig journal, at det kommer til riktige mottakere, at det ikke blir gjort noen feil der (...) da bruker man jo masse tid på det* ” (respondent 7, lege). Økt behov for ressurser innen kontorfaglige oppgaver kan ses i sammenheng med økte rapporteringskrav og fokus på ventelistehåndtering. Helse Sør-Øst (eier) har intensivert kravene betraktelig de senere år.

Funnene tolker jeg dit hen at oppgaveglidning ikke er løsningen i enhver situasjon med ressursmangel. I disse sistnevnte situasjonene er det kanskje heller behov for endret bemanningssammensetning? Kanskje ville det være mer hensiktsmessig å endre en sykepleierstilling til sekretærstilling? Om det er endring i kompetansesammensetning eller oppgaveglidning kommer trolig an på flere forhold, blant annet arbeidets karakter og hvilken kompetansesammensetning man har ved en enhet. Man kan stille spørsmålet: Hvilken kompetanse er nødvendig for at pasienten skal få helsetjenesten han eller hun er i behov av? Hvilket helsepersonell trengs for å utføre de ulike aktivitetene?

En av respondentene er usikker på om det er oppgaveglidning det vil bli mest behov for framover. Respondenten oppfatter derimot behov for det jeg oppfatter som *organisatorisk fleksibilitet* for å få best mulig pasientflyt. For å kunne ha pasienten i fokus, opplever respondenten at smarte og fleksible løsninger er forhindret av regler og rammer. Dette

beskrives i kapittel 5 "Hvilke faktorer fremmer og hemmer oppgaveglidning?"

Respondenten gir videre et eksempel på en flaskehals, mangel på portør i ferieperioder, som bidrar til forsinket operasjon: *"...i Fredrikstad for eksempel, et av hovedproblemene i sommer vet jeg har vært det å ikke ha portørtjeneste. De hadde en portør på vakt med fullt kjøør av pasienter og når du ringer etter en pasient som skal til operasjon så kommer du ikke i gang fordi vi ikke hadde portører. Og det tenker jeg er sånne ting som burde kunne løses og da er det jo andre som kan trille en seng.... om det er doktoren, sykepleier eller hvem det er, om man får flere portører, men det er jo en del oppgaver som man kan bytte på å gjøre for å få ting til å gå raskere"* (respondent 7, lege). Det ser ut til at mangel på støttetjenester som sekretær og portør oppfattes som hindre for organisatorisk fleksibilitet og god pasientflyt. Flere mener at det er økende behov for slike tjenester.

Oppsummering

Det vil være flere ulike faktorer som spiller inn om det er behov for oppgaveglidning. Behovet for oppgaveglidning er blant annet avhengig av tid, kontekst og ressurstilgang som beskrives i kapittel 5. Usikkerhet knyttet til endrede oppgaver og roller beskrives i kapittel 6. De fleste respondentene i undersøkelsen mener det er behov for oppgaveglidning, men innenfor definerte oppgaver og områder. De oppgavene og områdene som mange mener egnes, er ikke-pasientrettede oppgaver og enkle, rutinepregede oppgaver. Flere opplever mangel på støttetjenester som sekretær- og portørtjeneste. Det er spesielt innenfor poliklinikk man ser at oppgaveglidning kan være hensiktsmessig, samt der hvor man jobber i team. Mangel på ressurser blir begrunnet som en hovedårsak til behov for oppgaveglidning både innenfor sengeposten og poliklinikkene. Ved ressursmangel bør det trolig vurderes om det er endret bemanningssammensetning eller oppgaveglidning som er behovet. Om ikke oppgaveglidning er løsningen, oppfatter flere behov for optimalisert bruk av kompetanse og økt organisatorisk fleksibilitet. I forhold til den forventede helsepersonellmangelen er det også andre viktige tiltak som vil bli sentrale. Det innebærer blant annet rekruttering, å klare å beholde eksisterende kompetanse og å få flere som i dag jobber deltid til å jobbe heltid (Meisingset, 2011:77).

Kapittel 8

Hva er erfaringer med og oppfatninger om oppgaveglidning?

Innledning

I dette kapittelet er målet å sammenstille essensen fra de fire forskningsspørsmålene i kapittel 4-7. Hvordan kan primær- og sekundærdata hovedsakelig forstås? Hvilke hensyn bør tas i betraktning før slike endringsprosesser iverksettes? Hvilken betydning har kontekst? Kapittelet er delt i to, hvor man først ser oppgaveglidning i et rasjonelt-instrumentelt perspektiv opp mot et institusjonelt perspektiv. Kapittelet og avhandling avsluttes med et sammendrag og en konklusjon.

Rasjonelt-instrumentelt perspektiv versus et institusjonelt perspektiv

Grunnleggende for det rasjonell-instrumentelle perspektivet er synet om at organisasjoner antas å fungere i henhold til universelle mekanismer og logikker, nærmest som naturlover, og kan avdekkes gjennom forskning (Røvik 2007, Busch 2007). Perspektivet har mange likheter med det strukturelle perspektivet. Det kan se ut som at helsemyndigheter i stor grad har overtatt et rasjonelt-instrumentelt perspektiv. Ved hjelp av velformulerte mål og analyser, kan man implementere oppgaveglidning som en steg-for-steg prosess etter en best-practice modell. Tenkning som kjennetegner NPM, blant annet kostnadseffektivitet, ser også ut til å ha en viss innflytelse.

Det presset som helsemyndigheter og sykehusledelse utøver overfor organisasjonene ved å peke på kommende krise og muligheter dette åpner for, det vil si mangel på helsepersonell fremover og behovet for en mer fleksibel arbeidsdeling, kan man finne igjen i Kotter (1995) og hans endringsmodell (Kotter 1995 i Busch, Johnsen, Valstad & Vanebo, 2007). Samtidig vil det å være viktig å skape en visjon om det ønskede sluttresultat. Mange av respondentene viser til motivasjonen om å øke kapasitet, få ned ventelister, øke pasienttilfredsheten, øke jobbmotivasjonen hos medarbeidere som mottar nye oppgaver og gi muligheter for videre spesialisering for yrkesgrupper som delegerer fra seg oppgaver.

De fleste av respondentene vektlegger betydningen av endringsledelse med klar målformulering og bakgrunn for endringen: ”*Hvorfor skal vi gjøre en endring? Hva oppnår man med, altså hva er målet med å gjøre endringene på en måte, og at man da har med involverte aktører som kjenner til arbeidshverdagen best*”(respondent 2, helsesekretær).

Uttalelsen til denne respondenten får også fram en *institusjonell tilnærming* ved å inkludere dem som blir berørt av endringen, det vil si en ”bottom-up” endringsstrategi. Flere av respondentene poengterer behovet for å involvere aktører som blir berørt, og spesielt medisinsk ansvarlig lege for å ivareta pasientsikkerhet og å forebygge motstand. *Involvering* står videre sentralt i endringsmodellene til Armenakis og Bedeian (1999) hvor fokuset rettes mot å bygge ned motstand. Strategien går ut på å gjøre dem som er berørt av endringen til aktive endringsagenter (Armenakis & Bedeian, 1999 i Busch, Johnsen, Valstad & Vanebo, 2007).

I motsetning til det institusjonelle perspektivet, representerer det rasjonell-instrumentelle perspektivet troen på top-down ledelse, hvor ledere blir sett på som verktøy til å skape effektive prosesser og på *strukturelle endringer*. Med utgangspunkt i funn fra denne undersøkelsen, vil det være nødvendig med føringer fra helsemyndigheter ved eventuell styrt og omfattende oppgaveglidning. Flere av respondentene ser et behov for lovendringer hvor oppgaveglidning og tydelig ansvar blir definert. Slik data tolkes, bør det differensieres i om oppgaveglidningen dreier seg om arbeidsdeling, selvstendig ansvar eller delegering. I tillegg bør man finne systemer som kan støtte oppunder oppgaveglidning, eksempel endring i arbeidsbeskrivelser, rollebeskrivelser og prosedyrer: ”...*hvis det (oppgaveglidning) skal være mer altovergripende og strukturert så er det noe som kanskje bør tas på ett høyere nivå også. Hvilke forventninger og roller har man til en lege, til en sykepleier, til portører og til en sekretær? Hva forventes at de skal gjøre og hva kan andre gjøre? Og at det ligger noen føringer for det fra staten. Og det mangler kanskje på veldig mange måter*”(respondent 7, lege). På en annen side, mener flere av respondentene at sykehuset er preget av byråkratiske trekk, som stive rammer og regler, noe som kan motvirke *organisatorisk fleksibilitet*. Behovet for strukturelle rammer og systemer samtidig med fleksibilitet kan virke motstridende. Det kan belyse noe av kompleksiteten ved fleksible roller og endring i oppgavefordeling i byråkratier. Til tross for at noen av

respondentene etterlyser overordnede føringer i forhold til oppgaveglidning, har man en oppfatning om at for sterk top-down ledelse, som i et rasjonelt-instrumentelt perspektiv, kunne skape sterk motstand: ”Skulle man skulle beslutte en oppgaveglidning der spesialisten ikke er enig, at sykehuset eller Helse Sør-Øst skulle fatte en beslutning, jeg har ikke noe eksempel, men at man gjennomfører noen ting der du ikke har støtte fra den som gir fra seg. For da kommer den som skal ta imot, ikke få den støtten den trenger, men bli møtt med aggressivitet” (respondent 3, sykepleier).

I et *rasjonelt-instrumentelt* perspektiv vil det være nyttig å rette fokus mot andre vellykkede oppgaveglidningsprosjekter, analysere hvordan de har gått fram, steg for steg og deretter forsøke å overføre denne ideen til ny kontekst. Røvik (2007) bruker begrepet dekontekstualisering - når praksiser oversettes til ideer, og kontekstualisering - når ideer oversettes til praksis. Det vil være relevant å høste erfaringer fra andre europeiske land som Storbritannia, Finland og Danmark hvor har man i flere år har utviklet nye roller og benyttet helsepersonellet mer fleksibelt for å sikre befolkningen nødvendige helsetjenester. Å etterlikne land og organisasjoner med vellykkede oppgaveglidning, kan også forklares gjennom *institusjonell teori*. Bakgrunnen kan være å framstå som moderne eller følge moten. Homogeniseringsprosessen omtaler Powell og Di Maggio (1991) som *institusjonell isomorfisme* og *imiteringsmessig spredning* (Powell og Di Maggio 1991 i Busch, Johnsen, Valstad & Vanebo, 2007). Spørsmålet er om ”best- practice” innen oppgaveglidning kan overføres til andre kontekster. Det er grunn til å tro at det i praksis er flere forhold som må vurderes før ideer i forhold til oppgaveglidning oversettes til praksis i ny kontekst. Funn fra blant annet studien ”*If changing skill-mix is the answer, what is the question?*”, tyder på at konteksten med hensyn til blant annet politiske, sosiale, organisatoriske og økonomiske forhold bør vurderes før man beslutter å endre arbeidsdeling og bemanningssammensetning og på hvilken måte det bør implementeres (Buchan, Ball & O`May, 2001). Likeledes viser også primærdata at oppgaveglidning som en strukturell organisasjonsendring må ses i sammenheng med kontekst. Et relevant eksempel er respondenten som viser til at legene ved et sykehus i Tyskland benyttes til oppgaver som i Norge regnes som sykepleieroppgaver. Ressurstilgangen er en sentral faktor i spørsmål om oppgaveglidning. Funn viser også store variasjoner i forhold til arbeidsdeling mellom profesjoner innen eget sykehus, eksempel fra sengepost til poliklinikk og fra enhet til

enhet. Kontekstavhengigheten går mer i retning av en *institusjonell tilnærming* til det å endre oppgaver og ansvarsområder.

I det institusjonelle perspektivet bør endringer skje langsomt. Definisjonen av *”institusjoner”* er grunnfestet i gjentatte handlinger og felles oppfatninger av virkeligheten. Institusjoner er et resultat av en sosial prosess, der felles måter å gjøre ting på stivner over tid, og til slutt blir *”måten å gjøre ting på”* (Busch, 2007). Her rettes fokus mot kultur og verdier, heller enn de strukturelle trekkene ved organisasjonen. Kulturen er ifølge Lundquist (1988) den variabelen i en organisasjon som er vanskeligst å påvirke utenfra. Kulturendringer kan være spesielt utfordrende i kunnskapsbedrifter som sykehus med profesjoner som har sterk faglig autonomi, makt og jurisdiksjon. Ved spørsmål om hvordan arbeidsdelingen er mellom profesjonene ved enheten, svarer denne respondenten: *”..... sånn som den er i dag, er den delt inn på en gammel tradisjon, liksom. Sånn som det har vært på sykehuset. Hva legen skal gjøre, hva sekretæren skal gjøre og.... Nei, den er tradisjonelt inndelt, rett og slett”* (respondent 6, avdelingssjef). En annen respondent beskriver det lignende: *” Sånn som i avdelingen hos oss, er det vel egentlig ikke noen gråsoner. Kontor gjør kontor, sykepleier gjør sykepleie. Vi slipper ikke helt inn”* (respondent 2, helsesekretær). Slik dataene tolkes, kan profesjonskultur, maktstrukturer og tradisjoner virke hemmende for en mer fleksibel oppgavefordeling og rolleendring i organisasjonen. Dette bør trolig tas med i analysen før man kan finne hensiktsmessige tiltak i forhold til oppgaveglidning. Flere funn viser at SØ i sterk grad har byråkratiske trekk, som blant annet spesialisering og *”vanntette skott”* mellom fagspesialiteter og enheter, som vanskeliggjør samarbeid på tvers. Byråkratiske trekk kan også gi utfordringer i forhold til fleksibel arbeidsfordeling og smidige faggrenser. Dette er imidlertid ikke tilfelle i hele organisasjonen. Ved flere enheter, blant annet ved diabetespoliklinikken, har man over flere år praktisert oppgaveglidning fra lege til sykepleier. Her vil trolig teamarbeid være institusjonalisert og dermed en naturlig arbeidsform for yrkesgruppene. Primær- og sekundærdata tyder på at det er hensiktsmessig å endre den sosiale strukturen til mer teambasert struktur i forhold til oppgaveglidning. Fordelen med teamorganisering er at man jobber nært, man vet hvilken kompetanse de ulike besitter og dermed kan det være lettere å stole på hverandre. På spørsmål om hvilke områder oppgaveglidning egnes, svarer en av respondentene: *” Sikkert mellom de som er nærmest hverandre i arbeidsoppgaver, de som har mest med hverandre å gjøre. Sånn at man kjenner litt til hverdagen og har sett*

andre gjøre det mye før” (respondent 7, lege). Arbeid i tverrfaglige team er for øvrig ett av målene for nytt Østfoldsykehus.

I et institusjonelt lederskap vil kommunikasjon, språkutvikling og det å skape mening være avgjørende. Det innebærer å skape en felles forståelse av organisasjonen, dens omgivelser og de ledelsesutfordringene en står foran (Røvik 2007, Busch 2007). Det er sentralt å finne ut hva som kan skape motstand og hvordan det kan forebygges. I et institusjonelt perspektiv vil det være sentralt å analysere mulige reaksjoner fra profesjoner og yrkesgrupper, både det å gi fra seg og å motta nye oppgaver samt å iverksette tiltak i forhold til dette. Funn kan tyde på at begge situasjonene kan oppleves både positivt og negativt, og at det i stor grad er situasjons- og individavhengig. Ved spørsmål om hvordan negative reaksjoner kan forebygges, beskriver denne sykepleieren det slik: *”Informasjon. Kommunikasjon. Tror jeg. Åpenhet, Hvorfor gjør vi det. Det går på informasjon. Det tror jeg er den beste måten å forebygge det meste på”* (respondent 3, sykepleier). Disse faktorene framkommer også i endringsmodellene til Armenakis og Bedeian (1999). Flere studier viser at omstilling generelt øker usikkerhet blant ansatte, spesielt i forhold til eget arbeid, redusert rolleklarhet og tap av kontroll (Jakobsen, Sørlie, Guttormsen & Finstad, 2010). Oppgaveglidning som endring kan tenkes å forsterke denne usikkerheten. Studier viser at endringsprosesser i komplekse organisasjoner, som sykehus, sjelden er vellykkede. Det fordrer gradvis implementering, jmfør det institusjonelle perspektivet. Involvering, dialog og anerkjennelse anses som viktig for å redusere de ansattes usikkerhet i endringsprosesser (ibid.).

Ovennevnte drøftning viser at det ene perspektivet ikke utelukker det andre. Begge perspektivene kan være relevante. Flere forhold har betydning, blant annet hvilken type endring man står overfor, hvilken fase i endringsprosessen man er i og hva som karakteriserer konteksten man befinner seg i. For at ledere skal kunne få en bedre forståelse for organisasjoner, organisasjonsendringer og endringsledelse viser Bolman og Deal (2009) til betydningen av kunne innta ulike perspektiver.

Sammendrag og konklusjon

Fenomenet oppgaveglidning har i praksis eksistert i all tid, men har fått fornyet teoretisk aktualitet i sammenheng med den forventede helsepersonellmangelen framover. Flere andre europeiske land, som Storbritannia, Finland og Danmark har gjennom flere år endret roller og oppgavefordeling mellom helsepersonell for å sikre befolkningen nødvendige helsetjenester. Man kan også oppleve et økt helsepolitisk press i Norge. Oppgaveglidning har nylig blitt satt på den helsepolitiske dagsorden og debatteres i dag i flere norske fagmiljøer.

Undersøkelsens kontekst er egen organisasjon, Sykehuset Østfold. Det er valgt en kvalitativ casestudie, hvor det benyttes metodetriangulering. Undersøkelsen starter med en pilot, et fokusgruppeintervju, med respondenter fra sykepleietjenesten ved en medisinsk sengepost. Det er spesielt erfaringer med og oppfatninger om innføring av den nye yrkesgruppen ”servicemedarbeider” som her får oppmerksomhet. Undersøkelsen består videre av sju dybdeintervjuer med respondenter fra medisinsk sengepost, medisinsk og kirurgisk poliklinikk samt representanter fra sykehusets avdelingsledelse. Profesjonene og yrkesgruppene som deltar er spesialsykepleier, sykepleier, hjelpepleier, sekretær og lege. Hovedproblemstillingen i undersøkelsen er:

”Hva er erfaringer med og oppfatninger om oppgaveglidning?”

Samlet viser funnene at oppgaveglidning er et komplekst og et flertydig begrep. I debatten om oppgaveglidninger er det spesielt ansvarsavklaring som diskuteres; arbeidsdeling, selvstendig ansvar eller delegering?

Oppgaveglidning blir i hovedsak oppfattet som en rasjonell måte å benytte personalressursene i organisasjonen som kan gi bedre arbeidsflyt. Funn tyder på at ressursmangel, både på tid og personell, er den viktigste driveren. Helsereformer, økte brukerrettigheter og NPM har trolig bidratt til endret ressurstilgang. Den medisinsk teknologiske utviklingen forventes å fortsette og vil sannsynligvis kunne påvirke framtidens kompetansebehov og arbeidsdeling. Med hensyn til nytt Østfoldsykehus i 2015

og en utvidet og ny teknologisk utstyrspark, er det rimelig å anta at eksisterende arbeidsdeling vil bli utfordret.

Profesjongrenser, tradisjonell arbeidsdeling og yrkesroller samt samarbeidsutfordringer på tvers av profesjoner og enheter blir av flere ansett som hemmende for utvikling av oppgaveglidning. De byråkratiske trekkene ved sykehuset kan vanskeliggjøre fleksibel arbeidsfordeling og smidige faggrenser. Mange av respondentene vektlegger betydningen av endringsledelse, spesielt i forhold til å forebygge motstand. Samlet tyder primærdata og sekundærdata på at behovet for og tiltak i forhold til oppgaveglidning bør ses i sammenheng med den konteksten man befinner seg i. WHO (2012) påpeker at guidelines og implementering av oppgaveglidning må være avhengig av hvilket land man befinner seg i, profesjonenes rolle, hvilket helsepolitisk system som finnes og hvilke finansieringsordninger som er gjeldende. Det finnes i dag betydelige variasjoner i forhold til hvordan profesjonene fordeler arbeidet seg imellom. Internt i sykehuset vil det være ulikt behov for oppgaveglidning i sengepost og poliklinikk. Muligens bør det gjøres en differensiering i behov for oppgaveglidning eller endret bemanningssammensetning? Noen respondenter framhever heller behovet for mer optimalisert bruk av kompetanse og økt organisatorisk fleksibilitet framfor oppgaveglidning.

Forskning og evaluering i forhold til eksisterende oppgaveglidningstiltak vil kunne bidra til at helsemyndigheter og sykehusledelse kan finne tilpassede og mer kvalitetssikrede systemer. Per i dag mangler man evidensbasert kunnskap på feltet. Til tross for at både primærdata og sekundærdata viser til behovet for overordnede systemer og rammer, blant annet nedtegnelse i lovverk, er det grunn til å tro at tiltak bør utformes med sterk involvering av det lokale miljøet der oppgaveglidningen finner sted. Det er rimelig å anta at det er *”den som har skoen på, som vet hvor skoen trykker”*, og har bedre forutsetninger for å finne konstruktive løsninger og kvalitetssikrede systemer enn kun ved toppstyrt oppgaveglidning. Videre vil det trolig være en fordel om medisinsk ansvarlige leger er initiativtaker og/eller utformer til oppgaveglidningstiltak fra leger til sykepleiere. Uansett kontekst, er det en oppfatning om at kvalitet og pasientsikkerhet først og fremst må ivaretas. Opplæring, supervisering og trygghet er nøkkelbegreper i denne sammenheng. Funn tyder på at oppgaveglidning kan gi konsekvenser i forhold til jobbtilfredshet, pasienttilfredshet, og muligens avspesialisering.

Oppgaver og områder som respondentene mener egner seg for oppgaveglidning er ikke-pasientrettet arbeid, eksempel oppgaver som i dag er tillagt servicemedarbeider, sekretær og portør. Oppgaver som lettest kan ”gli” ser ut til å være enkle, rutinepregede oppgaver. Det er rimelig å anta at oppgaveglidningstiltak lettere kan gjennomføres innen poliklinikk og der hvor man jobber i team. De mest vellykkede oppgaveglidningsprosjektene befinner seg innenfor disse områdene.

I tiden framover vil det bli interessant å følge de helsepolitiske føringene i forhold til endrede roller og oppgavefordeling i Norge. I Jonas Gahr Støres tale om behovet for en bedre og smartere oppgavedeling, foreslår han spesielt oppgaveglidning fra lege til sykepleier i poliklinikk (Pressemelding, Helse- og omsorgsdepartementet, 30.01.2013). Når SSB’s beregninger viser en forventet mangel av, spesielt, sykepleiere og helsefagarbeidere og ikke leger, kan det tyde på at fokus også bør rettes mot yrkesgrupper på lavere nivå. Uansett om helsemyndigheter vil øke presset på styrt oppgaveglidning eller ikke, er det grunn til å tro at oppgaveglidning fortsatt vil eksistere og utvikles lokalt som en kreativ løsning og tilpasning til de rammene og ressursene man må forholde seg til.

Avslutningsvis siteres et utdrag fra Sykehuset Østfolds leveregler:

”Vi ser muligheter, ikke begrensninger.”

Referanser

- Abbot, A. (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. The university of Chicago Press, Chicago and London.
- Allen, D. (1997). *The nursing-medical boundary: a negotiated order?*
Sociology of health & Illness Vol.19 No.4 ISSN 0104-9889 pp.498-520
- Allen, D. (2001). *The changing shape of nursing practice: The role of nurses in the hospital division of labour*. London. Routledge.
- Andersen, H.L.(2011). *Nye oppgaver og profesjonsgrenser i sykehjem- er ny arbeidsdeling veien å gå?* Masteroppgave, Avd. for helseledelse og Helseøkonomi, Universitetet i Oslo.
- Andersen, S. (1997). *Case-studier og generalisering*.
Bergen. Fagbokforlaget.
- Bowler,S., & Mallik, M.(1998). *Role extension or expansion: a qualitative investigation of the perceptions of senior medical and nursing staff in an adult intensive care unit*. Intensiv and critical Care Nursing 14, pp. 11-20. Harcourt Brace & Co.Ltd.
- Brusselkontoret (2012). *Nye oppgaver, nye roller –Europas helsevesen i endring*.
Hentet 03.juli fra
<https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/1034960/Oppgavegidning%20-%20Nye%20oppgaver%20nye%20roller%20-%20Europas%20helsevesen%20i%20endring.PDF>
- Buchan, J., Ball, J., & O`May, F. (2001). *If changing skill mix is the answer, what is the question?* Journal of Health Services Research & Policy, 6 (4): 233 -8.
Edinburgh.
- Busch, T., Johnsen, E., Klausen, K., & Vanebo, J.O.(2011) *Modernisering av offentlig sektor: Trender, ideer og praksiser*.
3.utg. Oslo. Universitetsforlaget.
- Busch, T., Johnsen, E.,Valstad, S.O., & Vanebo, J.O. (2007). *Endringsledelse i et strategisk perspektiv*.
Oslo. Universitetsforlaget.
- Busch,T., Vanebo, O.J., & Dehlin, E.(2010) *Organisasjon og organisering*.
6.utg. Oslo. Universitetsforlaget.
- By, E.(2012). *Oppgaveglidning: Viktig med en konstruktiv debatt*.

- Tidsskrift Overlegen*, 1/2012:10. Hentet fra
<http://legeforeningen.no/PageFiles/29156/Overlegen%20nr.%201%202012.pdf>
- Claessen, M.(2012). Jobbglidning over profesjongrensar: Klare for nye løsnings?
Tidsskrift Overlegen, 1/2012:18-19. Hentet fra
<http://legeforeningen.no/PageFiles/29156/Overlegen%20nr.%201%202012.pdf>
- Claussen, T.(2012, 22.mai). Forelesning i metode. HIØ.Halden.
- Claussen, T., & Karlsson, J.(2009). *Den sköra balansen. Arbeidslivet mellom fleksibilitet og stabilitet*. Växjö. Repro, Växjö universitet.
- Deloitte (2008). *Makroanalyse av bemanning og produktivitet i somatisk spesialisthelsetjeneste*. Rapport på oppdrag fra Arbeidsgiverforeningen Spekter. Versjon 10.juni 2008. Hentet fra
http://spekter.no/Global/Rapporter/Egne_rapporter/makroanalyse%20av%20Obemanning.pdf
- Egge, A. (2012). Innlegg fra redaktøren: Kjære kollegaer.
Tidsskrift Overlegen, 1/2012:3. Hentet fra
<http://legeforeningen.no/PageFiles/29156/Overlegen%20nr.%201%202012.pdf>
- Fagforbundet (2012). Er jobbglidning i helsevesenet svar på fremtidens utfordringer?
Tidsskrift Overlegen, 1/2012:14-15. Hentet fra
<http://legeforeningen.no/PageFiles/29156/Overlegen%20nr.%201%202012.pdf>
- Fauske, H., & Nygren, P.(2010). *Handlekompetanse og ideologi: Individ, profesjon og samfund*. Denmark. Dansk psykologisk forlag.
- Fosse, E.(2012). Helsetjenesten i endring- utfordringer og muligheter.
Hentet fra
<http://helenorge.nho.no/getfile.php/filer%20og%20vedlegg/Erik%20Fosse.pptx>
- Frich, J. (2011). Jobbglidning- et lederperspektiv.
Tidsskrift Overlegen, 1/2012:6-8. Hentet fra
<http://legeforeningen.no/PageFiles/29156/Overlegen%20nr.%201%202012.pdf>

- Grund, J.(2006). *Sykehusledelse og helsepolitikk: Dilemmaenes tyranni*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Grømno, S.(1996). *Forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnæringer i samfunnsforskningen*. I H.Holter og R.Kalleberg. *Kvalitative metoder i samfunnsforskningen*. Oslo. Universitetsforlagets Metodebibliotek.
- Hagström, G., Olsson, H., & Leppert, J.(1998). *Delegering av arbeidsoppgifter från sjuksköterska til undersköterska: Resultat av en studie på medisinska og kirurgiska vårdavdelingar*. Västerås. Vård i Norden 2/1998, Publ.No.48 Vol.18 No.2 PP42-47
- Harrocks, S., & Anderson, E.(2002). *Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors*. Salisbury C. 2002; 324 (7341):819-23.
- Hatch, M.J. (2007). *Organisasjonsteori: Moderne, symbolske og postmoderne perspektiv*. Norsk utg. 8.opplag. Oslo. Abstrakt Forlag.
- Hatch, M.J.(2011). *Organisasjonsteori. Moderne, symbolske og postmoderne perspektiv*. Norsk utg. 9.opplag. Oslo. Abstrakt Forlag.
- Hedegaard Hein, H., & Larsen, B. (2007). *De nye profesjonelle: Fremtidens roller for de velutdannede*. København. Jurist- og økonomiforbundets forlag.
- Helle, J. (2011). Jobbglidning- trussel eller mulighet? *Tidsskrift Overlegen*, 1/2012:4-5. Hentet fra <http://legeforeningen.no/PageFiles/29156/Overlegen%20nr.%201%202012.pdf>
- Helsedirektoratet rapport IS-1673 03/2009. *Utdanne nok og utnytte godt: Innenlandske bidrag for å møte den nasjonale helsepersonellutfordringen*. Oslo. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet rapport IS- 1966/2012. *Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten: En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030*. Oslo. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet rapport IS-1967/2012. *Prioriteringer i helsesektoren: Verdigrunnlag, status og utfordringer*. Oslo. Helsedirektoratet.
- Helsepersonelloven. (2001). *Kapittel 2. Krav til helsepersonellens yrkesutøvelse. §4.Forsvarlighet .§ 5. Bruk av medhjelpere*.

- Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra
<http://www.lovddata.no/all/hl-19990702-064.html>
- Hofstad, E.(2012a). Avlaster legene.
Tidsskrift Sykepleien. Hentet fra
<http://www.sykepleien.no/nyhet/883682/avlaster-legene>
- Hofstad, E.(2012b). Pleieassistenter syr og gipser.
Tidsskrift Sykepleien. Hentet fra
<http://www.sykepleien.no/nyhet/883968/pleieassistenter-syr-og-gipser-beinbrudd>
- Hustavsnes, M. (2012). Oppgaveglidning ved Lovisenberg Diakonale Sykehus.
Tidsskrift Overlegen, 1/2012:12-13. Hentet fra
<http://legeforeningen.no/PageFiles/29156/Overlegen%20nr.%201%202012.pdf>
- Hærnes, N. (2012). Doserer Marevan.
Tidsskrift Sykepleien. Hentet fra
<http://www.sykepleien.no/nyhet/883994/doserer-marevan>
- Jacobsen, D.I.(2004). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*.
Bergen. Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D.I.(2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskaplig metode*.
2.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jakobsen, R., Sørli, V., Guttormsen, T., & Finstad, H.H. (2010). *Å stå utenfor endringsprosesser på egen arbeidsplass*.
Vård i Norden 3/2010.Publ.No.97 Vol.30 No.3 PP 9-13
- Jensen, J.W.(2007). Ja tak til oppgaveglidning.
UGESKR LÆGER 169/44. Udgivet av Lægeforeningen.
- Kaufmann, G., & Kaufmann, A.(2009). *Psykologi i organisasjoner og ledelse*.
4.utg. Bergen. Fagbokforlaget.
- Kristoffersen, N., Nortvedt, F., & Skaug, E. (2011).*Grunnleggende sykepleie, bind 1*.
Oslo. Gyldendal Akademisk.
- Kruuse, E.,(2007). *Kvalitative forskningsmetoder - i psykologi og beslektede fag*.
6.utg. Danmark. Dansk Psykologisk forlag A/S.
- Kvale, S., & Brinkmann, S.(2009). *Det kvalitative forskningsintervju*.
2 utg. Oslo. Gyldendal Akademisk.

- Kunnskapssenteret (2011). Hverdagsbeskrivelser fra norske sykehus- resultater etter en landsomfattende undersøkelse blant sykepleiere 2009. Kunnskapssenteret. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Hverdagsbeskrivelser+fra+norske+sykehus.+Resultater+etter+en+landsomfattende+unders%C3%B8kelse+blant+sykepleiere+i+2009.13580.cms>
- Lai, L.(2012). *Strategisk kompetansestyring*. 2.utg. Bergen. Fagbokforlaget.
- Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, & Sibbald B. *Substitution of doctors by nurses in primary care*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004;(4):Art. No.: CD001271. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub2.
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid: Perspektiv og strategi*. 2.utg. Oslo. Universitetsforlaget.
- Lintz, L.(2009). Vi ønsker mere opgaveglidning. *Ugeskr Læger* 2009;171(26):2159
- Lundquist, L.(1998). *Demokratiens vokter: Embetsmannen och vårt offentlige etos*. Malmø. Studentlitteratur.
- Meisingset, M.B.(2011). *Strategisk kompetansestyring i Sykehuset Østfold: Hvilke forhold har betydning for sikring av rett kompetanse?* Masteroppgave i Organisasjon og ledelse, Høgskolen i Østfold, Halden.
- Mintzberg, H.(1983). *Structures in Fives: Designing effective organisations*. New Jersey. Prentice/Hall International, Inc.
- Molander, A., Terum, L.I.(2008). *Profesjonsstudier*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Morgan, D.L.(1993). *Successful Focus Groups*. Newbury Park. Sage.
- Mustajoki, M.(2006). Behövs en ny arbetsfördelning? Föredragssammanfatning. *Vård i Fokus* 4/2006.
- Nyhlen, B., & Støkken, A. M.(2002). *De profesjonelle*. 1.utg. Oslo. Universitetsforlaget.
- Orvik, A.(2004). *Organisatorisk kompetanse: I sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo. Cappelen Akademisk Forlag.

- Osvold, N.(2010). *Ansvar og yrkesrolle. Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus*. Avhandling for philosophiae doctor. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo.
- Pasientrettighetsloven (2001). *Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 annet ledd, og prioriteringsforskriften § 2*. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra [www.lovdata.no](http://www lovdata.no)
- Prosjektgruppen (2011).*Sluttrappport- Servicemedarbeider- gjennomføring av pilot*. Sykehuset Østfold. Fredrikstad.
- Ramsdal, H., Skorstad, E.J., & Strøm, Ø.(2009) *Fleksible organisasjoner: Alternative strategier og arbeidsmiljømessige konsekvenser*. HIØ. Rapport 2009:1.
- Røvik, K (2007). *Trender og translasjoner: Ideer som former det 21.århundrets Organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Repstad, P.(2004). *Dugnadsånd og forsvarsverker*. Oslo. Tano Forlag.
- Repstad, P.(2004). *Sosiologiske perspektiver for helse- og sosialarbeidere*. 2.utg. Oslo. Universitetsforlaget.
- Rodriguez, S.M.(2005). *The determinants of successfull collaboration: A review of theoretical and empirical studies, Journal of interprofessional Care* (May 2005) Supplement 1: 132-147.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for Kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*. Oslo. Sosial- og helsedirektoratet.
- Spesialisthelsetjenesteloven (2001). *Kapittel 3, §3-8 Sykehusenes oppgaver og § 3-9 Ledelse i sykehus*. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra www.lovdata.no
- Statusrapport for oppgaveglidning på sundhedsområdet i region Nordjylland* (2008) [http:// www.personalweb.dk/04Z4552366](http://www.personalweb.dk/04Z4552366)
- Statusrapport for oppgaveglidning på sundhedsområdet i region Syddanmark* (2008) [http:// www.personalweb.dk/04Z4553367](http://www.personalweb.dk/04Z4553367)
- Statusrapport for oppgaveglidning for sosu-assistenten i Region Hovedstaden* (2008) [http:// www.personalweb.dk/04Z4553365](http://www.personalweb.dk/04Z4553365)
- Steenberger, A.(2009). Sykeplejersker er aksene i diabetesomsorg. *Ugeskrift Læger* 2009;171(26)2159

- Steinmetz, L.L.(1981). *Delger riktig*.
Inst. For lederskab og lønsomhed, Århus.
- St.meld. nr. 13 (2011–2012). *Utdanning for velferd*.
Oslo. Kunnskapsdepartementet.
- St. meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen*.
Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Texmon, I., & Stølen, N.M.(2009). *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030*. Statistisk Sentralbyrå. Rapport 2009/9. Hentet fra
http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_200909/rapp_200909.pdf
- Willumsen, E.(2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid – i praksis og utdanning*.
1.utg.Oslo. Universitetsforlaget.
- World Health Organization (2007). *Task Shifting Global Recommendations and Guidelines*. Switzerland.
- World Health Organization (2012). *Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting*.
Hentet fra
<http://www.optimize-mnh.org>
- Yukl, G.(2013). *Leadership in organizations*.
8th edition. Pearson educational Limited.

Til

.....

Dato

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgave

Jeg går på masterstudiet i organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Østfold. Nå jobber jeg med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er ” Tid for endring i arbeidsdelingen mellom profesjoner?” Det er flere faktorer i samfunnet som vil kunne påvirke endring av arbeidsdeling, som blant annet demografiske, teknologiske, økonomiske, sosiale og organisatoriske faktorer. *Jeg ønsker å undersøke om det er behov for økt oppgaveglidning, hvilke forutsetninger som ligger til grunn for oppgaveglidning, samt betydningen av fleksibilitet for å kunne ivareta sykehusets oppgaver.*

Fenomenet "oppgaveglidning" innebærer at oppgaver som tradisjonelt sett tilhører en profesjon flyttes til en annen profesjon. Oppgaveglidning er ikke et nytt begrep. I flere europeiske land som Storbritannia og Danmark har dette vært på dagsorden i mange år. I Norge har det vært rettet lite oppmerksomhet mot dette området. Det har allikevel fått fornyet aktualitet i forbindelse med helsepersonellutfordringene den norske helsesektoren står ovenfor fremover. En forventet mangel på kvalifisert helsepersonell i fremtiden bidrar til at det stilles spørsmål ved hvordan den eksisterende kompetansen kan benyttes på en mest mulig rasjonell måte.

Jeg er interessert i profesjonene/yrkesgruppenes egne tanker, oppfatninger og meninger i forhold til problemstillingen. For finne ut av dette ønske jeg å ha et fokusgruppeintervju med 6-8 personer fra sykepleietjenesten ved en sengepost som er inkludert i prosjekt "servicemedarbeider". Med bakgrunn i resultatet fra fokusgruppen vil jeg senere foreta individuelle dybdeintervjuer. Det er ønskelig å intervju totalt 7 personer som jobber ved poliklinikk og sengepost hvor oppgaveglidning forekommer. Profesjonene som er aktuelle å dybdeintervjue er leger, sykepleiere, helsefagarbeidere og sekretærer.

Jeg vil benytte båndopptaker og samtidig ta notater underveis i intervjuene.

Fokusgruppeintervjuet vil vare ca 1-1,5 time. Det samme vil de individuelle dybdeintervjuene. Jeg håper du ønsker å delta i :

Fokusgruppeintervju Individuelle intervju

Både fokusgruppeintervju og individuelle intervju

Det er frivillig å være med, og du har når som helst mulighet for å trekke deg, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg, vil data som er samlet inn bli slettet. Opplysninger som kommer frem gjennom undersøkelsen vil bli behandlet konfidensielt, slik at ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den endelige oppgaven. Prosjektet skal avsluttes 01.11.13 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes.

Dersom du har lyst til å være med på intervju, er det fint om du tar kontakt med meg på tlf 97883189, eller ved å sende meg en e-mail til: tinsal@so-hf.no

Med vennlig hilsen
Tine Sælid
Herresalveien 82 B
1727 Sarpsborg

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om undersøkelsen om fenomenet "oppgaveglidning" og ønsker å stille på intervju.

Signatur.....Telefonnummer.....

Fokusgruppeintervju refleksjonstema

Tema: *Tid for endring i arbeidsdeling mellom profesjoner?*

Intervjuet starter med en introduksjon og bakgrunn for tema/problemstilling.

Fokusgruppen har i god tid før intervjuet fått lederartikkelen

"5 forutsetninger for oppgaveglidning" til gjennomlesning (Helle, i Overlegen 2012).

Forskningsspørsmål:

-Er det behov for økt oppgaveglidning?

-Hvilke sentrale forutsetninger ligger til grunn for oppgaveglidning?

-Hvilken betydning har fleksibilitet for å kunne ivareta sykehusets oppgaver?

Fenomenet blir ofte beskrevet som "oppgaveglidning" eller "jobbglidning" og innebærer at oppgaver som tradisjonelt sett tilhører en profesjon flyttes til en annen profesjon. Alle refleksjonstemaene relateres til dette fenomenet.

Refleksjonstema

Tema 1: Hva legger dere i disse begrepene:

a) oppgaveglidning, b) delegering, c) gråsoner d) overlapp, e) "hull" i oppgavefordeling. Nyanser mellom a) og b). Kom gjerne med eksempler.

Tema 2: Tidligere erfaringer med oppgaveglidning.

a) Kjenner dere til oppgaveglidning fra tidligere?

b) Hvilke årsaker finnes til at oppgaver "glir" og arbeidsdeling endres?

c) Hvilke konsekvenser kan det gi?

Tema 3: Hvilke type oppgaver egner seg til "å gli", og hvilke egner seg ikke?

a) Generelt i organisasjonen SØ

b) Ved deres sengepost, utgangspunkt i lege, sykepleier, helsefagarbeider/hjelpepleier, sekretær og servicemedarbeider

- Tema 4: Ut fra SSB beregninger vil vi i 2030 mangle spesielt mange helsefagarbeidere, men også sykepleiere. En endring i arbeidsdelingen mellom profesjoner kan være et av flere tiltak for å sikre befolkning helsetjenester i fremtiden.
- Hva gjør fleksibilitet i arbeidsdelingen vanskelig?
 - Hva gjør fleksibilitet i arbeidsdelingen lett?
 - Hva mener dere helsemyndigheter og sykehusledelse bør ta hensyn til for å få medarbeidere med seg i en endringsprosess som eventuell oppgaveglidning innebærer?
 - På hvilken måte kan endring i arbeidsdeling påvirke jobbmotivasjonen hos ansatte?
- Tema 5: Hvordan bør Sykehuset Østfold organisere seg for å få til en hensiktsmessig endring i arbeidsdelingen fremover?
- Med hensyn til samordning vertikalt (ledelsesnivåer, regler, prosedyrer, kontrollsystemer)
 - Med hensyn til samordning horisontalt (møtevirksomhet, prosjekt, team osv)
 - Med hensyn til fasthet/fleksibilitet i organisasjonsform
 - Andre faktorer?
- Tema 6: Kompetanse- og bemanningsbehov i forhold til oppgaveglidning
- Hvilke typer kompetanser ”passer” best til ønsket om å få til en optimal oppgaveglidning? (generalistkompetanse, spesialistkompetanse, realkompetanse (erfaringsbasert) ufaglærte m.fl.).
 - Hva mener dere om generalistkompetanse versus spesialistkompetanse?
 - Hvilke bemanningsformer ”passer” best til ønsket om å få til en optimal oppgaveglidning? (Andel ansatt i hel-/deltid, fast/midlertidig, bruk av vikarbyrå, konsulentfirma, multifunksjonelle medarbeidere, ufaglært osv.)
 - Hvordan kan kvalitet og pasientsikkerhet ivaretas før oppgaveglidning iverksettes?
- Tema 7: Hvilken betydning har tverrprofesjonelt samarbeid for iverksetting av oppgaveglidning?

- Tema 8: Hvordan kan oppgaveglidning påvirke fordeling av makt og innflytelse:
- a) Mellom profesjonene og andre yrkesgrupper?
 - b) Mellom profesjonene og ledelsen?
- Tema 9: Innenfor hvilke felt i sykehuset mener dere det kreves mer fleksibilitet for at sykehuset skal kunne ivareta sine oppgaver?
- Tema 10: Nye organisasjonsutviklingsprosjekter i SØ:
- a) Prosjekt "servicemedarbeider" - hvilke erfaringer og oppfatninger har dere av dette prosjektet?
 - b) Hvilke konsekvenser har innføringen av servicemedarbeider fått for dere?

INTERVJUGUIDE INDIVIDUELLE DYBDEINTERVJU

Tema:

Tid for endring av arbeidsdeling mellom profesjoner?

Forskningsspørsmål:

-Er det behov for økt oppgaveglidning?

-Hvilke sentrale forutsetninger ligger til grunn for oppgaveglidning?

-Hvilken betydning har fleksibilitet for å ivareta sykehusets oppgaver?

Intervjudel 1- Bakgrunnsopplysninger

Kjønn

- Mann
- Kvinne

Enhet

- Medisinsk poliklinikk
- Kirurgisk poliklinikk
- Medisinsk sengepost
- Avdelingsledelse

Yrke/profesjon

- Lege
- Sykepleier
- Helsefagarbeider
- Sekretær
- Avdelingssjef

Ansettelse og arbeidsforhold

(Forutsetter 5 års erfaring i nåværende arbeid)

- Når var du ferdig utdannet?
- Hvor lenge har du jobbet ved denne enheten?
- Jobber du heltid eller deltid?
- Er du fast eller midlertidig ansatt?
- Jobber du i en kombinert stilling?

Intervjudel 2

1. Yrkesrolle

- a. Gi en beskrivelse av yrkesrollen din i forhold til det ansvaret du har og de arbeidsoppgavene du utfører. Ta gjerne utgangspunkt i den siste

arbeidsdagen din (eks. stell, medisnutdeling, legevisitt, previsitt, pårørendesamtaler, matservering, dokumentasjon osv.)

- b. Hvordan opplever du din yrkesrolle i dag?
- c. Beskriv eventuell endring av denne yrkesrollen over tid.

2. Tverrprofesjonelt samarbeid (innen egen enhet)

- a. Hvilke profesjoner samarbeider du med?
- b. Hvordan er du avhengig av de for å kunne utføre arbeidet ditt?
- c. Hvordan fungerer samarbeidet?
- d. Hva gjør eventuelt samarbeid vanskelig?
- e. Fortell om grenseflater og overlappende funksjoner/oppgaver mellom din profesjon og de andre i din enhet.

3. Dagens arbeidsdeling.

Hvordan opplever du arbeidsdelingen mellom profesjoner/yrkesgrupper slik den er idag ? Ta for deg arbeidsdelingen mellom profesjonen din og hver av de andre ved profesjonene ved din enhet:

- a. Hvordan fungerer den?
- b. Er det noe som bør endres?
 - i. hva kan evt. endres?
- c. Hvem vil være motivert for en slik endring? (se eksempler)
 - i. hva kan være årsaken?
- d. Hvordan kan endring i arbeidsdelingen skje?
- e. Hvilke hindringer ser du?
 - i. hvem tror du vil yte motstand?
 - ii. hva kan ligge bak en slik motstand?

4. Egne erfaringer med endring av arbeidsdeling.

Beskriv oppgaver du har fått eller gitt fra deg som tradisjonelt tilhører en annen profesjon/yrkesgruppe den senere tid (de siste 5 årene).

- a. Hva var årsaken?
- b. Hvem tok initiativet?
- c. Hvordan ble det gjennomført?
- d. Hvem deltok i prosessen? (eks. medarbeidere, ulike profesjoner, tillitsvalgte, linjeleder, toppledelse)
- e. Hvilke ønskede og uønskede konsekvenser gav det?
- f. Hvis motstand, fra hvem og hva var begrunnelsen?
- g. I hvilken grad har du opplevd oppgaveglidning som:
 - i. styrt/ ikke styrt (av øvre ledelse/helsemyndigheter)
 - ii. planlagt /tilfeldig, ad-hoc
 - iii. statisk/dynamisk (eks. inndragelse av oppgaven ved tilgang på lege/spl)

5. Forståelse av relevante begreper.

Hva legger du i følgende begrep?

- a. Oppgaveglidning/jobbglidning
- b. Delegering
- c. Gråsoner, overlapp
- d. Utvidede yrkesroller
- e. Hva mener du skiller oppgaveglidning og delegering?

6. Sykehuset som en helhet: fleksibilitet og oppgaveglidning.

- a. Innenfor hvilke områder i sykehuset kan oppgaver "gli" lettest?
- b. I motsetning; innenfor hvilke områder i sykehuset vil oppgaveglidning være vanskelig?
- c. Sykehuset Østfold har et samfunnsoppdrag og oppgaver som skal ivaretas. Er det i den sammenheng behov for mer fleksibilitet, og på hvilke områder?
- d. Hva tenker du om fleksibel benyttelse av menneskelige ressurser ut fra behov?
- e. Hvilke konsekvenser tror du mer fleksible løsninger vil få på sikt?

7. Krav til ulike aktører ved eventuell iverksetting av oppgaveglidning.

Prognoser viser at vi vil få en betydelig mangel på helsepersonell i årene fremover. Samtidig forventes den medisinske og teknologiske utviklingen i sykehus å fortsette, behovet for helsetjenester øke, mens økonomiske ressurser vil være begrenset.

- a. Hvordan kunne man løse denne utfordringen?
- b. I hvilken grad kan oppgaveglidning være en løsning?
- c. Hvordan vil det eventuelt stille krav til:
 - i. Den enkelte medarbeider
 - ii. Pasientene/andre
 - iii. Profesjonene/yrkesgruppene
 - iv. Sykehusledere
 - v. Relevante utdanningsinstitusjoner
 - vi. Helsemyndigheter

8. Kompetanse, menneskelige ressurser og pasientsikkerhet.

- a. Hvordan mener du kompetansesammensetningen/bemanningsammensetningen bør være dersom oppgaveglidning er ønsket? (generalistkompetanse, spesialistkompetanse, realkompetanse, ufaglærte osv.)
- b. Hvilken betydning kan overlappende kompetanse og byttbarhet ha for at oppgaver skal kunne gli?
- c. I forhold til hvem som kan utføre hvilke oppgaver; er det praktiske ferdigheter eller formelle kvalifikasjoner som vektlegges mest i praksis?

- d. Hvordan kan kvalitet og pasientsikkerhet best ivaretas ved eventuell oppgaveglidning?
- e. Hvordan kan pasientens ressurser benyttes?
- f. Hvordan kan frivillige benyttes?

9. Organisasasjonsendringer- reaksjoner på endringer.

- a. Hvilke reaksjoner kan man få hos ansatte hvis sammensetningen av arbeidsoppgaver endrer seg?
 - i. Hva kan forklare eventuelle positive reaksjoner?
 - ii. Hva kan forklare eventuelle negative reaksjoner?
- b. Hvordan kan det oppleves å få nye oppgaver versus det å gi fra seg oppgaver?
- c. Hvordan kan negative reaksjoner forebygges og møtes av sykehusledelse og helsemyndigheter?

10. Makt og innflytelse

- a. Hvordan kan endring i arbeidsdeling endre fordeling av makt, status og innflytelse mellom profesjoner i sykehus?
- b. Hvordan kan den påvirke makten og innflytelse mellom ledelse og profesjoner?

11. Prosjekt "servicemedarbeider".

- a. Hvilke erfaringer har du med innføringen av servicemedarbeideren?
- b. Hvilke synspunkter har du til innføring av servicemedarbeideren?
- c. Ser du noen kritiske suksessfaktorer for tilsvarende prosjekter?

12. Oppsummering.

- a) Hva ser du som positivt ved oppgaveglidning?
- b) Hva ser du som negativt ved oppgaveglidning?

Husk!

- *Kan du utdype det?*
- *Hva mener du med det?*
- *Hva mener du når du sier dette?*
- *Kan du gi et eksempel på dette?*

Spørsmål 3 d)

- 1) er det ut fra eget behov?
- 2) er det ut fra pasientens behov?
- 3) er det ut fra enhetens/organisasjonens behov?
- 4) er det ut fra samfunnsbehov?