

# MASTEROPPGAVE

Oppgavedeling og arbeidsmotivasjon

*Profesjoners erfaringer med oppgavedeling på en operasjonsstue*

Sara Nordal Jones og Annelene Skaug

15. mai 2020

Master i organisasjon og ledelse  
Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag



## **Forord**

Denne masteroppgaven markerer avslutningen på studiet Master i organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Østfold.

Som arbeidskolleger ved en elektiv operasjonsavdeling i Sykehuset Østfold, har vi gjennom hele studiet vært opptatt av mange av de samme temaene. Gjennom en felles interesse for ansattes arbeidsvilkår knyttet til ledelse og organisering av drift, ble vi på et tidlig stadium enige om tema for masteroppgaven, og at vi ønsket å gjøre dette arbeidet sammen. Masteroppgaven er et fellesprosjekt. Sara er hovedforfatter av kapittel 2.1 og Annelene av kapittel 2.2. Vi har begge gransket hverandres tekster, gitt synspunkter og diskutert omformuleringer. Resterende kapitler er skrevet i fellesskap. Prosessen med masteroppgaven har vært svært lærerik, interessant og givende, men også utfordrende og krevende. Det er mange som har støttet, heiet og bidratt underveis, og som vi i dag skylder en stor takk.

Vi ønsker først og fremst å takke vår veileder Sol Skinnarland som gjennom sin interesse for problemstillingen og tema, har bidratt med stor inspirasjon i vårt arbeid. Hun har veiledet oss på en konstruktiv, motiverende, støttende og trygg måte.

Vi vil også rette en takk til Jan Moren for hans engasjement og perspektiv på temaet med nyttige litteraturtips og oppmuntrende råd. Samtidig ønsker vi å takke Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen for raushet og hjelp med strukturering av oppgaven.

Vi retter en stor takk til ledelsen ved egen arbeidsplass som har lagt til rette for at vi har kunnet gjennomføre Masterutdannelsen. Gjennom avsatte studiedager og tilrettelegging i en travel arbeidshverdag har dere hjulpet oss til å nå våre mål. Takk også til alle gode kolleger for støtte og oppmuntring underveis, det har vi satt stor pris på.

Til slutt vil vi takke våre nærmeste støttespillere – våre familier. Dere har stått last og brast med oss gjennom disse årene og vært til uvurderlig hjelp!

Moss, mai 2020

Sara Nordal Jones og Annelene Skaug

## **Sammendrag**

**Mål og problemstilling:** Oppgavedeling forstås som deling av oppgaver tidligere forbeholdt en profesjon til en annen yrkesgruppe eller profesjon, og målet med denne studien har vært å undersøke hvordan oppgavedeling påvirker den enkelte ansattes arbeidsmotivasjon med problemstillingen: «*Hvordan påvirkes arbeidsmotivasjonen til operasjonssykepleiere og leger i spesialisering ved oppgavedeling på en operasjonsstue?*»

**Bakgrunn:** Oppgavedeling mellom profesjoner på en operasjonsstue vil kunne bidra til bedre ressursutnyttelse og en mer effektiv drift. Ledere rapporterer om økt motivasjon hos ansatte involvert i oppgavedeling, blant annet som følge av kompetanseutvikling, men avdekker samtidig at strid og uenigheter profesjonene imellom kan være til hinder for oppgavedeling. Det er lite forskning på temaet generelt, og undersøkelser knyttet til ansattes egne erfaringer og opplevelser om hvordan oppgavedelingen påvirker arbeidsmotivasjonen spesielt.

**Metode:** Det er utført en kvalitativ induktiv studie med ti semistrukturerte individuelle dybdeintervjuer. Det er et fenomenologisk design på dataanalysen. Utvalget har bestått av operasjonssykepleiere og leger i spesialisering (LIS) ved elektive kirurgiske avdelinger i Helse Sør-Øst. Det teoretiske rammeverket består av teori om oppgavedeling med formelle og uformelle trekk ved organisasjoner, gruppedynamikker og profesjonsteori, samt arbeidsmotivasjonsteori, teori om kompetansemobilisering og arbeidsflyt.

### **Hovedfunn:**

Begge profesjonsgrupper har en uklar forståelse av oppgavedeling som begrep. Vi identifiserer en form for oppgavedeling som oppstår ad hoc med fravær av formaliserte rammer som risikovurdering og opplæring, og definerer denne formen for oppgavedeling som uformell. Vi finner videre at begge profesjonsgrupper erfarer både positive og negative sider ved oppgavedeling, som påvirker arbeidsmotivasjonen i ulik grad.

### **Konklusjon:**

Oppgavedelingens påvirkning av arbeidsmotivasjonen er kompleks. Profesjonsgruppene har ulike preferanser når det gjelder oppgavedelingens form. LIS ønsker mindre formelle rammer rundt oppgavedelingen, og det er flere

elementer ved den uformelle formen som fremmer arbeidsmotivasjonen enn ved den formelle. Operasjonssykepleierne ønsker i større grad en formalisering av oppgavedelingen. Mestring av oppgaver, flyt i arbeidsoppgavene og positiv innvirkning på arbeidsmiljøet er faktorer ved oppgavedelingen som fremmer arbeidsmotivasjonen. Mangel på kontroll over egen arbeidsdag og oppgaveutførelse samt merarbeid virker hemmende for arbeidsmotivasjonen. LIS frykter tap av læringsmuligheter dersom operasjonssykepleierne i større grad skal overta assistanseoppgaver, og operasjonssykepleiere kvier seg for å overta oppgaver uten formell opplæring og rett kompetanse. Formell oppgavedeling vil derfor hemme LIS sin arbeidsmotivasjon mer enn den uformelle, mens operasjonssykepleierens arbeidsmotivasjon styrkes ved den formelle oppgavedelingen, og i større grad hemmes ved den uformelle oppgavedelingen.

## **Prolog:**

«I fritt fall»

Mandag 30.mars 2020:

Så har dagen kommet...

*Dagen jeg har fryktet siden nyheten om Coronasituasjonen i Norge ble beskrevet å være ute av kontroll, og dagen da intensivavdelingen i eget helseforetak måtte opp-bemanne for å stå rustet til mottak av en pasientmengde langt ut over det normale og en pasientkategori ukjent for alle. Dagen jeg måtte ta nye arbeidsoppgaver...*

*For få måneder siden var Coronaviruset noe jeg knapt hadde hørt om. Jeg leste i media om et nytt, dødelig, virus som var påvist i Kina. Kina. Langt unna. En halv reise rundt jorda. Noen uker senere kom informasjonen om spredning av viruset til land i Europa. Skremmende tall og utviklingskurver over smittede og døde ble presentert samtidig som bilder og historier fra fortvilte helsearbeidere dukket opp i alle tilgjengelige mediekkanaler. Jeg hørte om sykehusavdelinger og intensivavdelinger med mangel på nødvendig utstyr og personell. En knapp uke senere, 12.mars: det er stadig økning i antall smittede i Norge, et scenario man ikke ønsker å forestille seg blir plutselig så nært. Vil vi få vi de samme tilstandene her som ellers i Europa? De siste femten år har jeg jobbet ved postoperativ avdeling uten kontakt med intensivpasienter, men som utdannet intensivsykepleier er det en selvfølge å skulle bidra ved intensivavdelingen når situasjonen er prekær der. Jeg kjenner jeg blir redd for hva som ventes av meg inn i behandlingen av disse svært syke pasientene. Hva har jeg kompetanse til å kunne gjøre? Hvilket ansvar vil jeg bli stående med? Hvilke forventninger har kolleger ved den nye avdelingen til meg som profesjonsutøver? Hvordan skal jeg, uforberedt som jeg er, og uten oppdatert kunnskap og kompetanse på fagfeltet kunne settes i drift i en intensivavdeling? Jeg ønsker å bidra med det jeg kan. Jeg ønsker å hjelpe med det jeg kan. Men, erfaringen min innen det intensivmedisinske fagfeltet er liten og utdatert. Jeg kjenner en uro og redsel for det ukjente, men motivasjonen er der. Jeg skal klare å gjøre meg kjent og opparbeide meg en trygghet i en ny avdeling, med nytt personale, nye rutiner og oppgaver, så lenge jeg ikke blir satt til å gjøre oppgaver jeg ikke har kompetanse til å skulle gjøre..*

Så har dagen kommet...

*samling på morgenen i ny avdeling, presentasjon av en kort, tre dagers opplæringsplan for så å skulle ha ansvar for de sykeste pasientene! Jeg kjenner jeg blir kald, svimmel, mister fokus, får ikke med meg den videre informasjonen. Venter til pausen før jeg spør hvem jeg kan snakke med om arbeidsoppgaver. Uklare svar; «her må alle trå til», «dette er en felles dugnad og nytt for alle». Jeg kjenner at tårene presser på, jeg har lyst til å skrike: «Jeg kan ikke dette! Det er uforsvarlig overfor pasienten og kollegene». Opplever å bli møtt med misforstått trøst som at «dette kommer du til å klare, det går bra». Opplever at mine følelser og ord ikke blir tatt på alvor. Jeg har forståelse for at i ekstraordinære situasjoner som dette må alle trå til, ressurser må utnyttes på best mulig, og mest hensiktsmessig, måte. Men, det er følelsen og opplevelsen av å være så totalt uforberedt på hvilke oppgaver jeg skal gjøre, og om jeg strekker til, som tar motivasjonen og pusten fra meg, som gjør at jeg føler gulvet forsvinne under meg og at jeg med ett befinner meg i fritt fall....*

# Innhold

1.0. Innledning .....	1
1.1. Problemstilling.....	4
1.2. Forskningsspørsmål .....	4
1.3. Definisjon og presisering av sentrale begreper .....	4
1.3.1. Oppgavedeling og profesjongrenser .....	4
1.3.2. Arbeidsmotivasjon .....	5
1.3.3. Begrepsavklaringer .....	6
1.4. Sykehus som organisasjon .....	7
1.4.1. Operasjonsavdelingen .....	8
1.4.2. Profesjoner og oppgaver .....	10
1.5. Gangen i avhandlingen .....	11
2.0. Teoretisk rammeverk .....	13
2.1. Oppgavedeling .....	13
2.1.1. Formelle og uformelle trekk ved organisasjoner .....	15
2.1.2. Gruppedynamikker .....	16
2.1.3. Profesjoner .....	19
2.2. Arbeidsmotivasjon .....	24
2.2.1. Motivasjonsteori .....	25
2.2.2. Hva motiverer ansatte til arbeid .....	26
2.2.3. Kompetansemobilisering .....	29
2.2.4. Flyt i arbeidet – the concept of flow .....	34
2.3. Oppsummering teori .....	37
3.0. Metode og forskningsdesign .....	39
3.1. Kvalitativ induktiv metode .....	39
3.2. Dybdeintervju .....	39
3.2.1. Intervjuguide .....	40
3.2.2. Pilotintervju .....	41
3.2.3. Datainnsamling .....	41
3.3. Utvalg .....	43
3.3.1. Strategisk utvalg .....	43
3.3.2. Rekrutteringsprosessen .....	45
3.4. Dataanalyse .....	46
3.4.1. Transkribering .....	47
3.4.2. Helhetsinntrykk og sammenfatning av meningsinnhold.....	48
3.4.3. Koder, kategorier og begreper .....	49

3.4.4. Kondensering .....	50
3.4.5. Sammenfatning .....	50
3.5. Etske betraktninger .....	51
3.6. Metodediskusjon .....	52
4. 0. Presentasjon av funn og analyse av data .....	55
4.1. Begrepsforståelse og erfaringer med oppgavedeling .....	55
4.2. Oppgavedeling kan påvirke arbeidsmotivasjonen i positiv retning .....	62
4.2.1. Positivt for arbeidsmiljøet .....	63
4.2.2. «Flyt» i arbeidet .....	67
4.2.3. Operasjonssykepleiernes opplevelse av å være til nytte .....	68
4.2.4. Operasjonssykepleiere opplever læring og utvikling gjennom nye oppgaver .	69
4.3. Oppgavedeling kan påvirke arbeidsmotivasjon i negativ retning .....	72
4.3.1. Merarbeid .....	72
4.3.2. Eierskap til egne oppgaver og profesjonskamp .....	76
4.3.3. Manglende kompetanse for nye oppgaver .....	83
4.4. Oppsummering funn .....	86
5.0. Drøfting av hovedfunn .....	87
5.1. Formell og uformell oppgavedeling .....	87
5.1.1. Operasjonssykepleiere ønsker formell oppgavedeling .....	88
5.1.2. LIS ønsker uformell oppgavedeling .....	90
5.1.3. Hvilken betydning har formell og uformell oppgavedeling for profesjonene	92
5.2. Positive og negative sider ved oppgavedeling .....	99
5.2.1. Profesjonsgruppens samhold påvirker arbeidsmotivasjonen .....	100
5.2.2. Kontroll over egne oppgaver .....	102
5.2.3. Mengden av oppgaver .....	105
6.0. Oppsummering og konklusjon .....	107
6.1. Hvilken kjennskap har den ansatte til oppgavedeling på en operasjonsstue .....	107
6.2. Hvilke erfaringer har den ansatte med oppgavedeling på en operasjonsstue .....	107
6.3. Kan oppgavedeling fremme arbeidsmotivasjonen? .....	108
6.4. Kan oppgavedeling hemme arbeidsmotivasjonen? .....	108
6.5. Oppgavedelingens påvirkning av arbeidsmotivasjonen .....	108
7.0. Litteraturliste .....	113
Vedlegg 1: Intervjuguide operasjonssykepleier .....	119
Vedlegg 2: Intervjuguide lege i spesialisering (LIS) .....	123
Vedlegg 3: Godkjennelse fra NSD .....	127
Vedlegg 4: Personvernombudets tilråding .....	129

Vedlegg 5: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring .....	132
---	-----



## 1.0. Innledning

I november 2015 ga regjeringen Solberg ut en nasjonal helse- og sykehusplan (NHS), gjeldende for 2016-2019, samt en drøfting av utviklingstrekk av spesialisthelsetjenesten frem mot 2040 (Meld.St.11, (2015-2016), s.11). Innenfor utvikling av kirurgi registrerer regjeringen at behandlingen er blitt mer teknologiavhengig og at denne dermed avhenger av høyt kvalifisert personale (Meld.St.11, (2015-2016), s. 26). Regjeringens NHS-plan baseres på funn i Riksrevisjonens rapport og undersøkelse om effektivitet i norske sykehus fra 2013 (Riksrevisjonen, 2013-2014). Bakgrunnen for denne rapporten og undersøkelsen var registrerte og store produktivetsforskjeller mellom helseforetakene der man ønsket å se om og eventuelt hvordan norske sykehus kan bli mer effektive, blant annet ved å redusere ventetider og flaskehals. Et av funnene var at bedre utnyttelse av operasjonsstuen vil redusere helsekøene og gjøre driften mer effektiv. Riksrevisjonsrapporten fant at sykehus kunne forbedre ressursutnyttelsen gjennom systematisk tverrfaglig samarbeid og økt *oppgavedeling* (se definisjon kap.1.3.1). Det vil kreve forankring og oppfølging av sykehusene på lokalt nivå (Riksrevisjonen, 2013-2014, s. 10-11 og 92- 93).

Bedre utnyttelse av operasjonsstuen gjennom oppgavedeling vil innebære at profesjonsgrupper som allerede har og utfører oppgaver i nær tilknytning til hverandre, som operasjonssykepleiere og leger i spesialisering innen kirurgi, naturlig involveres i dette.

I juni 2017 presenterte riksrevisjonen sin foreløpige siste undersøkelse om effektivitet i norske sykehus for Helse- og omsorgsdepartementet. Her ser de på tiltakene lagt frem i rapporten fra 2013, evaluerer disse og finner at det gjenstår mye for å effektivisere pasientbehandlingen blant annet gjennom oppgavedeling i norske sykehus generelt, og på operasjonsstuen spesielt (Riksrevisjonen 2017-2018).

Nærmest parallelt med riksrevisjonens første rapport utga Kunnskapssenteret og Helsedirektoratet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2013 rapporter vedrørende oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten. Disse viste blant annet:

- Ulik forståelse av begrepet oppgavedeling og dermed omfanget av oppgavedeling blant de involverte aktørene/faggruppene
- Profesjonsstrid og manglende forankring i ledelsen forhindrer oppgavedeling
- Kompetanseutvikling ved at helsepersonell deler kunnskap med hverandre kan virke motiverende
- Lite forskning på området

(Helsedirektoratet, 2013, a; Helsedirektoratet, 2013, b; Kunnskapscenteret, 2013)

Rapporten fra Helsedirektoratet om kartlegging av erfaringer med endret oppgavedeling, viser at oppgavedeling i tillegg til økt effektivisering bidrar til økt jobbtilfredshet hos helsepersonell som får nye oppgaver (Helsedirektoratet, 2013, a). Den Nasjonale helse- og sykehusplanen av 2015 bruker denne rapporten som belegg for en påstand om økt motivasjon ved oppgavedeling (Meld.St.11, (2015-2016), s. 75). Når vi studerer funnene i rapporten (Helsedirektoratet, 2013, a) gjenfinner vi imidlertid ikke begrepet motivasjon, men jobbtilfredshet.

(Helsedirektoratet, 2013, a). Denne rapporten baseres på data innhentet i intervjuer og spørreskjemaundersøkelse av ledere. Vi finner det interessant at nettopp funnet om ansattes motivasjon, utledet av jobbtilfredshet, baseres på leders vurdering og ikke rapporter fra de ansatte selv. Etter vår mening kan grunnlaget for de konklusjonene som er trukket med fordel kompletteres med informasjon fra de ansatte selv om hva som påvirker arbeidsmotivasjon. Dette vil være en del av vår problemstilling i det følgende. Vi anser det som viktig å undersøke oppgavedeling mellom to profesjoner på en operasjonsstue da Riksrevisjonsrapporten viser til nettopp operasjonsstuen som et sted hvor oppgavedeling forekommer (Riksrevisjonen 2013-2014).

Ansatte beskrives å være en organisasjons viktigste ressurs: «[...] people are the organization`s most valuable asset.» (Yukl & Lepsinger, 2004, s. 143). Hvordan organisasjonen bør forvalte og forholde seg til ansatte, handler om å ta utgangspunkt i de ansatte, hva som skal til for at de skal få brukt sitt potensiale som arbeidere og samtidig ha et arbeidsliv så godt som mulig (Klemsdal, 2008, s. 66).

Lai (2017, s. 153-154) hevder at ansatte som skal kunne bidra inn i organisasjonen med verdiskapning og måloppnåelse er avhengige av kompetansemobilisering gjennom relevante oppgaver, og at ansatte som ikke får brukt den kompetansen de har kan miste troen på egen mestring og få nedsatt indre motivasjon. Det vil derfor kunne være avgjørende for en organisasjons suksess å ha gode svar på spørsmålet: hva motiverer ansatte til å jobbe, og hvordan påvirker oppgavedeling arbeidsmotivasjonen. Ved å bidra med forskning på oppgavedelingens påvirkning av ansattes arbeidsmotivasjon kan forskningsresultatene fylle hull vi i dag søker kunnskap om. Hvilken betydning har det for de ansattes arbeidsmotivasjon om oppgavedelingen planlegges og formaliseres eller om den anvendes som et verktøy og tiltak i ad hoc situasjoner der driften styrer ansattressursene og hvilke oppgaver de skal gjøre? Er det av betydning for den ansattes arbeidsmotivasjon om oppgavedelingen innebærer at man mister eller får nye oppgaver, eller om man erfarer begge deler? Dette ligger innenfor vår problemstilling.

I vårt søk etter tidligere forskning om temaet oppgavedeling knyttet til arbeidsmotivasjon finner vi ingen studier, hverken nasjonalt eller internasjonalt om dette. Vi fant derimot en tysk studie fra 2011 (Dini, Sarganas, Boostrom, Ogawa, Heintze & Braun) som hadde sett på holdninger til oppgavedeling, men andre aspekter som hvordan oppgavedeling påvirker de ansattes arbeidsmotivasjon fant vi ikke.

Det er først de senere årene at oppgavedeling som mulig endringsfaktor, har vært et fokusområde i Norge. Rapportene og utredninger om oppgavedeling i 2013 og 2014 avdekket at utfordringer kan oppstå mellom profesjoner, og særlig på en operasjonsstue mellom operasjonssykepleiere og leger i spesialisering (LIS) (Helsedirektoratet, 2014, s. 60-61).

Vi har av jobbkolleger involvert i oppgavedeling blitt gjort kjent med at oppgavedeling er et politisk og faglig aktuelt tema som engasjerer tillitsvalgte i fagforeninger for både operasjonssykepleiere og leger i spesialisering. Vi håper at vår undersøkelse vil kunne kaste lys over sider ved oppgavedelingen som tidligere ikke er belyst, og på den måte kunne være et bidrag både innen forskning og i den faglige debatten. På bakgrunn av tidligere nevnte rapport fra Nasjonale- helse og sykehusplan (2015-2016) hvor det kommer frem at ansatte motiveres av

oppgavedeling, finner vi det interessant å undersøke videre om oppgavedeling påvirker de ansattes arbeidsmotivasjon og kartlegge hvordan.

Som fagansatte ved sykehus anser vi det naturlig å konsentrere og å begrense vår undersøkelse til det tverrfaglige arbeidet på en operasjonsstue, ref.

Riksrevisjonens rapport om operasjonsstue som egnet for oppgavedeling (Riksrevisjonen, 2013-2014). Dette leder oss til en problemstilling med avgrensning av temaet oppgavedeling:

### 1.1. Problemstilling

*Hvordan påvirkes arbeidsmotivasjonen til operasjonssykepleiere og leger i spesialisering ved oppgavedeling på en operasjonsstue?*

### 1.2. Forskningsspørsmål

- Hvilken kjennskap har den ansatte til oppgavedeling på en operasjonsstue?
- Hvilke erfaringer har den ansatte med oppgavedeling på en operasjonsstue?
- Kan oppgavedeling fremme arbeidsmotivasjonen?
- Kan oppgavedeling hemme arbeidsmotivasjonen?

### 1.3. Definisjon og presisering av sentrale begreper

#### 1.3.1. Oppgavedeling og profesjongrenser

Helsedirektoratet beskriver oppgavedeling som en effektiviseringsmetode der personalressurser utnyttes på en mer hensiktsmessig måte ved å fordele oppgaver som tidligere har vært forbeholdt en yrkesgruppe på tvers av profesjongrenser (Helsedirektoratet, 2013, a). Med profesjongrenser forstår man de grenser som

eksisterer mellom ulike, i dette tilfellet, medisinske disipliner om viten, kunnskap og utøvelse av denne (Farbrot, 2010).

Helsedirektoratet bygger sin beskrivelse på World Health Organizations (WHOs) definisjon av oppgavedeling:

Task shifting involves the rational redistribution of tasks among health workforce teams. Specific tasks are moved, where appropriate, from highly qualified health workers to health workers with shorter training and fewer qualifications in order to make more efficient use of available human resources for health". (World Health Organization, 2008, s. 2)

I litteraturen benyttes begrepene oppgavedeling, oppgaveomfordeling, oppgaveglidning og jobbglidning om hverandre, ofte med samme betydning eller med små variasjoner. I vår masteravhandling benytter vi begrepet oppgavedeling og definerer det som deling av oppgaver tidligere forbeholdt en profesjon til en annen yrkesgruppe eller profesjon.

### 1.3.2. Arbeidsmotivasjon

Et sentralt begrep i studien er arbeidsmotivasjon. Motivasjon defineres som: «de biologiske, psykologiske og sosiale faktorene som aktiverer, gir retning til og opprettholder atferd i ulike grader av intensitet for å nå et mål» (Kaufmann & Kaufmann, 2016, s. 113). Motivasjon kan altså sees som drivkraften i det man gjør. For helsepersonell som får nye oppgaver kan den økte motivasjonen handle om en forsterket vilje til økt innsats i arbeidet. Selv om ansatte innehar de samme evner, ferdigheter og muligheter i form av praktiske forhold på arbeidsplassen vil jobbprestasjonene variere. Dette skyldes innsatsen de ansatte legger ned (Kaufmann & Kaufmann, 2016). Ut fra dette kan vi definere og forklare arbeidsmotivasjon som en medarbeiders motivasjon for en gitt jobb eller arbeidsoppgave og dennes vilje til å yte en innsats for å utføre arbeidet. I det store motivasjonsforskningsfeltet er det altså de ansattes motivasjon for å jobbe, deres arbeidsmotivasjon, og oppgavedelingens eventuelle påvirkning og påvirkningsretning på denne vi ønsker å utforske. Noen universelle, gjentagende motivasjonsfaktorer som gjennomgående er høyest verdsatt av de ansatte er interessant arbeid, anerkjennelse for utført arbeid, jobb-sikkerhet (ikke fare for å

miste jobben eller oppgaven), og delaktighet (følelsen av å bli tatt med på avgjørelser og være til nytte) (Wiley, 1997). Manglende kontroll over pålagte oppgaver vet man gjennom forskning at snarere demotiverer enn motiverer (Damij, Levnajić, Skrt & Suklan, 2015; Lindner, 1998; Sekhar, Patwardhan & Singh, 2013).

### 1.3.3. Begrepsavklaringer

<i>Dekking/dekke</i>	Steril dekking av operasjonsfelt (Hansen, Loraas & Brekken, 2011, s. 178)
<i>Desinfisering</i>	Infeksjonsforebyggende tiltak, ved å påføre hud i operasjonsfelt med kjemiske desinfeksjonsmiddel for å drepe sykdomsfremkallende mikroorganismer (Hansen, et al., 2011, s. 134-135)
<i>Elektivt program</i>	Planlagt operasjonsprogram, dagkirurgi.
<i>Laparoskopi</i>	Operasjonsmetode, som også kalles «kikkhulloperasjon». Man bruker et kamera for å se inn i kroppen og utfører inngrepet med laparoskopiske-instrumenter som føres gjennom små hull i magen. (Nesheim, 2018)
<i>Leire</i>	Å legge pasienten til rette for en operasjon på et operasjonsbord (Hansen & Brekken, 2011, s. 208)
<i>Postoperativ</i>	Postoperativ er en oppvåkningsavdeling. <i>Postoperativt</i> i teksten har betydning: Handlinger i tilknytning til inngrepet som utføres etter at kirurgi er avsluttet. (Hem, 2019).

Vi ser det videre som relevant å presentere rammen for masteravhandlingen gjennom en kort introduksjon av hva som definerer sykehus som organisasjon, operasjonsavdelingen og profesjoner i operasjonsteamet på en operasjonsstue. En mer grundig presentasjon av profesjonene operasjonssykepleier og lege i spesialisering (LIS) legges frem i metodekapittelet. Denne presentasjonen avdekker, og gir leser anledning til å forstå konteksten våre informanter befinner seg i, og hvilke handlings-rom og -muligheter de har i forhold til oppgavedeling mellom profesjoner på operasjonsstuen.

#### 1.4. Sykehus som organisasjon

Alle offentlige sykehus i Norge eies av staten gjennom Helse- og omsorgsdepartementet, og vi skiller mellom lokalsykehus, sentralsykehus og regionspsykehus der regionspsykehusene også er universitetssykehus. Enkelte universitetssykehus har nasjonale funksjoner, mens lokal- og sentralsykehus har generelle funksjoner innen både akutt og planlagt medisin og kirurgi. Sykehusene er inndelt i fire regionale helseforetak (Regjeringen.no, 2020). Virksomheten i helseforetakene reguleres av Helseforetaksloven (2001), som definerer både økonomisk ansvar og helseforetakenes arbeidsform.

Jacobsen og Thorsvik (2016, s. 18) definerer en organisasjon som: «et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål». De samme forfatterne hevder videre at organisasjonen er opprettet med det formål effektivt å skulle løse en oppgave. Selve kjernen i organisasjonen er ifølge Jacobsen og Thorsvik oppgaveløsning med høy kvalitet og lave kostnader. Sykehus som organisasjon må forholde seg til gjeldende lover og føringer som legges på nasjonalt og øvre sentralt hold. Sykehuset er hierarkisk organisert. Max Weber i Jacobsen og Thorsvik (2016) definerer hierarki som: «*et fast ordnet system av over- og underordnede stillinger hvor de med større myndighet har oppsyn med dem med mindre*» (Jacobsen & Thorsvik, 2016, s.81). Strategiplaner utviklet for de enkelte regionhelseforetakene legger, basert på nasjonal politikk, føringer for regionale satsningsområder og mål som foretakene og de enkelte sykehus tilhørende disse forplikter å jobbe mot. Spesialisthelsetjenesten har et særskilt samfunnsansvar ved å yte helsetjenester av god kvalitet basert på etiske og moralske normer samt i henhold til bestemmelser i helseforetaks-, pasientrettighets- og spesialisthelsetjenesteloven og på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennom Nasjonal helse- og omsorgsplan. Strategiplanen legger vekt på viktigheten av riktig forvaltning av helsetjenestens verdier som personell, utstyr, kompetanse og fagutvikling gjennom forskning. På bakgrunn av strategidokumentet utvikles plan for økonomi og mål for virksomhetene i det regionale helseforetaket. Gjennom kontinuerlig arbeid for å nå mål og fokus på dette sørger foretaket for å ivareta sitt ansvar når det gjelder samfunnsansvar med forsvarlige helsetjenester (Helse Sør-Øst, 2012; Regjeringen.no, 2020).

Sykehus er underlagt et sterkt byråkrati med regelstyring og utbredt bruk av rutiner og prosedyrer. Jacobsen og Thorsvik (2016, s. 98) trekker frem sykehus som et godt eksempel på det profesjonelle byråkratiet der beslutningsmyndighet i faglige spørsmål er delegert til de ansatte. Slik medvirkning i utarbeidelse av faglige standarder, prosedyrer og sjekklister er i tråd med demokratiseringstanken i Den Norske modellen, tuftet på samarbeid mellom staten, arbeidstakere, arbeidsgivere, og arbeidslivsorganisasjoner. Samarbeidet reguleres gjennom lover og forskrifter, der formålet er påvirkning av egen arbeidssituasjon, bedre løsninger og optimalisering av arbeidsklima (Levin, 2012).

Sykehus har for å effektivisere driften, introdusert elementer av organisasjonsformen *Lean* som en egen arbeidsmetode, eller verktøy, for å nå krav om økning i antall inngrep (Oslo Universitetssykehus, 2019, s. 1-2). Ingvaldsen, Rolfsen og Finsrud (2012) hevder at *Lean* som organisasjonsform, kombinert med effektivitetskrav, høyt arbeidspress, liten medvirkning og autonomi utfordrer grunnprinsippet i Den Norske modellen der medvirkning og medbestemmelse er grunnpilarene. Oslo universitetssykehus (2019, s. 1-2) promoterer *Lean* som en god måte å organisere mål i virksomheten. De kaller det "Lean Healthcare". Det hjelper ledelsen ved sykehuset med å vurdere arbeidsprosesser, noe de hevder skaper bedre kvalitet og flyt mellom deloppgavene.

#### 1.4.1. Operasjonsavdelingen

På en operasjonsavdeling er pasienten i det mest risikofylte nivået av behandling i spesialisthelsetjenesten. Hit kommer pasienter for å bli operert for lidelser, skader og sykdommer som enten er livstruende, eller som reduserer livskvalitet og/eller muligheten for å kunne delta i arbeidslivet (Hansen, 2011, s. 96-127).

Operasjonsavdelingen er en «lukket» avdeling. Det praktiseres adgangskontroll for å sikre at det kun er ansatte med oppgaver knyttet til operasjonsavdelingen som har adgang (Brekken & Dávøy, 2011, s. 84-93). Pasienter sluses både inn og ut av avdelingen for å sikre hygiene og opprettholdelse av hygieniske prinsipper i avdelingen. Dette som ledd i å forebygge infeksjoner hos operasjonspasientene. I tillegg er det regler og krav knyttet til hygiene og atferd blant ansatte i



operasjonsavdelingen generelt, og på operasjonsstuene spesielt. For utenforstående kan operasjonsavdelingen derfor oppfattes som «det aller helligste», og det kan fort skape en atmosfære av spenning og frykt blant de ansatte for å trå feil både når det gjelder atferd og etterlevelse av de hygieniske krav (Hansen et al., 2011, s. 128-163).

Den synlige kulturen i operasjonsavdelingen er formell med lik bekledning blant de ansatte. Alle ikler seg grønne drakter, operasjons-hetter, sokker og egne sko, og bærer eget nøkkel- og adgangskort med navn og tittel festet til arbeidsantrekket. Bekledningen er en del av kravene til hygiene og infeksjonsforebyggelse (Hansen, et al., 2011, s. 163-173). Det er mellom leger og sykepleiere i operasjonsavdelingen et eget fagspråk med latinske begrep på diagnoser, strukturer og prosesser knyttet til oppgaver i pasientbehandlingen. På operasjonsstuen kan språket ha en egen, barsk sjargong, spesielt i kritiske situasjoner hvor tiden blir en viktig faktor, eller i situasjoner som på grunn av inngrepets art krever konsentrasjon ut over det vanlige (Bailey, Steindal & Dihle, 2019). Mellom ansatte og pasientene er språket normalt dagligdags for å unngå misforståelser.

Ansatte i operasjonsavdelingen er kjent for å ha en kultur hvor hovedfokus alltid er på pasienten, og tverrfaglig samarbeid mellom profesjonene er viktig for å tilrettelegge best mulig behandling for pasienten (Leonardsen, 2013; Leonardsen, 2015). I dette ligger også et fokus på organisering av egen arbeidsdag for å gjennomføre operasjonsprogrammet. Dokumentasjon er viktig for å kvalitetssikre behandlingsforløpet for pasienten. Den viser at personalet overholder prosedyrer, gjør riktige vurderinger, velger riktige løsninger og tar de riktige beslutningene når uforutsette hendelser inntreffer, som for eksempel komplikasjoner i operasjonsforløpet (Helsepersonelloven, 1999). Dersom uønskede hendelser oppstår, benyttes et avvikssystem som i tillegg til å rapportere feil, virker som et verktøy for å lære og å forebygge lignende hendelser i fremtiden.

Samarbeidet mellom ansatte på en operasjonsavdeling er viktig, og handler i stor grad om at alle skal bistå hverandre og ingen skal stå alene. Det samarbeides innad i, og på tvers av, profesjonsgruppene. Det gjenfinnes en hierarkisk orden av

de ansatte, der legene er øverst i hierarkiet og er den profesjonen som er øverst ansvarlig for pasientbehandlingen på operasjonsstuen (Leonardsen, 2015).

#### 1.4.2. Profesjoner og oppgaver

På operasjonsstuen jobber ulike profesjonsgrupper tverrfaglig i team for å ivareta pasientens behov under et operativt forløp. Operasjonsteamet består av anestesileger, kirurger, operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere. Et team kan defineres som:

En organisationsform som integrerer medarbeidere med ulike kompetenser på ett sådant sett at arbeidets resultat overtreffer både individuelle prestasjoner og andre tidligere prøvde, kollektive former for organisering. (Sandberg, 2009, s. 268)

I de fleste situasjoner er arbeidsoppgavene og fordelingen klart definert, men i situasjoner der driften krever endring av oppgavens fordeling kan enkelte profesjonsutøvere bistå i den andre profesjonens arbeid gjennom for eksempel oppgavedeling. Basert på formell utdanning er ansvarsområdene fordelt slik at anestesileger og anestesisykepleiere har ansvar for forundersøkelse av pasienten, informasjon til pasienten, samt bedøvelse og overvåking av pasienten under operasjon (Anestesisykepleierne NSF, 2016). Operasjonssykepleierne har i hovedsak to funksjoner og ansvarsroller med tilhørende oppgaver; steril eller koordinerende funksjon (NSFs Landsgruppe av operasjonssykepleiere, 2015). Ved steril funksjon bistår operasjonssykepleieren kirurgen med utstyr, og overholder sterilitet og hygiene, samt formidler eventuelle behov for bistand og hjelp som kan oppstå under operasjonen til anestesipersonell og koordinerende operasjonssykepleier.

Den koordinerende operasjonssykepleierens ansvar er mottak av operasjonspasienten, gjennomgå sikkerhetssjekk som for eksempel sjekklisten «trygg-kirurgi» (Tinnå & Flesland, 2010), forberede operasjonen, bistå underveis i inngrepet og ta ansvar for dokumentasjon gjennom hele forløpet. Operasjonssykepleierens utdanning kvalifiserer til å kunne bistå innenfor alle de kirurgiske fagfeltene (NSFs Landsgruppe av operasjonssykepleiere, 2015).

Kirurgens ansvar er selve utførelsen av inngrepet, under et tett samarbeid med resten av operasjonsteamet. Kirurgen anses av hele teamet som lederen under inngrepet (Leonardsen, 2015), og det er viktig med tydelig informasjon fra kirurgen til de andre profesjonsgruppene for å holde alle oppdaterte og informerte om forløpet. Dette som et ledd i kvalitetssikring av inngrepet. Tydelig kommunikasjon er viktig, grunnet kompleksiteten omkring og under en operasjon. Jacobsen og Thorsvik (2016) beskriver hvor viktig det er med godt samarbeid når man skal koordinere oppgavene for hvordan en tjeneste skal gjennomføres. Dette støttes av en nyere studie av tverrfaglig samarbeid i operasjonsteamet (Leonardsen, 2015). Denne studien hevder at samarbeid er: «essensielt for trygg pasientomsorg og behandling av høy kvalitet», og peker på ansattes ulike opplevelser av samarbeid som et hinder for god kvalitet på det tverrfaglige samarbeidet (Leonardsen, 2015). Det positive samarbeidet baseres med andre ord på at alle partene har en gjensidig forståelse for avhengigheten av hverandres bidrag til gjennomførelsen av oppgaven (Jacobsen & Thorsvik, 2016, s. 80-82; Leonardsen, 2015).

Kirurgen er spesialisert innenfor sitt fagfelt og har ofte med seg en assistent, som bistår under inngrepet. Assistenten kan være en overlege eller lege i spesialisering (LIS).

Sykehus har enten døgndrift med kombinasjon av planlagte inngrep og akuttberedskap for øyeblikkelig hjelp og akutt-operasjoner, eller ren elektiv, planlagt drift. Uansett type drift er det forventninger om at alle ansatte forbereder seg ved å sette seg inn i operasjonsprogrammet, ved å lese seg opp på pasientenes diagnoser, inngrep og eventuelle behov for utstyr og medisiner knyttet til inngrepet. Forventninger om tilstrekkelige forberedelser er større i den planlagte driften, der mulighetene for dette ligger bedre til rette. Tett samarbeid og riktig utførelse av operasjonsprosedyren skal opprettholde pasientsikkerhet og kvalitet (Leonardsen, 2015).

## 1.5. Gangen i avhandlingen

Vi gir i dette første kapittelet en innledende oversikt over avhandlingens tema med problemstilling, forskningsspørsmål, definisjon av sentrale begreper og

presentasjon av sykehus som organisasjon. I kapittel 2 trekker vi opp det teoretiske landskapet med teori om oppgavedeling, profesjonsteori, teori om formelle og uformelle trekk ved organisasjoner og gruppedynamikk, samt teori om arbeidsmotivasjon, kompetansemobilisering og konseptet om flyt i arbeidet. I kapittel 3 redegjør vi for avhandlingens metode og begrunner våre metodiske valg. Funn og analyse følger i kapittel 4. I kapittel 5 tar vi for oss hovedfunnene i vår studie og drøfter disse. I kapittel 6 gir vi en oppsummerende drøfting av funnene og konkluderer vår studie.

## 2.0. Teoretisk rammeverk

### 2.1. Oppgavedeling

I litteratursøk, blant annet i rapporter fra Helsedirektoratet, finner vi beskrivelser av oppgavedeling der oppgavedelingen innebærer et *formelt* skifte av arbeidsoppgaver mellom to profesjoner. Et slikt formelt skifte er nøye planlagt og risikovurdert for den part som overtar oppgaven. I tillegg vil opplæring og kursing før innføring av ny oppgave være gitt (Helsedirektoratet, 2013, a & b). Ved sammenligninger av teorier om oppgavedeling, fremsatt i stortingsmelding, riksrevisjonens undersøkelser og kunnskapscenterets rapport, finner vi forklaringer som utfordrer forståelse av at det formelle skiftet i oppgaver er nøye planlagt og risikovurdert (Meld.St.11, 2015-2016; Riksrevisjonen, 2013-2014; Kunnskapscenteret 2013). For å kunne besvare vår problemstilling, har vi søkt og funnet teori, forskning og artikler som beskriver kategorier av oppgavedeling. Dette kan bidra til å oppnå en forståelse av hva begrepet oppgavedeling kan innebære og hvordan oppgavedeling kan forekomme mellom LIS og operasjonssykepleier

Nancarrow og Borthwick (2005, s. 98) deler oppgavedeling inn i fire kategorier som beskriver hvordan oppgavene skifter; diversifisering, spesialisering, vertikal substitusjon og horisontal substitusjon. Forfatterne legger frem hvordan en endring i arbeidsstyrken har oppstått på bakgrunn av mangel på helsepersonell. Dermed praktiseres en re-distribuering av ressurser på bakgrunn av faglig kompetanse fremfor hierarki og roller. De beskriver hvordan endringen av grenser i arbeidsstyrken i helsevesenet har ført til en bevegelse av arbeidsstyrken i de nevnte fire retninger.

*Diversifisering og spesialisering*, ses som en forandring av oppgaver innenfor en profesjon eller et fagområde. *Diversifisering* handler om en tilnærming til en ny oppgave, eller en ny måte å gjøre en oppgave på (Nancarrow & Borthwick, 2005, s. 905-906). Den tar form ved felles identifisering av nye måter å gjøre en oppgave på, nye markeder for levering av oppgaver, introduksjon av teknologi (medisin, behandling) eller nytt syn på behandling.

*Spesialisering* er nøkkelen til oppgavedeling (Nancarrow & Borthwick, 2005, s. 906-908). Spesialisering ses som å øke nivået av ekspertise innenfor et spesifikt fagområde, som er en utvalgt gruppe av et fagområde og legitimert gjennom bruken av en spesifikk tittel. I motsetning til diversifisering som har oppgaver som hele gruppen har tilgang på. Egenskapen til å ta på seg nye oppgaver, og å gi fra seg mindre ønskede oppgaver, har vært en viktig komponent av profesjonalisering og utvidelse av arbeidsstyrken. Spesialiserte profesjoner har mindre tid til å påta seg andre komponenter av deres arbeide som rutinearbeid, eller noe som krever mindre ferdigheter. Dette må likevel gjøres og delegeres ofte til andre arbeidere (Nancarrow & Borthwick, 2005, s. 909).

*Vertikal- og horisontal substitusjon, altså skifte*, innebærer bevegelse utenfor de tradisjonelle grensene for å ta på seg oppgaver som normalt utføres av annet helsepersonell, med andre ord en tverrfaglig forandring (Nancarrow & Borthwick, 2005, s. 909-913, 905). Faggrenser kan utvides ved at profesjonsutøveren påtar seg nye oppgaver som tradisjonelt sett er blitt utført av andre profesjoner, eller ved å påta seg oppgaver som andre profesjoner ikke ønsker å ha. Vertikal og horisontal substitusjon refererer til nivået av opplæring, ekspertise eller status mellom utøvere. Substitusjon gir muligheter for gjensidig enighet om skifte/bytte av oppgaver, men åpner også for omstridte grensekonflikter der profesjoner kan motsette seg å overføre/bytte/skifte oppgaver. Vertikal substitusjon innebærer delegering eller overtakelse av oppgaver på tvers av fagområder hvor nivåene av opplæring eller kompetanse ikke er likeverdige mellom arbeidstakere. Det oppstår på tvers av fagområder, mens spesialisering skjer innenfor et fagområde (Nancarrow & Borthwick, 2005, s. 909-910).

Horisontal substitusjon innebærer at utøvere med en tilsvarende opplæring og kompetanse, men med ulik bakgrunn, utfører roller som normalt er domenet til en annen profesjon. Dette oppstår typisk i situasjoner hvor det er mangel på helsepersonell, gjensidig avtalt overføring av oppgave eller forhandlede grenseendringer. Dette er ikke noe som typisk forbindes med profesjonell status, inntekt eller makt (Nancarrow & Borthwick, 2005, s. 911-912). Profesjonelle roller og grenser endres. Det er politiske føringer, klima og krav som fører til dette. Staten oppfordrer profesjonene til å vurdere smart bruk av ressurser og

muligheter for kompetanse samt utvikling til å møte de utfordringer som finnes her (Nancarrow & Borthwick, 2005, s. 913).

Når vi i vår masteravhandling ser på oppgavedeling mellom operasjonssykepleiere og LIS er det den vertikale substitusjonen, altså et skifte av oppgaver mellom profesjoner, vi ser på.

### 2.1.1. Formelle og uformelle trekk ved organisasjoner

I organisasjoner eksisterer både formelle og uformelle trekk (Jacobsen & Thorsvik, 2016, s. 69-75), der de formelle trekkene, altså organisasjonsstrukturen, avklarer hvordan arbeidsoppgaver fordeles, grupperes og koordineres, samt fordeler beslutningsmyndighet mellom ledere og medarbeidere. Strukturen avklarer og styrer kravene som stilles til medlemmene i organisasjonen, hvor hensikten er å påvirke atferden i ønsket retning. Ifølge Mintzberg (1979) kan effektivitet påvirkes av aspekter ved organisasjoners formelle strukturer som formalisering, standardisering og bruk av funksjonelt spesialiserte underenheter. Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2016, s. 120-127) avgjør ikke organisasjonsstrukturen alene hva som skjer i en organisasjon, da organisasjonen består av mennesker med egne tanker, følelser og meninger. Organisasjoner består også av grupper, med egne normer og verdier som etterleves av medlemmene i gruppen, og som ikke alltid samsvarer med de formelle trekkene i organisasjonen. Menneskene i organisasjonen og dynamikken dem imellom er de uformelle trekkene ved en organisasjon. Ved å se på organisasjoner i et kulturelt perspektiv kan man studere menneskers mønster av handlinger ut fra holdninger og meninger. Organisasjonskultur kan defineres: «*Et eksplisitt fokus på opplevelser, tanker og meninger, som er felles for flere personer i en bestemt sosial sammenheng.*» (Jacobsen & Thorsvik, 2016, s. 130). De uformelle trekkene i organisasjonen kan påvirke den ansattes atferd gjennom opplevelser av tilhørighet og fellesskap, som er viktig for trivsel, og som kan skape en identitet den ansatte kan definere seg ut fra. Det sosiale fellesskapet og identiteten kan ytterligere virke motiverende og angstreduserende. Hvis kulturen er sterk kan det oppstå stor grad av tillit mellom leder og ansatte. Dette kan igjen påvirke samarbeid og

koordinering mellom de ansatte og mellom ansatte og leder. I likhet med de formelle trekkene kan også uformelle trekk påvirke styringen i en organisasjon. Den uformelle styringen skjer på grunnlag av normer og verdier, hvor man som ansatt får tilråding om hvordan man skal handle ved arbeidsoppgaver (Jacobsen & Thorsvik, 2016, s. 127-129).

Gitt at organisasjoner består av både formelle og uformelle trekk, kan motstand være en form for trekk ved en organisasjon der ansatte handler på en måte ledelsen ikke forventer eller ønsker at de skal (Karlsson, 2008). Slik atferd er ofte svar på urimelige krav i organisasjonen som ansatte, enten enkeltvis eller kollektivt forsvare seg mot. Slike former for atferd kan derfor være en rasjonell måte for de ansatte å organisere driften på (Skorstad, 2014, s. 88-98). Selv om motstand ifølge Karlsson (2008), finnes som et uformelt trekk ved organisasjoner, vil den ikke være sentral i vår studie. Vi vil ha fokus på formelle og uformelle trekk ved organisasjonen som bidrar til å forklare hvordan oppgavedeling mellom operasjonssykepleiere og LIS kan påvirke arbeidsmotivasjonen.

### 2.1.2. Gruppedynamikker

I forlengelse av uformelle trekk i en organisasjon, ønsker vi å forstå hvordan grupper og deres normer og verdier påvirker de ansattes atferd og handlinger i en organisasjon. Fivelsdal og Bakka (1998, s. 99) beskriver hvordan individet er en del av mange grupper gjennom livet. Familie, venner, jobb, foreninger, interesser og lignende. Vår atferd endres etter hvilken gruppe vi befinner oss i. Klær, språk, væremåte og kroppsspråk, varierer fra gruppe til gruppe. Det kjennes trygt å kunne forstå og gli inn i disse ulike gruppene og miljøene naturlig. Disse tilpasningsprosessene er viktige å forstå i organisasjoner, da kjennskap til gruppefenomener er nødvendig for å kunne forstå hva som foregår i organisasjoner. Grupper og kultur kan variere mellom organisasjoner, eller mellom avdelinger i organisasjoner. Ut fra ulike situasjoner kan ledelsen oppleve gruppene som redskap og hinder, ved at gruppene kan skape medarbeidere til motarbeider.



Gruppene spiller inn på mange forhold i organisasjonen (Fivelsdal & Bakka, 1998, s. 99 -100, 104-105). De preger kulturen i organisasjonen (normdannelse), de fungerer som kommunikasjonskanaler ved siden av de formelle, de står sentralt i alle forandringsprosesser og kan hindre prosjekter på grunn av gruppemotstand. Gruppene har også stor betydning for arbeidsmotivasjon og produktivitet, her spiller de en stor rolle i organisasjonens effektivitet og utvikling. For mange er det viktig å være en del av en gruppe, da dette gir en oppnåelse av sosial aksept, trygghet, anerkjennelse og verdsettelse fra andre mennesker man ønsker dette fra. Det skjer som oftest spontant ved kontakt, samtale og samarbeid.

Organisasjoner har sine helt egne spilleregler (Fivelsdal & Bakka, 1998, s. 103). Det kommer til syne ved omgangsformer, språk, håndtering av situasjoner og det er viktig for et nytt medlem i en gruppe å gli inn i dette miljøet. Normene vil også være ulike i organisasjoner og sosiale mønstre kan være vanskelig å finne ut av. Relatert til en operasjonsavdeling ser vi operasjonssykepleierne som en gruppe og LIS som en annen gruppe. Sett ut fra teorien vil det være ulike normer i gruppene. Dette tar vi med oss videre under analyse og drøfting av vårt datamateriale.

Ifølge Fivelsdal og Bakka (1998, s. 104-105) er gruppers atferd sosiale normer som er underforståtte forventninger rettet mot gruppemedlemmers atferd. Nye medlemmer oppdager ofte normene først ved overtredelse av normene, hvor sanksjoner deretter forekommer. Sanksjonene har som mål å forsterke en bestemt ønsket atferd, eller å skape en atferd tilsvarende normene. Normer og sanksjoner kalles for sosial kontroll, og er systemet som regulerer menneskets atferd i en gruppe. Normer kan ses som orienteringspunkter, eller referanserammer for gruppene. Normer kan være gjensidige ved at gruppemedlemmer påvirker hverandres forventninger. Når gruppemedlemmer ikke overholder normene, reagerer andre gruppemedlemmer ved å få «avvikeren» tilbake til atferden gruppen ønsker. Gruppen krever at dens mål eller overlevelse, nøye overholdes, mens avvik ved mindre betydningsfulle normer kan godtas. Viktige personer i gruppen har større spillerom for avvik. Sterkt sammensveisede grupper med høy solidaritet, er ofte effektive mot sitt formål (Fivelsdal & Bakka, 1998, s. 104-105).

Gruppens sosiale struktur består av roller og ses som summen av forventninger rettet mot en gitt person i en gitt posisjon (Fivelsdal & Bakka, 1998, s. 106-107).

Forventninger kommer fra øvrige gruppemedlemmer, organisasjonens ledelse og omverden. Medlemmenes rollefordeling tegner et mønster hvor det skjer en differensiering (spesialisering) omkring oppgaver og ledelse. Ulikheten her betyr at medlemmene får forskjellig status, som over tid utvikler seg til en rangorden. Roller tillegges ulik verdi på bakgrunn av ulike krav til utøveren. Rollene får også forskjellig sosial verdi, kalt sosial prestisje. Betydningen for en persons sosiale status baseres på rollens prestisje utførelse av rollen (Fivelsdal & Bakka, 1998, s. 106-107).

Ifølge Fivelsdal og Bakka (1998, s. 109) måles arbeidsgruppers effektivitet på om de klarer å løse oppgavene som er pålagt og om gruppene holder sammen uten at uenigheter og konflikter kommer i veien for oppgaveløsningen. Effektive grupper tiltrekker medlemmer. Gruppen viser samhold som støttes av gode resultater. Dette gir gruppen en sosial kapital. Hernes (2007, s. 95) definerer sosial kapital som: *«verdien av andres bidrag for egen innsats – altså som den forskjellen i resultat de til sammen gjør»*. Dermed er det relasjonene som virker i nettverket. Man er ifølge Fivelsdal og Bakka (1998) interessert i å finne ut av hvilke faktorer som gjør at gruppene utvikler positive arbeidsmønstre, og om ledelsen kan påvirke dette. Gruppen må oppleve et positivt forhold til organisasjonen og ledelsen. Hvis medlemmene opplever følelsen av å bli kontrollert trekker de seg tilbake i forsvar. En annen faktor er gruppens sammensetning til innholdet av oppgaver som skal utføres, og hvordan det samsvarer med gruppens evne til konflikter som her kan oppstå. Noen oppgaver krever stor faglig innsikt, men arroganse her kan ødelegge en gruppe. Sosial intelligens kreves for utvikling i en arbeidsgruppe (Fivelsdal & Bakka, 1998, s. 109). Goleman og Boyatzis, (2008, s. 77) definerer sosial intelligens som et sett av mellommenneskelige kompetanser som inspirerer andre til å være effektive. Relatert til operasjonsavdelingen vil gruppene kunne trekke seg tilbake, hvis ledelsen går inn og tar formell styring over gruppene. Det er rimelig å stille spørsmål ved hva som da vil kunne skje med gruppene.

Samhold og samhörighet er trekk ved gruppens kultur som påvirker gruppens prestasjoner (Fivelsdal & Bakka, 1998, s. 110). Ved gruppesamhold passer gruppemedlemmene på hverandre, ved at de trives sammen og inspirerer hverandre. Støtte er også verdifullt her. Mål og oppgaver gruppen utfører,

samsvarer også med behov eller verdier det enkelte medlem har, og om gruppen kan dekke det. Suksess skaper sterkt gruppesamhold. Hvis en gruppe over lengre tid oppnår gode resultater, kan det styrke det indre samholdet.

Fivelsdal og Bakka (1998, s. 111) viser til sosialpsykologen Irving Janis når de beskriver gruppetenking. Det beskrives som en overdreven bestrebelse etter enighet som undertrykker avvikende meninger blant gruppemedlemmene. Altså gruppemedlemmer ønsker å være lojale overfor gruppen, hvor man da følger gruppen selv om det kan være uhensiktsmessig eller har utilsiktede konsekvenser. Dette kan oppfattes som et psykologisk press, ved å jobbe tett sammen og dele samme verdier som igjen fører til at man undertrykker sin kritiske sans. Det oppstår en slags sensur i egen tenking for å beholde den gode vi-følelsen som finnes i atmosfæren i gruppen.

Fivelsdal og Bakka (1998) har gitt oss en gjennomgang av de viktigste poengene rundt gruppedynamikker, og et godt eksempel på uformelle trekk. Vi ønsker å belyse hvordan de uformelle trekkene kan utspille seg i form av gruppedynamikker. Vi ønsker med dette å forstå de ansattes handlinger og atferd i en organisasjon, for å løse oppgaver, og hvordan de uformelle trekkene i form av gruppedynamikker kan påvirke den ansattes arbeidsmotivasjon. Gruppedynamikkens betydning for motivasjon, ønsker vi å trekke inn i vår drøfting av funn.

### 2.1.3. Profesjoner

I rapportene fra Helsedirektoratet i kapittel 1.0 ser man konturene av profesjonskamp ved oppgavedeling mellom profesjoner. Dette kan være avgjørende for om oppgavedeling lykkes eller ikke. I hvilken grad profesjonene lykkes med oppgavedeling vil kunne være styrende for i hvilken grad arbeidsmotivasjonen påvirkes, om den fremmes eller hemmes. Vi ser det derfor som relevant for avhandlingen å belyse hva profesjoner og profesjonsgrenser har av betydning for oppgavedeling og dennes påvirkning av arbeidsmotivasjonen.

Andrew Abbott (1988) utviklet en teori med profesjonssystemer, der formålet var å vise hvordan profesjoner vokser, splittes, fortsetter, tilpasser seg, og/eller dør.

Han definerer profesjoner som: *“Professions are exclusive occupational groups applying somewhat abstract knowledge to particular case.”* (Abbott, 1998, s. 8). Abbotts (1988, s. 8-9,54) teori forklarer hvordan profesjoner kontrollerer sine kunnskaper og ferdigheter. Hans teori er at utviklingen av profesjoner er et resultat av innbyrdes forhold, og ut fra hvordan ulike grupper kontrollerer sine kunnskaper og ferdigheter. Kontrollen over kunnskap og ferdigheter kan oppnås ved tekniske ferdigheter, eller det han kaller abstrakt kunnskap, hvor praktiske ferdigheter vokser ut av et abstrakt kunnskapssystem formalisert gjennom vitenskapelig kunnskap. Han hevder at kontrollen over og bruken av kunnskap handler om å dominere utenforstående profesjoner som forsøker å angripe kontrollen og bruken av kunnskap. Abbott argumenterer for at det abstrakte kunnskapssystemet (konkurransesystemet mellom profesjoner) er det som skiller seg ut ved konkurranse mellom profesjoner (som operasjonssykepleier og LIS) ved at det identifiserer profesjonen tydeligst og styrker overlevelsen i konkurransen innad i profesjonssystemet. Denne vitenskapelige kunnskapen legitimerer profesjonens arbeidsfelt (Abbott, 1988, s. 8-9, 54).

Profesjonene konkurrerer innenfor dette systemet, og profesjonens suksess reflekterer like mye situasjonen til konkurrentene og systemstrukturen som det gjør profesjonenes egen innsats. Oppgavene påvirkes og kan i tillegg endres av eksterne krefter (Abbott, 1988, s. 33.34). Knyttet til vår avhandling kan denne teorien gi oss en forståelse av hvordan oppgavedeling mellom to ulike profesjonsgrupper påvirker en eventuell konkurranse om jurisdiksjon. Altså hvem som har kontrollen over oppgavene og hvordan oppgavene deles, hvem har ansvaret og hvordan påvirker det de to profesjonsgruppene? Vi ønsker å bruke denne teorien til å forstå hva som skjer mellom to profesjonsgrupper når de skal dele og konkurrere om oppgaver; hvordan påvirker oppgavedeling den enkelte i en profesjonsgruppe, hvordan skal profesjonsgruppene samarbeide om oppgavedelingen og hvilken betydning vil oppgavedelingen kunne ha for arbeidsmotivasjonen.

## *Jurisdiksjon*

Abbott (1988) bruker begrepet jurisdiksjon om forbindelsen mellom en profesjon og dets arbeid (oppgaver). Jurisdiksjonen beskriver hvem som har kontroll over hva, når og hvordan. Ingen av forbindelsene er permanente og profesjonene utgjør et samhandlende system. Ifølge Abbott er jurisdiksjonen det avgjørende forholdet i arbeidslivet. Profesjoner utvikler seg når jurisdiksjoner blir ledige, fordi de er nyopprettet, eller fordi en tidligere profesjon har forlatt eller mistet jurisdiksjonen (Abbott, 1988, s. 3, 33-34).

Abbot viser til seks former for jurisdiksjon. Vi har valgt å bruke Vibeke Erichsen (1996) sin oversettelse av disse seks formene:

1. Full jurisdiksjon. Det typiske eksempelet her vil være lege som et overordnet yrke med eneansvar.
2. Underordning. Her er begrenset jurisdiksjon og det klassiske eksempelet vil være forholdet mellom lege og sykepleier, hvor den underordnede instrueres. Full jurisdiksjon og underordning vil ofte henge sammen.
3. Intellektuell jurisdiksjon. Handler om at det er konkurranse på praksisfeltet, selv om det er kunnskapsmessig kontroll.
4. Rådgivende jurisdiksjon. Handler om at en profesjon får en rådgivende kontroll over visse sider av arbeidet.
5. Teigdeling. Handler om arbeidsdeling mellom to funksjoner som er forskjellige, men strukturelt likeverdige.
6. Klientdifferensiering. Handler om arbeidsdeling etter egenskaper ved klientell. (Erichsen, 1996, s. 46-48)

Abbott (1988) hevder at jurisdiksjonskrav fremmes i: rettssystemet, offentligheten og på arbeidsplassen. Det er på arbeidsplassene at den faktiske kompleksiteten i yrkeslivet viser seg. Her må mangfoldet innen profesjonene anerkjennes. Hvis en «profesjonell» mangler kompetanse krever organisasjonen at hans eller hennes arbeid utføres av noen andre som sannsynligvis ikke er kvalifisert til å gjøre det. Dersom det er for mange arbeidsoppgaver knyttet til den «profesjonelle» utøveren, vil det også kreve at «ikke-profesjonelle» må utføre disse. Grenser mellom profesjonelle jurisdiksjoner har derfor en tendens til å kunne forsvinne på

arbeidssteder, spesielt i situasjoner og på arbeidsplasser der oppgavemengden er stor. Det resulterer i en form for kunnskapsoverføring man kaller arbeidsplass assimilering (Abbott, 1988, s. 65-68). Relatert til en operasjonsstue, kan assimilering for eksempel ses ved at en operasjonssykepleier overtar en LIS oppgave. Ifølge Parsons (1936) skjer assimilering i et gi-og-ta forhold. Park og Burgess (1924) definerer assimilering som «en prosess der personer og grupper tilegner seg andre personers eller grupper minner, følelser og holdninger; og ved å dele sine erfaringer og historie blir de integrert i et felles kulturliv» (Park & Burgess, 1924, s. 735). Ifølge Abbott (1988) innebærer assimilering at underordnede fagpersoner, ikke-profesjonelle og medlemmer av beslektede eller like profesjoner i arbeidet lærer seg en håndverksversjon av en profesjons kunnskapssystem, der en yrkesutøver mangler den teoretiske opplæringen som rettferdiggjør medlemskap i yrket. I jurisdiksjonssystemet på arbeidsplassen er det blant annet den virkelige kunnskapen og kompetansen til en person, og ikke hans status som kvalifisert eller ikke-kvalifisert, som betyr noe (Abbott, 1988, s. 65-68). For eksempel kan en kirurg ønske assistanse av en dyktig operasjonssykepleier, fremfor en mindre erfaren LIS. Abbott (1988) hevder at underordinater med høyt kunnskapsnivå vil kunne få en større betydning og plass i organisasjonen enn en overordnet med et lavere kunnskapsnivå. Enkelte individer i nært beslektede profesjoner ender opp med å vite langt mer om en annen og nært beslektet profesjons faktiske arbeide enn utøvere tilhørende den andre profesjonen. Det sentrale offentlige argumentet mot assimilering på arbeidsplassen holder fast ved at underordnede mangler den teoretiske utdannelsen som er nødvendig for å forstå og bruke det de tillærer seg ved assimilering. Denne offentlige forestillingen av at det for eksempel bare er leger som kan gjøre visse oppgaver, når de i praksis også utføres av sykepleiere og andre yrkesgrupper overlever ved at det er innarbeidet en offentlig forståelse av dette (Abbott, 1988, s. 65-68).

For å utvikle seg selv kan profesjoner måtte akseptere begrenset mobilitet i miljøet, der alternativet til full jurisdiksjon er begrenset jurisdiksjon, omtalt som underordnet jurisdiksjon. Sykepleiere er underordnet leger. Leger kontrollerer en kompleks arbeidsdeling der et antall slike underordnede grupper finnes (Abbott, 1988, s. 71-72).

Orvik (2015, s. 125) viser til hvordan jurisdiksjon handler om en profesjons makt til å holde på arbeidsoppgaver hvor den har sitt domene. En profesjons jurisdiksjon kan også handle om makten til å gi fra seg oppgaver, for å kunne utføre andre oppgaver. Orvik (2015) kaller dette oppgaveglidning, i vår avhandling definert som oppgavedeling.

Ifølge Abbott (1988, s. 82) er kontrollen av underordnede i profesjoner (her: operasjonssykepleier) i stor grad en profesjonssak innenfor organisasjonen, hvor jurisdiksjonsskamper mellom underordnede og dominerende foregår på arbeidsplassen og i organisasjonen.

Sett i forlengelse av Abbotts teori, beskriver Orvik (2015, s. 127-129) hvordan intern konkurranse om jurisdiksjon kan oppstå i form «varme og kalde konflikter» mellom helsepersonell, da begge profesjoner er avhengige av samarbeid med hverandre. Ved «varme» konflikter kan kritikken for utført arbeide i situasjonen oppleves som en personlig kritikk, og at man ikke blir verdsatt for den jobben man gjør. Ved «kalde» konflikter oppleves kritikken ved utførsel av oppgave mot profesjonsgruppen, som oftest ved diskusjoner og uenigheter om hva profesjonene mener om hvilke profesjoner som skal gjøre ulike oppgaver, og hva faglige prosedyrer skal inneholde. Disse konfliktene kan påvirke integritet og arbeidshelse.

### *Profesjonssystemet*

Abbott (1988, s. 84-85) beskriver hvordan profesjoner som gruppe vil utvikle seg i et strukturert mønster som han kaller profesjonssystemet.

Profesjonssystemet kan ses ved at kjeder med effekter påvirker systemet med profesjoner på to generelle måter - ved at eksterne krefter åpner eller lukker områder for jurisdiksjon og ved at eksisterende eller nye yrker søker ny grunn (Abbot, 1988, s. 90-91). Oppgaver endres kontinuerlig, og jurisdiksjonens svakheter blir stadig utfordret. De påfølgende forstyrrelsene forplanter seg gjennom systemet. Eksterne krefter forstyrrer profesjonssystemet direkte ved å åpne nye oppgaveområder for jurisdiksjon og ved å ødelegge gamle

jurisdiksjoner. En ny oppgave dukker opp, og noen yrker oppnår jurisdiksjon over den på bekostning av å svekke de andre jurisdiksjonene (Abbot, 1988, s. 90-91).

Abbott (1988) hevder at et yrke har en viss evne til å ha jurisdiksjon, en evne avhengig av både sitt profesjonelle kunnskapssystem og den interne strukturen. Enhver endring i denne evnen – ved å frigjøre noe av den fra en gammel jurisdiksjon, eller ved å øke den internt (ved standarder eller organisatorisk effektivitet) – gjør yrket i stand til å kreve ny jurisdiksjon. Innen medisin har man for eksempel et snevert og konkret arbeidsområde, nemlig menneskekroppen, men den formelle kunnskapen er stor og spenner vidt. Medisinens jurisdiksjon er derfor kompakt (Abbot, 1988, s. 96-104). Arbeidsdelinger eksisterer både mellom og innenfor profesjoner, og påvirker nettverket av profesjoners forbindelser på arbeidsplassen. Det er felles deltakelse i arbeidssituasjonene som skaper de sterkeste båndene (og belastningene) mellom yrkene (Abbott, 1988, s. 125-128). Jurisdiksjon utspiller seg i arbeidsdelingen mellom LIS og operasjonssykepleiere, og det er i dette bindeleddet mellom en profesjon og dennes arbeid at jurisdiksjonen kan endre seg (Abbott, 1988). Vi ønsker med andre ord å forstå hvordan grenser for hva som gir en profesjon kontroll over eget arbeid flyttes, og hvordan det videre kan påvirke arbeidsmotivasjon til ansatte i begge profesjonsgrupper.

## 2.2. Arbeidsmotivasjon

I Helsedirektoratets rapport om effektivitet i sykehus (Helsedirektoratet, 2013, a) har positiv påvirkning av ansattes arbeidsmotivasjon hverken vært målet med oppgavedelingen, eller i sentrum for kartleggingen av oppgavedelingens effekter, men viser seg, fra ledelsens side, å være et utilsiktet positivt resultat.

Undersøkelsen avdekker imidlertid også at en liten andel ledere rapporterer om negative konsekvenser for ansatte i form av mindre autonomi i utførelse av oppgaver og problemer i arbeidsmiljøet. Det viser seg med andre ord at oppgavedeling ikke har udelt positiv påvirkning på de ansattes arbeidsmotivasjon. Som utgangspunkt for å forstå sammenhengen mellom oppgavedeling og påvirkning av ansattes arbeidsmotivasjon, må vi forstå, ikke bare hva motivasjon er, men hvordan psykologiske universelle og individuelle aspekter hos individet



påvirkes av faktorer knyttet til arbeidet som gir retning for påvirkning av arbeidsmotivasjonen.

### 2.2.1. Motivasjonsteori

Motivasjon kommer av det latinske ordet *movere*; bevegelse (Steiro og Torgersen, 2011, s. 11). Vi har i vår avhandling valgt å benytte Kaufmann og Kaufmann (2016) sin definisjon av motivasjon. De definerer motivasjon som drivkraften i det man gjør. Som et teoretisk begrep er motivasjon forsøkt forklart gjennom ulike teorier som bygger på forskjellige antakelser om menneskets natur. Kaufmann og Kaufmann (2016) samler motivasjonsteoriene i en kvartett bestående av: behovs-, kognitive-, sosiale- og situasjonsteorier. I følge de samme forfatterne vil en behovsteori forklare motivert atferd som utløst av tilfredsstillende av grunnleggende behov. En kognitiv teori vil forklare slik motivert atferd utløst av forventninger om måloppnåelse. Innen sosiale teorier baseres motivasjon på en opplevelse av likeverd og rettferdighet, mens situasjonsteoriene forklarer motivert atferd som utløst av motivasjonselementer i jobbsituasjonen. Det er altså ulike måter å forklare motivasjon på, det være seg forhold hos det enkelte mennesket, i virksomheten eller forhold i samfunnet (Hein, 2009, s. 15-20).

Et klassisk skille innen motivasjonsfaget er skillet mellom indre og ytre motivasjon og motivasjonsfaktorer. Indre motivasjon og motivasjonsfaktorer skapes innenfra, individet utfører en handling fordi selve handlingen er interessant og utløser en spontan tilfredsstillende i seg selv, og kan dermed knyttes til ønsket om å prestere eller utvikle seg selv (Hein, 2009, s. 19). Ifølge Linda Lai (2017, s. 155) er det en sterk sammenheng mellom indre motivasjon og kompetansemobilisering, forklart som at det er en genuin interesse og glede for, og over, de oppgaver man for eksempel som operasjonssykepleier eller LIS har. Lai (2017) viser til studier gjengitt av bla. Kuvaas (2009) som viser at indre motivasjon er den motivasjonsformen som leder til mest positive effekter for organisasjonen, og ikke minst for medarbeideren selv. Lai (2017, s. 157) angir noen viktige «drivere» med betydning for hvorvidt, og i hvilken grad, den ansatte får brukt sitt kompetansepotensiale; «Rolledefinering, mestringstro, autonomi, mestringsorientert ledelse og mestringsorientert støtte fra nærmeste kolleger».

Hun peker på klare likheter og paralleller mellom disse driverne og egenmotivasjonsteori (self-determination theory), der opplevd tilhørighet, kompetanse og autonomi er sentrale områder for påvirkning av arbeidsmotivasjonen (Lai, 2017).

Ytre motivasjonsfaktorer er utenfor individets kontroll. De skapes utenfra. I motsetning til indre motivasjonsfaktorer som er ikke-instrumentelle, er de ytre motivasjonsfaktorene instrumentelle i den betydning at de er avhengige av en form for tilbakemelding eller respons på de handlinger individet gjør.

Motivasjonen skyldes ikke handlingen i seg selv, men de ytre tilbakemeldingene eller resultatene handlingen gir, det være seg ros eller annen belønning (Gagne & Deci, 2005).

I vårt avhandlingsarbeid og ønske om å se hvordan oppgavedeling kan påvirke de ansattes arbeidsmotivasjon skiller vi ikke mellom indre og ytre motivasjon, men ser på arbeidsmotivasjonen som et hele.

### 2.2.2. Hva motiverer ansatte til arbeid

Motivasjon relatert til arbeid «work motivation» er et av de viktigste emnene innen industri- og organisasjonspsykologiens forskningsfelt, der sammenhenger mellom ansattes personlighetstrekk, arbeidsmiljø og mekanismer involvert i målrettet atferd studeres, analyseres og danner grunnlag for teorier om hvordan, og om, ansatte kan motiveres til arbeid (Kanfer, Frese & Johnson, 2017).

Motivasjon springer ut av et vidt spenn av personlige og sosiale faktorer. Hva som motiverer og/eller hindrer motivasjon har gjennom tidene blitt nøye studert ved hjelp av forskjellige motivasjonsteorier som ut fra ulike vinkler og perspektiver kaster lys over spørsmålet rundt sammenhengen mellom motivasjon og arbeid (Damij et al., 2015).

Arbeidsmotivasjonsforskningen drives av tre fundamentale spørsmål:

- 1) Hvilke ønsker og behov fremmer handling?
- 2) Hvilken rolle har arbeidsmiljømessige faktorer når det gjelder motivasjon av ansatte?

3) Gjennom hvilke psykologiske prosesser og mekanismer spiller individuelle og miljømessige faktorer en rolle for påvirkning av retning, intensitet og vedvarende handling? (Kanfer et al., 2017).

*Innholdsorienterte motivasjonsteorier* spesifiserer de psykologiske egenskaper, begrunnelser, tendenser og orienteringer som initierer motiverende og viljestyrte prosesser. Disse iboende og bestemmende egenskapene gir opphav til varige preferanser for bestemte mål, strategier og atferd. Noen personbaserte bestemmende egenskaper antas å utgjøre universelle motiv, mens andre utviser individuell variasjon i nivå og viktighet. Innholdsteoriene er mange, og det skilles grovt mellom teorier som tar utgangspunkt i noen universelle, normative egenskaper hos alle individer, og individuelle, trekkbaserte teorier som har som utgangspunkt at det er egenskaper ved det enkelte individet som bestemmer graden av motivasjon. Eksempler på universelle, normative teorier er Maslows hierarkiske behovsmodell og mer moderne behovsteorier som Deci og Ryans (1985 a) selvbestemmelsesteori (Self-determination theory) som viser hvordan tilfredsstillelse av grunnleggende behov for autonomi, kompetanse og relasjoner påvirker atferd gjennom indre motivasjon (Kanfer et al., 2017). Relatert til en slik teori kan man tenke at ansatte som involveres i beslutningsprosesser vedrørende oppgavedeling vil kunne erfare større grad av motivasjon for arbeidet enn ansatte som ikke får dekket sitt behov for selvbestemmelse og autonomi i sin arbeidshverdag. Et ytterligere eksempel på en universell, normativ motivasjonsteori er Adams likeverdsteori der motivasjon ses som resultat av rettferdighetsopplevelser basert på sammenligninger av egne og andres innsats og utkomme som belønning for eksempel i form av anerkjennelse (Kanfer et al., 2017).

At operasjonssykepleiere skal overta oppgaver som tradisjonelt sett har tilhørt en annen profesjon, nemlig legene, uten kompensasjon i form av for eksempel kompetanseheving gjennom opplæring eller kurs, relatert til denne teorien, kan oppleves som urettferdig. På samme måte vil det for LIS som må gi fra seg oppgaver som er av egen interesse, for å øke kompetansen og ferdigstille utdannelsen, også kunne oppleves som lite rettferdig.

Eksempler på individuelle trekkbaserte teorier er teorier som ser på behov for prestasjon, makt og tilhørighet, samt personlighetstrekk baserte teorier som femfaktorteorien (Kanfer et al., 2017). Prestasjonsmotivasjon assosieres med at man setter seg høyere og mer utfordrende mål og med det bedrer prestasjonen, og der makt og tilhørighet refererer til preferanser etter å inneha posisjoner med høyere makt og å etablere og opprettholde positive relasjoner med andre (Kaufmann & Kaufmann, 2016, s. 152-153). Ansatte som, uavhengig av profesjon, motiveres av å prestere eller inneha en form for makt relatert til andre på arbeidsplassen kan, i lys av individuelle trekk som styrende for arbeidsmotivasjonen, gi oss eventuelle forklaringer på variasjoner både innad og på tvers av profesjonsgruppene når det gjelder evne og vilje til å overta eller gi fra seg oppgaver.

*Kontekstorienterte motivasjonsteorier* fokuserer på egenskaper i (arbeids)miljøet med påvirkning på motivasjon og atferd (Kanfer et al., 2017). Teoriene understreker ofte de enkelte egenskapenes påvirkningsstyrke. Som eksempel nevnes Herzberg, Mausner og Snydermans teori som organiserte jobbkarakteristika i to grupper; hygienefaktorer (f.eks. lønn) og motivasjonsfaktorer (f.eks. ansvar) i et forsøk på å identifisere karakteristikk relatert til indre arbeidsmotivasjon, og Hackman og Oldhams jobbkarakteristika-modell der egenskaper ved selve jobben ble fremhevet som ledende til motivasjon. Andre kontekstorienterte teorier er teorier om grupper og team der fokus for forskning har vært på effekten av team-arbeid når det gjelder nivået på utført arbeid, effekt på arbeidsmiljø, variabler innad i teamet som samhold og identitet (shared team identity), motivasjon hos teammedlemmene som følelsesmessig engasjement, personlig initiativ og resultat i form av atferd og overføring av kunnskap (Kanfer et al., 2017). Relatert til vår studie har det vært av betydning å kunne knytte informantenes svar og våre funn, opp mot teorier som knytter jobbkarakteristikk som betydningsfulle oppgaver, arbeidsmiljø og samhold opp mot engasjement, personlig initiativ og arbeidsmotivasjon. Ved å se på teorier som baserer arbeidsmotivasjonens påvirkning ut ifra kontekstuelle variabler på arbeidsplassen, har vi vært opptatt av mulige årsaksforklaringer på ansattes erfaringer som ledende til positiv eller negativ effekt på arbeidsmotivasjonen.

*Prosess-orienterte motivasjonsteorier* vektlegger planlegging og kognitive følelsesmessige prosessers involvering i det å skulle strekke seg etter mål (goal striving) som styrende for grad av arbeidsmotivasjon (Kanfer et al., 2017). Eksempler på prosess-orienterte teorier er forventningsteorier, målsettingsteorier og teori om selveffektivitet, individets subjektive mestringstro, der det hevdes at høy subjektiv mestringstro leder til at man setter seg høyere mål med et høyere nivå av målrettet innsats. I tillegg er det ressursfordelingsteorier som ser motivasjon som en prosess der personlige ressurser gjennom selvregulering fordeles som svar på oppgavekrav, følelser, insentiver og tilbakemeldinger, og teorien om ressursuttømming som tar utgangspunkt i at individet har en begrenset mengde atferdsregulerende ressurser til disposisjon som ved gjentatt bruk av selvkontroll vil tappes og brukes opp (Kanfer et al., 2017).

På en operasjonsstue vil både operasjonssykepleier og LIS ha oppgaver som krever stor oppmerksomhet. Dersom man i tillegg må overta en annens profesjonsoppgaver uten samtidig å få avløsning for egne oppgaver, vil man kunne tenke at man overskrider en grense for hva man har av oppmerksomhetsressurser. Relatert til ovenstående teori kan man da stå i fare for å ikke å nå sine mål som følge av mangel på ressurser. Dette vil i sin tur kunne påvirke arbeidsmotivasjonen i negativ retning.

Problemstillinger knyttet til arbeidsmotivasjon står sentralt i alle organisasjoner. Enten det handler om hvordan organisasjonen kan gjøre seg attraktiv og holde på medarbeidere eller oppmuntre ansatte til videreutvikling og god jobbutførelse, innebærer spørsmålene å ta stilling til organisasjonens behov og ønsker som utgangspunkt for å motivere og lede de ansatte (Alvesson, 2011).

### 2.2.3. Kompetansemobilisering

I kapittel 2.2.1 presenterte vi noen drivere for kompetansemobilisering, hentet fra Lais (2017, s. 14, 157) publikasjon om strategisk kompetanseledelse, beskrevet å være en kontinuerlig prosess der organisasjonen gjennom planlegging, gjennomføring og evaluering sikrer at den enkelte ansatte innehar og anvender nødvendig kompetanse for å nå organisasjonens mål. Vi ønsker i det følgende å gi

en mer grundig presentasjon av enkelte av driverne som en forklaring på hvorfor det er av betydning for den ansattes arbeidsmotivasjon at de på arbeidsplassen erfarer rom og muligheter for mobilisering av egen kompetanse. Driverne er:

Rolledefinering – rolleklarhet, rollebelastning og rolleorientering

Mestringstro – tillit til egen kompetanse

Autonomi – opplevd tillit og kontroll over eget arbeid

### *Rolledefinering*

Når man som ansatt trer inn i en stilling, ligger det noen forventninger til hvordan man skal opptre, hvilke oppgaver man skal ha ansvar for og noen premisser for gjennomføring av disse. En stilling innebærer en eller flere roller, og som profesjonell forutsettes det at man innehar en god rolleforståelse (Lai, 2017, s. 158). I god rolleforståelse ligger det at det for andre er synlig at den ansatte i sin utøvelse ikke representerer seg selv, men den rollen vedkommende har påtatt seg, for eksempel som operasjonssykepleier eller lege. God rolleforståelse bygger på kunnskap og holdninger, og er en betydningsfull del av den ansattes kompetanse. Det ligger noen forutsetninger til grunn for at den ansatte på best måte skal få mobilisert kompetansepotensialet sitt fullt ut. Det må være *rollesamsvar*, det vil si det må være samsvar mellom de oppgaver som skal løses og det kompetansepotensiale den ansatte har. Det må også være en *rolleklarhet*, det vil si en tydelig definert rolle som den ansatte skal inneha slik at vedkommende ikke er i tvil om hvilke roller hun eller han har ansvar for eller hvilken beslutningsmyndighet som ligger til egen rolle. I tillegg må det komme tydelig frem hvilke forventninger som ligger til rollen når det gjelder hva som skal leveres og i hvilken rekkefølge. Lai (2017, s. 159) skriver:

Høy rolleklarhet er avgjørende for både innsats og kvalitet på ytelsen. Og det er en sterk sammenheng mellom lav rolleklarhet på den ene side og stress, frustrasjon og konfliktnivå blant medarbeidere på den andre side.

I tillegg til samsvar mellom oppgaver og klarhet i rollen, er det viktig at den ansatte har tid til å utføre sine oppgaver innenfor tiden som er satt av til det.

*Rollebelastningen* må ikke være for stor. Dersom belastningen blir for stor, vil

ikke den ansatte kunne innfri forventninger og krav som ligger til rollen, og vil da heller ikke få mobilisert sin kompetanse fullt ut. Krav om økt effektivisering i helsevesenet med økning i antall inngrep på operasjonsstuen uten tilførsel av ressurser i form av flere ansatte, vil utvilsomt føre til større rollebelastning og mindre muligheter for å mobilisere egen kompetanse på en hensiktsmessig måte. Lai (2017, s. 159) presiserer at det er et lederansvar at den enkelte medarbeiders rolle er definert på en hensiktsmessig måte, og det er viktig ikke å definere denne for snevert slik at den ansatte får mulighet til å bruke seg selv gjennom en fleksibel *rolleorientering*.

### *Mestringstro*

Mestringstro defineres som: «*En medarbeiders tillit til egen kompetanse*» (Lai, 2017, s. 160). Lai (2017, s. 160) hevder videre at dette er en betydningsfull driver både for innsats, ytelse og motivasjon. Mestringstroen kan variere hos den enkelte ansatte knyttet til ulike oppgaver. Man kan ha høy mestringstro i noen oppgaver og lav mestringstro i andre. Forskning viser at mestringstro har betydning for mestring og man ser at ansatte med høy mestringstro yter bedre enn ansatte med lavere mestringstro selv om kompetansen ellers er noenlunde lik. Mestringstro påvirker arbeidsinnsatsen og ansatte med lav mestringstro er tilbøyelige til lettere å gi opp en oppgave (Lai, 2017, s. 161). Det ligger en selvforsterkende effekt i mestringstroen der nederlag ved at man gir seg, gir dårligere arbeidsresultat og forsterker den lave mestringstroen, mens det for dem med høy mestringstro vil ha motsatt virkning. I tillegg til allerede nevnte effekt på motivasjon, innsats og ytelse påvirker mestringstro faktorer som stress, uro og angst (Lai, 2017, s. 161). Når man som ansatt i en operasjonsavdeling blir pålagt å utføre oppgaver som tidligere har tilhørt en annen profesjon kan man forestille seg at oppgavens innhold vil være avgjørende for hvorvidt den ansatte føler seg kompetent til å utføre denne eller ikke. Egen mestringstro vil da være av avgjørende betydning for innsats, læring, resultat og påvirkning av affektive faktorer som for eksempel opplevd stressnivå. Ved å legge til rette for at ansatte kan øke troen på egen mestring vil man kunne skape positive ringvirkninger knyttet til arbeids- og læringsmiljøet. Forskningsfunn, blant annet fra Bandura (1999) og Caprara og

Steca (2005) tyder på at høy mestringstro gir økt motivasjon for prososial atferd, som for eksempel å dele av egen kompetanse, oppmuntre til samarbeid og bistå andre med hjelp (Lai, 2017, s. 165).

#### *Autonomi – opplevd tillit og kontroll over eget arbeid*

Autonomi er et grunnleggende behov til selv å kunne regulere egen atferd. I jobbsammenheng er det snakk om å ha et handlingsrom innenfor gitte rammer med muligheter for valgfrihet og selvstendighet, for eksempel når det gjelder måter å løse arbeidsoppgaver på. Funn i nasjonal forskning viser at ansattes opplevelse av autonomi har betydning for i hvilken, og hvor stor, grad ansatte har muligheter til, på en meningsfull og motiverende måte, å mobilisere egen kompetanse (Lai, 2017, s. 166). Autonomi i arbeidet motiverer gjennom tillit fra andre og sterkere involvering i oppgaver. Bruk av kontroll-, måle og rapporteringsverktøy, som beskrevet under organisasjonsformer i sykehus, kan dempe de ansattes muligheter for kompetansemobilisering og indre motivasjon gjennom detaljstyring og vurderinger. Anerkjennelse for andres innfridde forventninger, og ikke egne, ros og utmerkelser i offentlighet i organisasjonen forsterker den ytre motivasjonen og går på bekostning av den indre motivasjonen. Deci, Koestner og Ryan (1999) hevder autonomi er en forutsetning for indre motivasjon, og nyere forskning ser i tillegg behovet for autonomi som en av de viktigste driverne for kompetansemobilisering (Lai, 2017, s. 167-168).

Det er *individuelle variasjoner* i hvor sterkt behovet for autonomi er. Det betyr med andre ord at det varierer hvor selvdreven en ansatt ønsker å være i sitt arbeid. Deci og Ryan (1985 b) skiller mellom autonomi-, kontroll- og avmaktsorienterte ansatte, noe som er nyttig for å vurdere graden av autonomibehov hos den enkelte (Lai, 2017, s. 169). Autonomiorienterte ansatte tar initiativ, oppsøker situasjoner og utfordrende oppgaver, har fokus på læring og mestring, høy grad av mestringstro, blir lett indre motiverte, er selvdrevne og søker tillit fra andre gjennom autonomi. Kontrollorienterte ansatte har fokus på krav fra andre, struktur, tidsfrister, er opptatt av belønning og å unngå negative sanksjoner. Avmaktsorienterte har lav mestringstro, tror de har liten mulighet til å påvirke, er ofte umotiverte og lite endringsvillige. Av disse typene er det de



autonomiorienterte som har størst behov for autonomi. Effekten av autonomi på motivasjon er derfor nært knyttet til mestringstro, det vil si i hvilken grad den ansatte selv tror han eller hun vil være i stand til å være selvdreven i sine oppgaver og oppgaveutførelse (Lai, 2017, s. 170). For stor grad av autonomi for en avmaktsorientert ansatt vil kunne bli en belastning. Oppfattet relevans og nytte av autonomi er derfor også en betingelse for at autonomi skal virke positivt på motivasjonen.

En operasjonssykepleier som blir bedt om å overta oppgaver fra LIS kan dersom innholdet i denne oppgaven ligger utenfor eget ansvarsområde oppleve dette som en tilleggsbelastning. Lai (2017, s. 171) skriver:

Oppfattet relevans og nytte gjenspeiler i hvilken grad medarbeideren oppfatter autonomien som positivt for å utføre sine oppgaver, og ikke som en tilleggsbelastning på grunn av for eksempel delegering av vanskelige oppgaver, manglende opplæring, dårlig informasjon, ansvarsfraskrivelse eller fraværende ledelse.

Organisasjonsstrukturen er også av betydning for mulighetene for autonomi og de positive effektene som følger av dette, som for eksempel motivasjon for arbeidet. Høy grad av atferds- og oppgaveformalisering gjennom regler, retningslinjer og prosedyrer står i motsetningsforhold til høy grad av autonomi. Høy grad av atferdsformalisering kan hindre endringsarbeid fordi den ansatte mangler helhetsperspektiv og oversikt over hvordan oppgaver henger sammen og skal løses. Flere undersøkelser viser hvordan høy grad av atferdsregulering påvirker den ansattes arbeidsmotivasjon i negativ grad, fører til mistriivsel, motstand mot utvikling og endring og økt fravær (Lai, 2017, s. 173). Et alternativ til en slik organisasjonsform er kontroll og makt gjennom kompetanse. En slik form krever at den enkelte kompetente ansatte holder seg oppdatert, er lojal mot organisasjonen og åpen for å samarbeid. Dette krever fleksibilitet. I en organisasjon, som en operasjonsavdeling, basert på høy kompetanse og høyt behov for autonomi hos de ansatte er det viktig for ledelsen å utvikle og forsterke holdninger som fleksibilitet gjennom kompetansemobilisering (Lai, 2017, s. 174).

Det er for Lai (2017, s. 5-26) viktig å understreke at man ikke kan sette likhetstegn mellom det å være kompetent og det å ha høy kompetanse. Er man

kompetent har man *riktig* kompetanse, det vil si kompetanse som er verdifull og anvendbar for den oppgaven man skal gjøre.

En forutsetning for å lykkes med kompetansemobilisering er at ansatte må være motiverte for utvikling, læring og mobilisering av eget potensiale samt at potensialet mobiliseres gjennom relevante oppgaver og utfordringer (Lai, 2017, s. 5-153). På en operasjonsstue handler det derfor om at ansatte må få brukt sitt potensiale ved å utføre oppgaver relevante for sin profesjon samt erfare utfordringer tilpasset den enkeltes utfordringsbehov. At ansatte får brukt sitt kompetansepotensiale er av avgjørende betydning for organisasjoners verdiskapning og måloppnåelse. En operasjonsavdeling som har som mål å effektivisere driften, er derfor avhengig av ansatte som ikke bare innehar kunnskap om oppgaven de skal utføre, men som også får utnyttet sitt potensiale både som operasjonssykepleier og LIS gjennom kompetanseutvikling. For den enkelte ansatte handler en slik mobilisering av kompetanse om å oppleve mestring, mening og motivasjon i arbeidet. Ved å bruke egen kompetanse får den ansatte tilfredsstilt psykologiske behov knyttet både til mening, mestring og tilhørighet. En medarbeider som ikke får brukt sitt fulle potensiale vil ifølge Lai (2017, s. 154) oppleve: «*et demotiverende misforhold mellom eget potensial og mulighetene for å hente ut dette potensialet*». Dette kan i sin tur føre til redusert motivasjon, svekke arbeidsinnsatsen og troen på egen mestring.

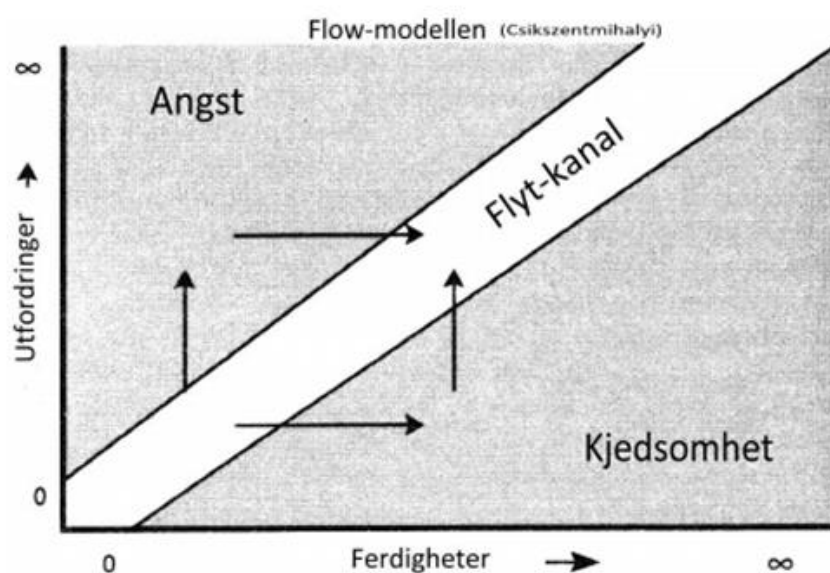
#### 2.2.4. Flyt i arbeidet – the concept of flow

Humøret spiller inn på både aktivitetsnivå og utholdenhet i arbeidet og arbeidsoppgavene (Kaufmann & Kaufmann, 2016, s. 93). Noe av årsaken forklares ved betydningen en positiv sinnstilstand og et godt humør har for tro på mestring av egne arbeidsoppgaver. Det påvirker med andre ord egen mestringstro i positiv retning, og mestringstroens betydning for kompetansemobilisering tatt i betraktning viser at det er en sammenheng mellom positive emosjoner og motivasjon.

Mihaly Csikszentmihalyi introduserer begrepene flyt (flow) og flytsone (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2009, s. 89-105). Med disse begrepene forsøker han å definere en humørtilstand der man erfarer maksimalt engasjement og

yteevne (Kaufmann & Kaufmann, 2016, s. 94). Flyt beskrives som en tilstand der man er oppslukt og nesten går i ett med oppgaven, der tid og sted nærmest forsvinner og der kreativitet og engasjement i og for oppgaven er på et maksimalt nivå (Monsen, 2017). En slik tilstand der alt «flyter» av seg selv inntreffer når det er optimal balanse mellom de oppgavekrav du stilles overfor og det kompetansenivået du innehar (Kaufmann & Kaufmann, 2016, s. 94).

Csikszentmihalyi presenterer teorien «The concept of flow» i en grafisk modell som viser hvordan man i et skjæringspunkt mellom krav og kompetanse oppnår en tilstand av flyt. Ifølge teorien kan denne tilstanden oppnås både på et høyt og lavt kompetansenivå, det er overensstemmelsen med oppgavens krav som er avgjørende for opplevelsen (Kaufmann & Kaufmann, 2016, s. 94; Nakamura & Csikszentmihalyi, 2009, s. 89-105).



Figur 1. «Flow-modellen (Csikszentmihalyi)» 2019, av Sander.  
(<https://estudie.no/mihalyi-csikszentmihalyis-flyt-teori/>)

Flyt-teorien gjør det klart at den ekstremt positive emosjonelle tilstanden man befinner seg i når man er i flytsonen avhenger av at det må være samsvar mellom de krav (utfordringer) som stilles til oppgaven og den kompetansen (ferdigheter) man innehar i forhold til å skulle løse oppgaven. Er kravene for høye eller kompetansen for lav blir det ikke flyt. Omvendt gjelder også dersom kravene er

for lave i forhold til kompetansen, da blir det heller ikke flyt. Oppgavedeling gjennom vertikal substitusjon innebærer en over- og underordning profesjons- og kunnskapsmessig.

Det er derfor klart at når operasjonssykepleiere og LIS deler enkelte oppgaver mellom seg, vil det for LIS kunne innebære oppgaver som er lite utfordrende sett i forhold til den kompetansen de har. Det vil da relatert til Csikszentmihalyis flyt-teori bli en ubalanse i krav og ferdigheter som kan bidra til kjedsomhet for den ansatte (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2009). I motsatt fall kan man tenke at oppgaver operasjonssykepleiere overtar innebærer større utfordringer, og de kan få en ubalanse andre vei der krav overgår ferdigheter og resulterer i stress, eller angst som teorien hevder.

En artikkel i Ledernytt.no (Monsen, 2017) beskriver en direkte korrelasjon mellom flyt og arbeidsglede og hvordan arbeidsglede igjen bidrar til positive effekter og resultater i organisasjonen. Forskning har vist at personer i en positiv emosjonell tilstand som man er i når man befinner seg i flyt har større tilbøyelighet til å hjelpe andre. Dette fenomenet kalles «feel good, do-good» (Kaufmann & Kaufmann, 2016, s. 97). Flyt og positiv humørtilstand bygger opp under engasjementet man har for egen arbeidsplass og organisasjon. Et slikt engasjement gjør at man knytter bånd til organisasjonen og strekker seg langt for å fremme organisasjonens interesser (Kaufmann & Kaufmann, 2016, s. 97).

Ekstrarolleatferd er nært knyttet til dette. Ekstrarolleatferd defineres som: «individuell atferd som er selvvalgt og ikke direkte eller eksplisitt er en del av det formelle belønningssystemet, og som i det totale regnskapet gjør at organisasjonen fungerer bedre» (Kaufmann & Kaufmann, 2016, s. 99). Det handler med andre ord om aktiviteter og oppgaver som ikke ligger til arbeidsinstruksen, men som man ut over dette, og ut fra god vilje, utfører, og som også av ledelsen, er ønskelig at blir utført.

Når operasjonssykepleiere eller LIS av kollegiale hensyn, og ikke fordi de er pålagt det, bidrar med å gjøre oppgaver for den andre profesjonen fordi de ser at dette gagnar driften og avlaster kolleger, er det en form for ekstrarolleatferd.

I vår avhandling søker vi å avdekke hvordan oppgavedeling påvirker den enkelte ansattes arbeidsmotivasjon. I situasjoner der oppgaver vertikalt flyttes fra en

profesjon til en annen, vil det være naturlig å anta at kompetansen for å utføre nye oppgaver ikke umiddelbart og uten opplæring i nye oppgaver, er høy. Innføring i nye oppgaver vil, slik vi ser det, kreve kolleger som veileder og legger til rette. Kolleger tilbøyelige til økt ekstrarolleatferd vil da kunne tenkes i større grad å være tilbøyelige til å bistå og å være til hjelp.

Jobbatferd som i motsatt fall ikke er positiv for den enkelte, for kolleger eller organisasjonen er oftere av det belastende slaget. Begrepet kontraproduktiv atferd brukes om aktivt viljestyrte atferd som ligger utenfor de definerte jobbkravene og som er ikke-ønskede handlinger sett fra ledelsens side (Kaufmann & Kaufmann, 2016, s. 100-101). I en situasjon der det av ledelsen er bestemt, eller der det av ressursmessige hensyn for å effektivisere driften avgjøres, at LIS skal overlate enkelte assistanseoppgaver til operasjonssykepleier, og der LIS av behov for opplæring vegrer seg for å overlate oppgavene og velger å gjøre disse selv vil dette fra organisasjonens side vurderes å være kontraproduktiv atferd. Dette til tross for at LIS kan forsvare handlingen med behov for læring og utvikling. Kontraproduktiv atferd betegnes av andre som motstand (Karlsson, 2008), men da vårt perspektiv i denne avhandlingen er koblingen mellom oppgavedeling og arbeidsmotivasjon har vi valgt ikke å gå dypere inn i teorier om motstand i denne sammenhengen, men nevner det kort her da vi ser at oppgavedeling vil innebære endringer for de ansatte og er klar over at det i endringssituasjoner vil kunne oppstå elementer av motstand fra ansatte involvert i endringene (Karlsson, 2008; Ramsdal, Skorstad & Strøm, 2009).

### 2.3. Oppsummering teori

Vertikal oppgavedeling (Nancarrow & Borthwick, 2005, s. 909-913, 905) kan gi nye interessante og spennende oppgaver, men kan samtidig frata ansatte oppgaver de i sitt daglige virke setter pris på og trenger, for eksempel leger i spesialisering som i sitt utdanningsløp må ha trening og opplæring i assistanseoppgaver på operasjonsstuen som mange i praksis kan erfare å måtte dele med operasjonssykepleiere. Ifølge Abbott (1988) kan oppgavedeling her påvirke jurisdiksjonen. De erfaringer man som ansatt har og i hvilken grad man erfarer å få eller bli fratatt oppgaver, vil da påvirke den ansattes arbeidsmotivasjon i ulik og

motsatt grad. Arbeidsmotivasjonen kan påvirkes positivt gjennom tilvekst av kunnskap, ferdigheter og kompetanse, og gjennom en opplevelse av økt grad av delaktighet i organisasjonens arbeid, eller den kan påvirkes i negativ retning som følge av frykt og usikkerhet knyttet til manglende kompetanse og mestringsfølelse for de nye oppgavene (Kaufmann & Kaufmann, 2016, s. 122). I tillegg vil uoverensstemmelse mellom egen rolleoppfatning som en viktig driver for kompetansemobilisering, og pålagte oppgaver også kunne lede til motivasjonsproblemer ved at lav grad av rolledefinering påvirker den indre motivasjonen i negativ retning (Kaufmann & Kaufmann, 2016, s. 122-123; Lai, 2017, s. 157).

Arbeidsmotivasjon synes i stor grad å henge sammen med blant annet selvstendighet i jobben og meningsfullt arbeid. Ved oppgavedeling kan den ansattes autonomi, selvbestemmelse og følelse av kontroll trues. Den ansatte kan reagere på krav som kan oppleves som urimelige ved å handle på en måte ledelsen ikke ønsker. Ved ikke å overta oppgaver skaper det hindringer for gjennomføring av oppgavedelingen og atferden kan være tegn på motstand (Karlsson, 2008). En forståelse av hvordan ansatte reagerer ved oppgavedeling vil være av betydning for ledelsen. Ansattinvolvering og rammene rundt oppgavedelingen, det være seg både formelle og uformelle trekk ved organisasjonen, vil kunne være av betydning for de ansattes opplevelser (Jacobsen & Thorsvik, 2016). En forberedthet gjennom opplæring i form av kurs eller utdanning i de nye oppgavene, vil kunne ha en annen påvirkning på ansattes opplevelser ved overtagelse av oppgaver, enn situasjoner uten disse rammene der mangel på planlegging dominerer. Både enkeltvis og som en del av en av en profesjonsgruppe (Fivelsdal & Bakka, 1998; Jacobsen & Thorsvik, 2016). Mangel på forskning når det gjelder påvirkningen av de ansattes arbeidsmotivasjon ved oppgavedeling gjør det interessant for oss å se nærmere på dette forholdet. Vi anser at vår forskning vil bidra med viten på et lite opplyst felt, og at den da kan dekke et hull i forskningen når det gjelder oppgavedeling og dennes innvirkning på de ansattes arbeidsmotivasjon, noe vi anser vil være av betydning både for de ansatte og ledelsen.

### 3.0. Metode og forskningsdesign

Målet med undersøkelsen har vært å finne svar på hvordan oppgavedeling mellom operasjonssykepleiere og leger i spesialisering på en operasjonsstue påvirker den enkeltes arbeidsmotivasjon. Viktig for å finne svaret har vært å registrere de ansattes viten om oppgavedeling som begrep og fenomen, samt å avdekke hvilke erfaringer og opplevelser de har knyttet til dette.

I dette kapitlet presenterer vi undersøkelsens metodiske bakgrunn og de valg vi gjennom forskningsprosessen har tatt. Vi vil først presentere metode, design for undersøkelsen og utvalg, før det blir en gjennomgang av dataanalyse fra transkribering og frem til den tematiske analysen av endelige hovedkategorier. Ethiske betraktninger og metodediskusjon presenteres avslutningsvis i kapitlet.

#### 3.1. Kvalitativ induktiv metode

Vi anvender kvalitativ forskningsmetode da vi er interessert i å avdekke betydningen av et fenomen. Merriam og Tisdell (2016, s. 5-6) beskriver kvalitativ metode som egnet der forskningen søker å finne svar på hvordan mennesker tolker sine opplevelser, hvordan de konstruerer sin verden og hvilken mening de tillegger sine opplevelser.

I tråd med Merriam og Tisdells (2016, s. 17) beskrivelse av kvalitativ forskningsmetode har vi en induktiv tilnærming, hvor vi samler data for å kunne danne et konsept om teorier eller hypoteser om oppgavedelingens påvirkning av den ansattes arbeidsmotivasjon.

#### 3.2. Dybdeintervju

Dybdeintervju er en metode som er velegnet til å undersøke emner som har liten empiri, det ga oss mulighet for å gå i dybden og oppklare eventuelle uklarheter eller misforståelser med det samme (Liamputtong, 2010, s. 61). Metoden var lite utstyrskreven i den forstand at vi gjennomførte den kun med båndopptakere, intervjuguide og notatbok for memos underveis. Fokuset lå dermed på informanten. Dette følte vi ga deltageren kontroll og trygghet over situasjonen, da det var informantens eget valg hva som skulle fortelles. Som intervjuere hadde vi

mulighet til å observere den non-verbale kommunikasjonen i dialogen med informanten, noe vi tok med oss inn i det videre analysearbeidet. Kvale og Brinkmann (2018, s. 42-51) karakteriserer et kvalitativt forskningsintervju som en samtale med et formål og en struktur. Underveis i arbeidet med vår masteravhandling har vi støttet oss til Kvale og Brinkmanns (2018) syv faser for gjennomføring av det kvalitative forskningsintervjuet; valg av tema, planlegging av intervjuet, transkribering, analyse, verifisering og sluttrapportering.

### 3.2.1. Intervjuguide

Vi har i vår undersøkelse benyttet intervjuguide der spørsmålene ble utarbeidet med utgangspunkt i problemstillingen og forskningsspørsmålene (vedlegg 1 & 2). Vi opprettet en egen intervjuguide, støttet av teori, for hver av profesjonsgruppene (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2011, s. 149). Intervjuguiden var konstruert med åpne spørsmål med underspørsmål for å hjelpe oss som forskere med mulige oppfølgingsspørsmål. Disse hadde en mer lukket form. Innledningsvis, før opptaket startet, var det i rammesettingen slik at vi presenterte oss, informerte om prosjektet og garanterte anonymitet. Alle informantene ble informert om at de når som helst kunne avbryte intervjuet. Etter rammesettingen var intervjuguiden strukturert med en innledning der interesseområdet og bakgrunnen for undersøkelsen ble presentert før noen enkle faktaspørsmål om demografiske data ble stilt og registrert. Så fulgte tre hovedområder knyttet opp mot forskningsspørsmålene, alle med tilhørende underspørsmål. Avslutningsvis rundet vi av med spørsmål knyttet til informantens tanker om temaets aktualitet samt at vi ga rom for eventuelle tilleggs kommentarer. Intervjuguiden var lagt opp slik at vi ikke måtte følge denne slavisk, men bruke den som en mal. Dette ga oss mulighet for en mer åpen dialog der vi kunne følge opp svar og historier ved å endre rekkefølgen på spørsmålene i intervjuguiden, i tråd med teori knyttet til semistrukturerte forskningsintervju (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 156-157). Intervjuguidene skilte seg lite fra hverandre, det var spørsmål knyttet direkte opp mot erfaringer i kraft av den spesifikke profesjon og tanker om å dele oppgaver med den annen profesjon som utgjorde forskjellen.



Eksempel på spørsmål knyttet til forskningsspørsmål 2:

- Hva synes du om å få nye oppgaver? Kan du nevne eksempler på situasjoner hvor oppgavedeling har vært en fordel?
  - På hvilken måte har det vært en fordel? Beskriv
  - Hvis ikke, beskriv hvorfor du mener at dette ikke har vært en fordel.

### 3.2.2. Pilotintervju

Før oppstart av intervjuene, og som en del av planleggingen, valgte vi å gjennomføre to pilotintervjuer, ett intervju med en informant fra hver profesjonsgruppe. Dette gjorde vi for å finne svar på i hvilken grad informantene forsto spørsmålene våre, om spørsmålene var gode og om de dekket temaet i den forstand at vi satt igjen med et inntrykk av at vi kunne svare på problemstillingen. Gjennomføringen var også en form for trening og bevisstgjøring av vår rolle som intervjuere, noe vi følte gjorde oss bedre forberedt før gjennomføringen av de reelle intervjuene. I en intervjusituasjon er forskeren det viktigste forskningsinstrumentet og forskerens dyktighet og kompetanse får stor betydning for utfallet og kvaliteten av intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 85). Vi var bevisste på at vi ved å gjennomføre pilotintervjuer ville trygge egen rolle som i sin tur kunne bidra til en bedre opplevelse for våre informanter. Det er flere måter å lære seg å intervju på, både gjennom observasjon av andre og gjennom å intervju selv (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 91). Vi var sammen om å gjøre de to pilotintervjuene, en observerte og en intervjuet ved hvert intervju. Pilotintervjuene resulterte i noen justeringer både innenfor rammesetting og introduksjon, samt i noen av spørsmålene, slik at vi i den endelige intervjuguiden endte opp med tekst og spørsmål som i større grad tydeliggjorde for informanten hva som var tema og kontekst for undersøkelsen, samt rettet spørsmålene mer direkte mot koblingen mellom oppgavedeling og arbeidsmotivasjon.

### 3.2.3. Datainnsamling

Metoden for gjennomføring av dybdeintervjuene var semistrukturert. Ved bruk av semistrukturert intervju hadde vi som forskere mulighet for en fleksibel tilgang

gjennom intervjuet, hvor det da var informantens opplevelser som alltid var i fokus. Ifølge Johannesen et al. (2011, s. 147) gir semistrukturerte intervjuer en god balanse mellom fleksibilitet og standardisering. Ved et strukturert intervju er man som forsker nødt til å gjennomføre intervjuet ved å følge en plan med ferdig formulerte og oppstilte spørsmål. Her er det ikke mulighet for å utforske informantenes svar ved nye og ikke planlagte spørsmål, noe som gir en begrenset fleksibilitet. Vi ville da ikke hatt mulighet for å tilpasse intervjuet til den enkelte informant slik vi gjorde (Johannesen et al., 2011, s. 145-146).

Styrken i denne metoden er at den inneholder åpne spørsmål som krever at informanten må utdype svarene, dette ga oss mulighet for å få tak i interessante områder som var aktuelle for vår problemstilling. Ifølge teorien har semistrukturert intervju en mer uformell atmosfære rundt intervjusituasjonen, der intervjuet tar form mer som en samtale. Dette gjør situasjonen tryggere for informanten og gjør det samtidig lettere for vedkommende å snakke (Johannesen et al., 2011, s. 146). Gjennomføringen av dybdeintervjuene ble tilrettelagt best mulig for informanten ved at intervjuene ble gjennomført i et egnet rom på informantens arbeidsplass. Tidspunkt for gjennomføring ble avtalt med den enkelte informant via mail eller telefon, og bortsett fra de to første informantene som fikk informasjonsskriv og samtykkeerklæring under oppstart av intervjuet, fikk de andre informantene dette på mail en uke i forkant av selve intervjuet. Intervjuene foregikk over en periode på to måneder fra september til november 2019, der hvert intervju hadde en varighet på +/- 60 minutter. Vi skrev feltnotater parallelt med intervjuene og hadde dette med i den videre analyseprosessen.

Vi sørget for at det var drikke tilgjengelig for informantene og slo av egne telefoner for å hindre forstyrrelser underveis. Vi la vekt på å skape en uformell og trivelig tone under intervjuene.

Da vi begge har liten erfaring med å intervjuer, og er noviser innen forskningsfeltet valgte vi, i de tilfellene det praktisk lot seg gjøre, å gjennomføre intervjuene sammen. Dette ga oss mulighet til i større grad å komme med oppfølgingsspørsmål i form av «probing» samt at det ga oss muligheter til å reflektere over intervjuene og å gjøre de første tolkningene sammen på et tidlig stadium i prosessen. Vi gjennomførte fire intervjuer sammen, og siden fordelte vi

intervjuene mellom oss. Intervjuene vi gjorde sammen strukturerte vi slik at den ene var hovedintervjuer og den andre kom med innspill og oppfølgingsspørsmål der det passet naturlig å gjøre dette. Informantene ble i forkant informert om denne strukturen på gjennomføringen.

### 3.3. Utvalg

#### 3.3.1. Strategisk utvalg

I vår undersøkelse har vi gjort en strategisk utvelgelse ved at vi på bakgrunn av problemstillingen hadde tenkt gjennom hvilke målgrupper, eller informanter, vi måtte ha for å få samlet nødvendig data. Det ligger et klart mål bak rekrutteringen av informanter i kvalitative studier. Patton beskriver dette som «purposeful sampling» (Johannessen et al., 2011, s. 110-111; Patton, 1990, s. 169-186). Det strategiske utvalget ble videre valgt ut gjennom kriteriebasert utvelgelse, der informantene måtte oppfylle kriterier knyttet til organisasjonsvirksomhet og profesjonsroller (Johannessen et al., 2011, s. 111).

Utvalget i undersøkelsen er operasjonssykepleiere og leger i spesialisering (LIS). Operasjonssykepleiere har autorisasjon som sykepleiere og videreutdanning i operasjonssykepleie. Som operasjonssykepleier har man et selvstendig sykepleiefaglig ansvar i henhold til egen klinisk yrkesutøvelse, og man er overordnet annet hjelpepersonell knyttet til arbeidsstedet.

Leger i spesialisering har autorisasjon som leger og er i et spesialiserings-/utdanningsløp for å bli spesialist innen et spesifikt fagområde (Braut, 2019). Begge profesjoner skal sikre at pasienten får et faglig forsvarlig behandlingstilbud i tråd med funksjonsbeskrivelser, yrkesetiske retningslinjer, lover og regler om helsepersonell, pasientrettigheter, spesialisthelsetjenesten, smittevern og arbeidsmiljø. Profesjonsgruppens oppgaver kan etter Helsepersonellovens §5 delegeres ut fra oppgavens art, personellet kompetanse og oppfølgingen som gis (Helsepersonelloven, 1999; Den Norske Legeforening, 2020; NSF's Landsgruppe av operasjonssykepleiere, 2015)

Utvalget ble hentet fra operasjonsavdelinger med elektiv, planlagt, drift innenfor Helse Sør-Øst, men ikke fra egen virksomhet. Da akutt og elektiv operasjonsvirksomhet har organisasjonsmessige ulikheter, som for eksempel bemanning, beredskap og godtgjørelser, valgte vi å ekskludere ansatte i ren akutt operasjonsvirksomhet for å bestrebe likhet i informantgruppen for å minske muligheter for bias i resultater fra intervjuene. Vi gjorde en geografisk avgrensning på bakgrunn av tid til rådighet og praktisk gjennomførbarhet. Vi hadde inklusjons og eksklusjonskriteriene:

	<b>Inklusjonskriterier</b>	<b>Eksklusjonskriterier</b>
<b>Operasjonssykepleier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 års erfaring som operasjonssykepleier</li> <li>• Ansatt i elektiv operasjonsvirksomhet ved offentlig sykehus</li> <li>• Assisterer ved kirurgiske inngrep</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ledelsesfunksjon / stilling</li> <li>• Pågående personalsak / konflikt på arbeidsplassen</li> </ul>
<b>Lege I Spesialisering (LIS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Praksis i elektiv operasjonsvirksomhet ved offentlig sykehus</li> <li>• Assisterer ved kirurgiske inngrep</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ledelsesfunksjon / stilling</li> <li>• Pågående personalsak / konflikt på arbeidsplassen</li> </ul>

Når det gjelder kriteriet to års erfaring for operasjonssykepleiere, begrunner vi dette med at de normalt ville være tryggere på sine arbeidsoppgaver i sin rolle som operasjonssykepleier og i operasjonsteamet, enn operasjonssykepleiere med kortere arbeidserfaring ville være. Vi hadde en antagelse om at arbeidserfaring over tid vil kunne gi nye oppgaver. Vi mener derfor at vi ved å ekskludere operasjonssykepleiere med kortere arbeidserfaring har hatt større mulighet for å inkludere informanter som har, og har hatt, erfaringer med oppgavedeling og at de bedre har kunnet bidra med informasjon knyttet til dette

Når det gjelder gruppen av leger i spesialisering hadde vi som krav at disse måtte være i spesialiseringspraksis i en operasjonsavdeling når intervjuet fant sted.

Prosjektskissen med problemstilling, foreløpig intervjuguide og fremdriftsplan ble godkjent av NSD (Norsk senter for forskningsdata) juni 2019 (vedlegg 3). Vårt mål med temaet og spørsmålene i intervjuguiden var å få informantene til å gi en omfattende beskrivelse av den viten og erfaring vedkommende hadde med

oppgavedeling på operasjonsstuen samt hvilke konsekvenser og hvilken påvirkning oppgavedelingen har hatt for arbeidsmotivasjonen. Innledningsvis i prosessen med masteravhandlingen, og under utarbeidelsen av prosjektskissen med søknad til NSD, hadde vi som utgangspunkt at vi ønsket å undersøke hvilken påvirkning uformell oppgavedeling kunne ha for den ansattes arbeidsmotivasjon. Vi hadde en antagelse, bygd på egne erfaringer, om at oppgavedeling som beskrevet i rapporter fra riksrevisjonen (Riksrevisjonen, 2013-2014) kun beskrev de formelle sidene ved oppgavedeling, og at det ville være interessant å avdekke hva fravær av formelle rammer, som for eksempel opplæring og risikovurdering, kunne ha av betydning for den enkeltes arbeidsmotivasjon, og videre om funn her ville avvike fra funn ved den mer formelle innføringen. Opplegget ble i 2019, etter søknad, godkjent som grunnlag for avsluttende masterstudium. Det ble relativt tidlig i intervjuprosessen klart at det ville bli vanskelig å skille de formelle og uformelle prosessene.

For ikke å miste verdifull informasjon som kunne bidra til å gi videre svar på hvilken påvirkning oppgavedelingen har for den enkeltes arbeidsmotivasjon, valgte vi, etter å ha konferert med veileder, å gå vekk fra et ensidig fokus på uformelle trekk og åpne opp problemstillingen til å romme oppgavedeling som sådan. Endringen hadde ingen innvirkning på spørsmålene i intervjuguiden eller de videre intervjuene, og ingen ny søknad til NSD ble sendt. Intervjuguiden og gruppen av informanter forble, etter samtale med veileder, uten endringer.

### 3.3.2. Rekrutteringsprosessen

Etter anbefaling fra Høgskolen startet vi vårt søk etter informanter med å kontakte den overordnede ledelsen ved operasjonsavdelinger med elektiv, det vil si planlagt virksomhet innenfor Helse Sør-Øst. Vi la frem forskningsprosjektet for ledere for operasjonssykepleiere og leger i spesialisering ved seks ulike foretak. Ved ett av foretakene måtte vi søke om godkjenning gjennom personvernombudet for tilråding til å drive forskning blant foretakets ansatte. Denne godkjennelsen ble gitt juli 2019 (vedlegg 4). Via ledere fikk vi tilgang til ansatte som oppfylte våre inklusjonskriterier. Vi sendte fortløpende ut mail med forespørsel om deltagelse i vår undersøkelse til ansatte etter hvert som vi via deres ledere mottok navn og kontaktinformasjon. I mailen med forespørsel la vi ved informasjonsskrivet for

studien (vedlegg 5). De fleste avtalene ble inngått i august, og hele prosessen med innhenting av informanter strakk seg fra perioden august til november 2019.

Det var stor interesse i gruppen av operasjonssykepleiere for deltagelse i undersøkelsen. To av interessentene måtte vi ekskludere, da de hadde stillingsoppgaver som kunne innebære ledelsesoppgaver, noe vi anså som uheldig for vår undersøkelse.

Vi møtte på større utfordringer da det gjaldt å inkludere informanter i gruppen med leger i spesialisering. Vi erfarte at det var vanskelig å komme i kontakt med deres ledere, og flere av våre henvendelser ble ikke besvart.

Utvalgets totale størrelse er ti informanter fordelt med syv i gruppen av operasjonssykepleiere og tre i gruppen av leger i spesialisering. Til tross for skjevhet i gruppenes størrelse, erfarte vi likevel gjennom svarene vi fikk, at vi nådde en metning i informasjonsstyrken i begge grupper. Informasjonsstyrke forklares av Malterud, Siersma og Guassora (2015) som et punkt man når, der inklusjon av ytterligere informanter etter at dette punktet er nådd ikke vil tilføre studien noe nytt. Med dette lagt til grunn vurderte vi informasjonsstyrken i vårt materiale tilstrekkelig og viktigere enn et i utgangspunktet ønsket antall informanter.

### 3.4. Dataanalyse

Vi har et fenomenologisk design på vår forskningsanalyse av datamaterialet.

Fenomenologi er ifølge Kvale og Brinkmann (2018, s. 45): «*studiet av strukturen og variasjonene i strukturen i den bevissthet som en ting, hendelse eller person fremtrer for*».

Vi var ute etter å finne meningen bak et fenomen ved å finne hvordan oppgavedeling påvirker ansattes arbeidsmotivasjon, og med dette designet har vi funnet og avdekket meningsinnholdet gjennom fortolkninger av det nedskrevne materialet fra dybdeintervjuene. I vår dataanalyse har vi valgt å støtte oss til Malteruds firestegs analyse av meningsinnhold med helhetsinntrykk og sammenfatning av innhold, koder, kategorier og begreper, kondensering og sammenfatning (Johannessen et al., 2011, s. 195-199; Malterud, 2017, s. 99-108).

Forut for den første fasen der vi gjorde oss kjent med datamaterialet hadde vi allerede gjort oss noen fortolkninger av materialet. Under selve intervjuet gjorde vi fortolkninger av informantenes utsagn knyttet til viten om oppgavedeling som begrep og arbeidsform, og til deres følelser knyttet til dette. Vi opplevde også at informantene i løpet av intervjuet, på bakgrunn av egne beskrivelser, oppdaget forhold knyttet til oppgavedeling som ga dem nye perspektiver og beskrivelser. I teorien beskrives dette som en form for selvanalyse (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 221). For å oppklare misforståelser og sikre at vi fikk med oss meningen med det informantene sa, stilte vi meningsoppklarende spørsmål underveis. Vi foretok fortetninger og fortolkninger av meningen (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 221). Underveis i intervjuene tok vi små notater, memoer, der vi noterte stemning i rommet og ting vi ellers merket oss knyttet til det non-verbale. Dette hadde vi forut for intervjuet, under rammesetting, informert om at vi ville gjøre. Alle fortolkninger og memoer knyttet til intervjusituasjonen dannet sammen med lydopptakene utgangspunktet for transkriberingen.

#### 3.4.1. Transkribering

Transkribering av materialet er en strukturering av intervjuet der den muntlige intervjusamtalen gjøres om til skriftlig tekst før videre analyse (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 204-222). Vi transkriberte alle intervjuer selv. Den av oss som var hoved-intervjuer transkriberte og delte materialet med den andre. Vi anvendte to båndopptakere under intervjuene slik at vi begge hadde tilgang til å høre på intervjuene i etterkant, samt kvalitetssikre transkriberingen av den andres arbeid. Vi transkriberte ordrett, men valgte for å sikre anonymitet i tilfeller der informanten hadde dialekt som skilte seg ut, å transkribere på bokmål. Vi transkriberte med alle utfyllingsuttrykk, som sukk, øh, kremt osv. Innledningsvis i det transkriberte materialet noterte vi inntrykk fra intervjusituasjonen. Vi presenterer ikke eksempler fra rammesetting her, da disse inneholder elementer som gjør at informantene lett kan kjenne seg igjen i beskrivelsen.

Tabell 1: Utklipp fra transkribert materiale

**I: Ja, ikke sant...Kan du se for deg noen situasjoner hvor det vil være en fordel med økt oppgavedeling?**

IX: Man får jo litt mere, større forståelse for hverandres arbeidsoppgaver. For de kan jo ofte se, synes at vi bruker veldig lang tid ofte på, på forberedelser og sånne ting. Det skjønner de liksom ikke så mye av. Så det kan jo være en fordel at de er med og ser på, og ser hva vi gjør. Det hadde økt forståelsen for tidsbruken da, for eksempel.

### 3.4.2. Helhetsinntrykk og sammenfatning av meningsinnhold

I den første gjennomgangen av det transkriberte materialet valgte vi først å fjerne alle utfyllingsuttrykk som ikke hadde betydning for tolkning av utsagnet, for lettere å danne oss et helhetsinntrykk av datamaterialet (Johannessen et al., 2011, s. 195-200). Vi fant temaer aktuelle for å svare på våre forskningsspørsmål og problemstilling. Vi valgte å legge det transkriberte materialet inn i en tabell der vi til høyre for alle utsagn kunne notere oss et sammendrag av hva essensen ved dette var. På den måten gjorde vi en meningsfortetting av innholdet (Johannessen et al., 2011, s. 187 og 196).

Tabell 2: Utklipp fra meningsfortetting

Spørsmål informant X (operasjonssykepleier)	Oppsummering spørsmål / tema	Fortetting
<p><b>I: Ja, ikke sant...Kan du se for deg noen situasjoner hvor det vil være en fordel med økt oppgavedeling?</b></p> <p>IX: Man får jo litt mere, større forståelse for hverandres arbeidsoppgaver. For de kan jo ofte se, synes at vi bruker veldig lang tid ofte på, på forberedelser og sånne ting. Det skjønner de liksom ikke så mye av. Så det kan jo være en fordel at de er med og ser på, og ser hva vi gjør. Det hadde økt forståelsen for tidsbruken da, for eksempel.</p>	<p>Fordel ved oppgavedeling</p>	<p>Ser at fordeler ved oppgavedeling er at man ser hverandres oppgaver, øker hverandres forståelse for ulike profesjoners oppgaver og tidsbruk.</p>



### 3.4.3. Koder, kategorier og begreper

Etter å ha gjort en meningsfortetting av datamaterialet, systematiserte vi teksten i en større utstrekning ved å finne elementer som ga mening til hovedtemaene/forskningsspørsmålene i teksten. Johannessen et al. (2011, s. 196) betegner dette som meningsbærende elementer. Disse elementene ble identifisert med koder. I prosessen med koding av materialet anvendte vi det samme oppsettet som vi gjorde under meningsfortettingen. Vi benyttet nå kodeord i margen for å beskrive informasjonen av det enkelte utsnitt for på den måten videre å lette analysen. Vi tok utgangspunkt i teori anvendt i utarbeidelse av forskningsspørsmål og problemstilling og lot denne danne grunnlaget for kodene. Etter å ha kodet det transkriberte materialet laget vi to separate koderegistre, ett for operasjonssykepleier og ett for leger i spesialisering. Her plasserte vi alle koder med nummer på informant slik at vi kunne finne tilbake til tekstutsnittene det kodede materialet var hentet fra i det transkriberte materialet. Vi systematiserte kodene etter tema og la dette inn i XL ark. Vi valgte så å gå tilbake til det opprinnelige transkriberte materiale og se på tekstutsnittet for hver enkelt kode. Vi erfarte da at enkelte koder som følge av feiltolking var plassert under feil tema, og vi korrigerer dette. De ulike temaene kodene i koderegisteret gjennom teoretisk tilnærming var systematisert under, dannet så utgangspunktet for vår videre kategorisering (Johannessen et al., 2011, s. 196-198).

Tabell 3: Utklipp fra kodeark (Operasjonssykepleier) med tematisk sortering

Manglende mestringsfølelse	holdninger til endring
Løsningsorientert	holdninger til endring
Liker utfordrende arbeidsoppgaver	holdninger til endring
Legger ansvaret over på kirurgen	holdninger til endring
Sammenfallende oppgaver	oppgaveløsning
Arbeidsflyt – arbeidet løses innen tidsfristen, krav og forventninger innfris (LEAN)	oppgaveløsning
(Ny LIS vs. Erfaren operasjonssykepleier)	oppgaver flyttes
Kirurg overtar oppgaver	oppgaver flyttes
Initiert av andre enn operasjonssykepleier	oppgaver flyttes
Profesjonene har egne oppgaver, overtagelse av annens profesjons oppgaver	oppgaver flyttes
Tar andre oppgaver	oppgaver flyttes
Opplever ikke at hun tar andres oppgaver, men opplever at andre tar hennes oppgaver	oppgaver flyttes

### 3.4.4. Kondensering

Kondensering innebærer å bruke kodene til å finne meningsinnholdet i teksten (Johannessen et al., 2011, s. 198). Vi trakk ut de ulike tekstutsnittene markert med like koder og sammenfatte disse i tabeller og videreutviklet kodene til mer abstrakte kategorier. Vi endte opp med elleve kategorier i hver profesjonsgruppe. For å systematisere kategoriene opprettet vi nye XL ark, ett for hver profesjon, med egen arkfane for hver kategori. Vi ga arkfanene farger tilsvarende fargene på kodearket.

Tabell 4: Utklipp fra kategorisering (operasjonssykepleier) kategori 2: hvordan deler profesjonene på oppgaver

Sammenfallende oppgaver	oppgavedeling	Hvordan deler profesjonene på oppgaver
Arbeidsflyt – arbeidet løses innen tidsfristen, krav og forventninger innfris (LEAN tankegang) motivasjonsfaktor (flyt)	oppgavedeling	
Ser på det å assistere kirurg som å være «håndlanger», gjøre operasjonssykepleieoppgaver	oppgavedeling	
Nok hender, lite utfordringer. Ikke behov for hennes hjelp, blir stående med egne oppgaver.	oppgavedeling	
Erfarer at profesjonene har tydelige separate oppgaver.	oppgavedeling	
Tilgang på nok ressurser minsker behovet for oppgavedeling.	oppgavedeling	
Opgitt over manglende delaktighet fra kirurger.	oppgavedeling	
Erfaring med å assistere kirurg ved manglende ressurser	oppgavedeling	
Har sammenfallende oppgaver hun ikke ser at deles.	oppgavedeling	
Opgaver på operasjonsstua; står stort sett alene med kirurg og har overtatt nye oppgaver i den forbindelse.	oppgavedeling	
Operasjonssykepleier bidrar mer enn LIS legen da hun er spesialisert i feltet. LIS kan ikke bidra, men observere.	oppgavedeling	

### 3.4.5. Sammenfatning

Avslutningsvis i vår dataanalyse gjorde vi en sammenfatning av materialet ved at vi så på resultatene fra det kategoriserte materialet og sammenlignet dette med inntrykket vi fikk da vi leste intervjumaterialet i sin helhet. Vi hadde tidligere i dataanalyseprosessen gjort en sammenfatning der vi som beskrevet redigerte i enkelte koder der vi opplevde at vi hadde feiltolket intervjumaterialet. Vi fant nå samsvar mellom det kategoriserte materialet og intervjumaterialet. Gjennom analysen forkastet vi to av de opprinnelige kategoriene da disse ikke ville kunne gi svar på vår problemstilling, og vi endte derfor opp med ni kategorier sortert som underkategorier innunder tre videre hovedkategorier. Hovedkategoriene er utledet av forskningsspørsmålene:

Kategori 1: Viten om og holdninger til oppgavedeling

- Holdninger til endringer
- Reflekterende – utvikling og læring
- Grenser for oppgaveovertagelse

## Kategori 2: Erfaringer med oppgavedeling

- Hvordan deler profesjonene på oppgaver
- Hvordan opplever de prosessen
- Oppgaver flyttes
- Selve endringen – påvirkning av drift

## Kategori 3: Fremmer eller hemmer oppgavedeling arbeidsmotivasjonen

- Opplevde konsekvenser – positive/negative
- Arbeidsmotivasjon – hva inspirerer og motiverer ansatte til arbeid

### 3.5. Ethiske betraktninger

Innenfor forskning handler etiske overveielser blant annet om at man tar respektfulle beslutninger og vurderinger gjennom alle prosesser fra planlegging av intervjuer til avslutning av undersøkelsen, og at man til enhver tid sørger for rettferdig behandling ved å ivareta informantenes rettigheter (Liamputtong, 2010, s. 32). Vårt forskningsdesign med kvalitativ metode og semistrukturerte dybdespørsmål innebar at vi allerede før vi tok kontakt med aktuelle informanter måtte ta stilling til, og å ta, noen etiske beslutninger når det gjaldt spørsmål og innhenting av informasjon. Vi måtte vurdere hva vi hadde behov for av informasjon om informantene som var av relevans for vår undersøkelse, og som samtidig ivaretok anonymitet. Vi sendte ut mail til en og en mottaker med forespørsel om deltagelse og vi benyttet oss aldri av felles-mail. Når informantene tok kontakt, tok vi utskrift av mailen og satt disse i en innelåst perm. Vi lagret ingen telefonnummer eller navn på telefonen, men hadde alt samlet i denne permen. Vi informerte alle informantene i forkant av intervjuet om hvordan vi ville ivareta og sikre deres anonymitet og hvordan vi ville bruke data, både muntlig og skriftlig. Det transkriberte materialet og lydfilene oppbevares i egen perm innelåst i eget skap hos en av oss og den andre oppbevarer nøkkelen til skapet. Før intervjustart informerte vi om informantenes anledning til når som helst å trekke sitt samtykke uten å måtte oppgi noen grunn til dette. Vi ville da gjøre en kopi av transkribert materiale tilgjengelig for vedkommende dersom det

var et ønske om det, samt slette det originale materialet med tilhørende lydfil. Alle informantene skrev under samtykkeskjema før vi startet intervjuet, og de beholdt en kopi av denne med kontaktinformasjon til oss og Høgskolen. Ved intervjustart og opptak brukte vi informantnummer på informanten for ikke å ha med navn på lydfilen. Nummeret er registret på samtykkeskjemaet og er således låst inn med dette. Disse etiske avgjørelser og overveielser baserte vi på retningslinjer i etiske overveielser i overensstemmelse med Cresswell (2014, s. 208 - 209) og Kvale og Brinkmann (2018, s. 102-113).

Med egen erfaring fra operasjonsavdelingen hadde vi forståelse for at temaet for undersøkelsen kunne være sensitivt for informanten. Vi var også klar over at egne holdninger og forforståelse kunne ha en innvirkning og påvirkning på informantene, noe vi var oss bevisst gjennom hele prosessen. Vi presenterte oss alltid med navn og yrke, men sørget samtidig for å presisere at vi nå var her i kraft av forskning tilknyttet masterstudiet ved Høgskolen i Østfold, og ikke som helsepersonell. Det var av stor betydning for oss at hver informant skulle oppleve rammen rundt intervjusituasjonen og selve intervjusituasjonen med oss som trygg. Vi opplevde at informantene følte seg sett og ivaretatt, de delte med oss av erfaringer, opplevelser og tanker og gjorde seg refleksjoner underveis som fortalte oss at de hadde tillit og følte seg trygge. For å unngå at informantene kan gjenkjennes, har vi ikke avslørt data om arbeidssted, avdeling eller roller. I de tilfellene der noen av informantene har avslørt informasjon som kan bidra til å identifisere arbeidssted, har vi ekskludert dette fra materialet og ikke tatt det med i analysen. Vi har valgt å skrive all transkribering på bokmål og vi gjengir ikke spesifikke fagfelt de enkelte jobber ved.

Lydopptak, transkribert materiale, navn og kontaktopplysninger vil vi makulere seks måneder etter at avhandlingen er ferdigstilt og godkjent. Dette vil om nødvendig skje i samarbeid med Høgskolen i Østfold.

### 3.6. Metodediskusjon

Vi ser at avhandlingens design har både styrker og svakheter. Vår bakgrunn som henholdsvis operasjonssykepleier og intensivsykepleier med erfaring fra elektiv operasjonsvirksomhet gjorde at vi stilte til intervjuene med en forforståelse som

kan ha påvirket resultatene. Vi har vært oss denne forforståelsen bevisst gjennom hele prosessen, og erfarer at dette ikke har lagt noen føringer eller demper på informantenes svar, da vi ser at både positive og negative forhold knyttet til oppgavedeling kom frem. Det at en av oss har et nært forhold til operasjonsteamet, kan ha påvirket svarene ved at det kan ha gjort det lettere å stille oppfølgingsspørsmål og lettere å forstå og tolke underveis i prosessen. Samtidig kan en større forutinntatthet ha bidratt til skjevheter i svarene. Det ser imidlertid ikke ut til at dette har påvirket svarene, da vi erfarte at informantene uavhengig av organisasjon, og hvem av oss som gjennomførte intervjuene, ga tilnærmet like svar. Dette bidro også til at vi på et tidlig stadium nådde en metning av vår informantstyrke.

Vi erfarte at det var vanskelig å komme i kontakt med ledere for LIS og at det som følge av dette ble vanskelig å innhente informanter i denne gruppen. Størrelsen på informantgruppen vil derfor kunne medvirke til studiens resultat. Vi erfarte stort engasjement fra ledelsen i operasjonssykepleiergruppen. Det at vi innhentet aktuelle informanter gjennom ledere, ser vi at kan påvirke resultatene i den grad at informantene kan ha følt en forpliktelse til å delta der leder har oppfordret til dette. Vi erfarte imidlertid stor interesse fra de som samtykket til deltagelse, så vi anser muligheten for tvang og press her for å være liten.

For å innhente svar og bidra med styrke til svarene kunne vi ha intervjuet andre grupper, for eksempel fagforeningsrepresentanter, overleger som er del av operasjonsteamet eller ledere for operasjonssykepleiere og LIS. Vi kunne også ha valgt flere helseforetak, men gitt den tidsbegrensningen vi hadde, ved at dette var et deltidsstudium vi gjennomførte ved siden av full jobb, måtte vi begrense undersøkelsens omfang. Vi anerkjenner dermed at undersøkelsen kunne vært gjennomført i et større omfang og med muligheter for ytterligere funn. Vi er oss også bevisst at våre funn gjenspeiler det tidsrommet og konteksten vi gjorde vår undersøkelse i, og gitt at intervjuene hadde vært utført i en annen tidsperiode ville vi kunne fått andre svar.

Vårt datamateriale med funn og analyse er ikke tilsendt eller gjennomlest av informantene, og vi ser derfor at det kan være rom for feiltolkninger fra oss.

Vi kunne også ha valgt en annen metode for studiet ved å gjennomføre gruppeintervjuer for å se diskusjoner som kunne ha oppstått profesjonene og informantene imellom, men vi tror at et slikt design ikke ville fått avdekket hele sannheten om den enkelte informants erfaringer med oppgavedeling. Vi ser imidlertid at en slik metode kunne ha bidratt med andre svar. Der gruppeintervju har vært anvendt som metode viser forskningslitteraturen at deltakerne kan endre mening underveis i intervjuet basert på at det oppstår en form for gruppetenkning (Janis & Mann, 1977). Informantenes egne meninger som vi ved vårt design nå har avdekket, ville da ikke blitt avslørt.

Vi anser det at vi har vært to om å utføre denne undersøkelsen som en styrke ved studien. Vi har gjennom hele prosessen hatt muligheter for å dele tanker, refleksjoner og tolkninger, samt hatt en balanse i relasjonen til informantene.

## 4. 0. Presentasjon av funn og analyse av data

I dette kapitlet presenterer vi funnene fra vår undersøkelse. Vi har problemstillingen: «Hvordan påvirkes arbeidsmotivasjonen til operasjonssykepleiere og leger i spesialisering ved oppgavedeling på en operasjonsstue?».

Vi presenterer funn som er kommet frem som erfaringer og refleksjoner om oppgavedeling på en operasjonsstue, og underbygger disse med informantenes egne utsagn merket OS (operasjonssykepleier) og LIS (lege i spesialisering) for å tydeliggjøre for leser hvilken profesjonsgruppe utsagn er hentet fra. Deretter knytter vi funn fra erfaringer med oppgavedeling nærmere opp mot arbeidsmotivasjon. Sammenfatningene og de større sammenligningene av funn legges senere, og i sin helhet, frem i drøftingsdelen.

### 4.1. Begrepsforståelse og erfaringer med oppgavedeling

Kort oppsummert viser datamaterialet at informantene har positive og negative synspunkter og erfaringer på vertikal oppgavedeling (altså, delegering eller overtakelse av oppgaver på tvers av fagområder hvor nivåene av opplæring eller kompetanse ikke er likeverdige mellom arbeidstakere). Vi finner at operasjonssykepleiere er positive dersom oppgavedelingen kan planlegges i forkant, og er mer negativt innstilt dersom oppgavedelingen skjer i mindre planlagte former. I gruppen av LIS finner vi det motsatte.

Begge profesjonsgruppene erfarer at oppgavedeling ofte skjer ad hoc. Begge grupper erfarer at ressurser, tid til rådighet og kompetanse har betydning for grad av, og form for, oppgavedeling.

I de følgende delkapitler vil vi vise hvordan disse funnene kommer til syne gjennom informantenes svar.

Vi har valgt ikke å skille funn i de to profesjonsgruppene, men presenterer funnene samlet.

#### *Uklar begrepsforståelse og ulike erfaringer*

I vårt datamateriale finner vi at informantenes erfaringer med oppgavedeling beskrives som delte og tidvis motstridende. Med motstridende i denne

sammenhengen legger vi ikke bare de varierte erfaringene de ulike informantene har, men også, og først og fremst, de ulike erfaringsbeskrivelsene en og samme informant beskriver for oss. De motstridende opplysningene handler i stor grad om oppgavene de har og om disse sammenfaller med den annen profesjons oppgaver eller ikke, og om hvordan oppgavedelingen har skjedd. De ulike utsagnene synes vi vitner om usikkerheten knyttet til begrepsforståelsen av hva oppgavedeling er, og manglende refleksjon og oppmerksomhet knyttet til oppgavedeling i arbeidshverdagen. Vi finner at det under intervjuene beskrives arbeidserfaringer som tegner et bilde av separate oppgaver med tydelige profesjongrenser, samtidig som de beskriver sammenfallende og mer utydelige profesjonsoppgaver og ansvarsforhold. Det virker for oss som at de sammenfallende oppgavene, av informantene, da ikke blir ansett som oppgavedeling:

Jeg tenker at jeg som operasjonssykepleier gjør mine oppgaver, og så kommer kirurgen inn og gjør sine oppgaver. Og det er liksom helt separate. Det behøver jo ikke være sånn, fordi at det hender jo at kirurgene kommer inn og bidrar i forhold til leiring og sånne ting. (OS)

For oss gir dette en god beskrivelse om separate oppgaver som deles.

Operasjonssykepleierne beskriver sammenfallende oppgaver med LIS på operasjonsstua å være: leiring, desinfisering, dekking, rigging av utstyr, holde kamera, holde haker, drille, borre, suturere, bandasjere, rydde opp på stua etter operasjonen, flytte pasienten over i seng og å kjøre pasienten til postoperativ. Operasjonssykepleierne har ulikt syn på om dette er oppgaver som kan deles mellom profesjonene, eller om de er profesjonsbundet enten til operasjonssykepleieren eller LIS:

Det kan jo ofte være oss som gjør det. Men jeg har aldri tenkt på at det er spesiell...altså det, det kan jo begge gjøre. Noen av de kirurgene vil jo gjøre det selv, mens på, ja det kommer litt an på inngrepet, men så gjør vi det. (OS)

Noen av operasjonssykepleierne virker sikre på at alt det kirurgitekniske er legeoppgaver, samtidig som de er usikre på hvem som er eiere av nevnte oppgaver i operasjonssituasjonen. Det blir da et definisjonsspørsmål hva de legger i det



kirurgitekniske. Det er enighet om at det å skulle utføre kirurgi er en legeoppgave, men om det å holde kamera eller sette noen sting defineres som kirurgioppgave eller ikke, virker det å råde en usikkerhet rundt.

Vi finner at ulikt syn på hvilken profesjon som er eieren av de ulike oppgavene reflekteres i hvilke erfaringer de enkelte operasjonssykepleierne gir uttrykk for at de har når det gjelder sammenfallende oppgaver.

Akkurat for oss så synes jeg rollene er såpass avklart at jeg synes ikke det er så mye rom for, for å gå ut over vår kompetanse da. (OS)

På samme måte som for operasjonssykepleierne opplever vi motstridende beskrivelser av LIS sine erfaringer knyttet til oppgavedeling. Det kan skyldes at ikke alle ser på oppgaver knyttet til selve kirurgien som oppgaver operasjonssykepleiere skal eller kan gjøre. De anser seg selv for å være eiere av disse, men samtidig får vi beskrivelser fra arbeidshverdagen som tegner et annet bilde. Der kommer det fram at oppgaver deles gjennom hele operasjonsforløpet, også under selve kirurgien. Informantene viser at de har ulike synspunkter på hvorvidt oppgavene har en tydelig profesjonstilhørighet eller ikke.

#### *Oppgavedeling som planlagt effektiviseringstiltak*

Flere LIS erfarer oppgavedeling som et effektiviseringstiltak som innebærer at egen profesjon må bidra mer i oppstart og avslutning av operasjonen.

[...] jeg tenker da oppgavedeling er mer sånn at vi kan, vi bidrar der vi kan  
[...] Forberede og, etterpå når man er ferdig for å liksom komme fortere i gang igjen da, eller sånn at alle skal bli ferdig. (LIS)

Vi finner at oppgaver deles under hele operasjonsforløpet ved at LIS overtar oppgaver innlednings- og avslutningsvis under inngrepet og at de gir fra seg oppgaver under inngrepet, men at LIS anser oppgaver knyttet til innledning og avslutning for å være oppgaver de i størst grad deler med operasjonssykepleiere. LIS uttrykker at det er her de bidrar med oppgavedeling. Vi finner det naturlig at de ikke anser at de bidrar med oppgavedeling i like stor grad under den kirurgiske seansen, tatt i betraktning at de i denne fasen ser seg selv som eiere av oppgavene, og deres bidrag er da å overgi enkelte oppgaver til operasjonssykepleierne. LIS

ser at de har sammenfallende oppgaver i denne fasen, men gir uttrykk for at de ikke opplever at det skjer så mye oppgavedeling der. Det kan tenkes at dette skyldes at i tilfellene operasjonssykepleier gjør LIS oppgaver så er det fordi LIS gjør andre oppgaver, ikke fordi de blir stående å se på eller må gjøre andre mindre interessante oppgaver. En ytterligere forklaring på hvorfor LIS anser fasene før og etter operasjon for å være de fasene der oppgavedeling skjer, tenker vi kan forklares med de endringer som i deler av organisasjonene er innført med oppgavedeling nettopp i disse fasene.

Operasjonssykepleiere erfarer at det er innført noen endringer der kirurg skal være til stede på operasjonsstua, forut for inngrepets start, for å hjelpe til med leiring og dekking, samtidig som de skal være igjen i avslutningsarbeidet for å hjelpe til med å dekke av og å få pasienten over i seng.

[...] kirurgen skal komme opp på morgenen før han går på morgenmøtet, gå igjennom dagens program. [...] det er den som har ansvaret for operasjonsprogrammet denne dagen som skal gå opp og si; «i dag har vi, så og så mange pasienter med de og de type inngrep og med de og de type utfordringer, er det noen spørsmål?» [...] hvor vi ofte spør; «ja, skal du ha med deg en assistent i dag eller? [...]». Og ut fra det så fordeler vi arbeidsoppgaver igjennom dagen [...] vi blir enige da når vi har tatt det morgenmøtet i forhold til «er du mest komfortabel på assistanse på første eller andre inngrep eller», ja av oss operasjonssykepleierne da [...] (OS)

Ved at dette faktisk er innført som rutine ved enkelte inngrep, kan være en forklaring på hvorfor LIS erfarer at det er i disse fasene av inngrepet de har sammenfallende oppgaver.

Oppgaver under selve operasjonsforløpet tilhører, slik LIS uttrykker det, egen profesjon. Det virker ikke som de i like stor grad er klar over at de også her deler oppgaver. De legger frem historier fra arbeidshverdagen som viser at de har erfaring med å dele oppgaver også i denne fasen, men LIS gir uttrykk for at oppgaver de deler i dette forløpet ikke er oppgaver som det for dem vil være noe tap å miste, det er ikke de «kirurgimessig» utfordrende og spennende oppgavene de deler med operasjonssykepleier. Dette kan gi oss en forklaring på hvorfor de erfarer sammenfallende oppgaver, samtidig som vi hører de forteller om tydelig avgrensede oppgaver og hvordan profesjonene har hver sine oppgaver. De

tydelige profesjonsseparate oppgavene tolker vi at handler om oppgaver begge profesjoner har full viten om at de er eiere av i kraft av sin utdanning og i tråd med yrkesetiske retningslinjer og lovverket. Vi finner med andre ord at LIS erfarer at hver profesjon har sitt sett med oppgaver der alle vet hva de skal gjøre og når de skal gjøre dem, men at noen av disse oppgavene sammenfaller, og for å effektivisere driften og få en bedre flyt i oppgavene, ser de det som naturlig at disse deles.

[...] det må være at forskjellige profesjoner har sine oppgaver da. At vi skal gjøre operasjonen, sykepleierne har ansvaret for instrumentene og telle og passe på sikkerheten og det og, og steriliteten. (LIS)

I tillegg til bestemmelser som noen steder er gjort, med kirurg til stede på operasjonsstuen under innledning og avslutning av inngrepet, finner vi at det har skjedd en økt spesialisering innen de ulike fagområdene for operasjonssykepleierne. Det har blitt nedsatt arbeidsgrupper der formålet med disse har vært å utarbeide profesjonsrettede og fagspesifikke opplæringsystemer. Ifølge Nancarrow og Borthwick (2005), ses spesialisering som å øke nivået av ekspertise innenfor et fagområde. En slik spesialisering og drilling i fagoppgaver har effektivisert driften ved at oppgavene utføres raskere og med større faglig trygghet. Det bemerkes fra flere av informantene hvordan dette har kommet pasientene til gode:

[...] i en sånn prosjektperiode de hadde i starten så var de en veldig liten arbeidsgruppe, det var få personer å dele det på. Så da fikk de opplært seg til å ha sånne glidende overganger og arbeidsoppgaver [...] Ja, altså det er jo alltid til pasientens beste, men det blir en mere spesifikk opplæring mot oppgaveglidning da [...] (OS)

Slik vi tolker våre informanters svar så har det over tid, fra ledelsens side, vært et fokus på å effektivisere driften. Som et ledd i dette har man sett på ressurser tilgjengelige i operasjonsavdelingen, og gjort en omfordeling av oppgaver profesjoner her utfører, for på den måten å optimalisere ressursbruken. Oppgavedelingen er anvendt, og anvendes, med andre ord som er verktøy eller metode for å oppnå nasjonale krav om økt effektivisering. Slik operasjonssykepleierne beskriver situasjonen og sine erfaringer i dag virker det

som de under intervjuene ved å reflektere over egne og andre profesjoners oppgaver, ser at dette har endret seg, men at de ikke har vært seg dette bevisst i perioden endringene har inntrådt. Det kan forklare for oss at en og samme informant tidlig i intervjuet kan fortelle at det ikke foregår oppgavedeling, for så på et senere tidspunkt å beskrive hvordan oppgavene over tid har endret seg og at de i dag gjør flere assistanseoppgaver som tidligere var kirurgens oppgaver.

Samtidig som de erfarer oppgavedeling og gir uttrykk for at dette har en positiv innvirkning på effektiviteten i arbeidet, uttrykker de også en skepsis i forhold til å skulle blande seg for mye i operasjonssykepleierens oppgaver.

Da blander ikke jeg meg noe særlig inn for da blir det feil i ledningene eller jeg setter på posen feil sted eller det blir liksom bare tull da, så det er best å bare holde seg i ro, i hjørnet. Kle på seg, holde fred [...] og når det er ferdig så kan jeg operere. (LIS)

Her beskriver LIS at de sjelden, på eget initiativ, tar operasjonssykepleiers rolle. Vi stiller oss undrende til denne uttalelsen da samme informant, og andre informanter, i intervjuene beskriver hvordan de erfarer å bidra nettopp med dette for å effektivisere driften. Vi tror at noe av forklaringen kan være at driftsendringer med kirurg til stede og økt oppgavedeling er innført i organisasjoner med planlagt, elektiv, drift, som er konteksten for vår oppgave, og ikke i all drift.

Der er det gjort effektiviseringstiltak, så der skal vi [...] være med på å dekke opp [...] mens sykepleieren starter med å rydde bordet og avslutte, så skal vi ta oss av plastringen og avdekke pasienten. Og en skal være til stede helt til pasienten er over i seng. (LIS)

Her har operasjonsteamet et oppsatt program og en tidsfrist for når operasjonene skal være ferdige. LIS-informantene er ansatte i avdelinger med kombinert drift der de også opererer pasienter akutt, uten muligheter for å planlegge. Vi antar at tilfeller der LIS ikke bistår i de forberedende og avsluttende oppgavene handler om nettopp slike situasjoner.

Når vi er på dagkirurgen så er det kun den oppgaven den dagen, og det er de pasientene vi skal ha igjennom, så da er vi skjernet, mens når vi er i en vaksituasjon særlig så er det så mye annet som man må ta tak i [...] (LIS)

Her har LIS andre oppgaver det er kritisk å få utført forut for og umiddelbart etter operasjonsslutt, slik at denne delingen av oppgaver ikke blir en naturlig del av flyten i arbeidsoppgaver.

#### *Oppgavedelingen oppstår ad hoc*

Vi finner at LIS i enkelte tilfeller, og ut fra organisatorisk drift og planlegging, overtar oppgaver fra operasjonssykepleier for å effektivisere driften. I tilfeller der dette ikke er avtalt, skjer det likevel at de på grunn av tidspress velger å overta oppgaver. Til tross for at vi finner at operasjonssykepleierne ønsker mer involvering og hjelp fra LIS, for å korte ned på innlednings- og avslutningstiden på operasjonsstuen, så erfarer LIS at operasjonssykepleierne ikke alltid ønsker deres initiativ velkommen, da operasjonssykepleierne gir uttrykk for selv å ville ha kontrollen over egne oppgaver.

Operasjonssykepleierne vi har intervjuet forteller alle om hvordan deling av oppgaver ofte ikke avklares i forkant, men oppstår plutselig, og ikke planlagt.

[...] For hvis han ber meg om å drille, så må jeg jo bare gjøre det da. Eller, jeg må jo ikke, det må jeg ikke, jeg kan jo nekte...,men jeg gjør jo ikke det, nei [...] da blir det jo ingen. Altså, han klarer det ikke alene da. [...] Han har ingen han kan ringe til. [...] Så blir det du som sitter der da [...] Det er ikke alltid at man kjenner at det er godt nei. (OS)

En slik spontan avgjørelse om at oppgaver må deles innebærer at den som er ledig må bidra. Dette finner vi skjer både i den planlagte og akutte driften. I tilfeller som beskrevet her oppstår oppgavedelingen ad hoc som følge av mangel på ressurser i form av kirurger.

Da blir vi jo fort valgt fra, hvis det er sykdom. At vi skal hjelpe til på andre ting istedenfor [...] Da er det nok operasjonssykepleieren som stepper inn [...] så er det ofte at man trenger tre hender [...] og da er det vel operasjonssykepleieren som må steppe inn. (LIS)

Informantene i begge profesjonsgruppene forteller hvordan både tilgang på ressurser, tid til rådighet og ulik kompetanse både hos operasjonssykepleierne og LIS er bestemmende for om, og i hvor stor grad, ikke-planlagt oppgavedeling oppstår.

LIS erfarer altså at organisering av drift er styrende for hvilke oppgaver som ligger til den enkelte profesjon. Er det mindre inngrep og planlagt drift innehar operasjonssykepleieren flere LIS oppgaver, enn ved akutt kirurgi og større inngrep. LIS erfarer at oppgavedeling varierer fra sykehus til sykehus, og gjør seg noen refleksjoner om at dette handler om kulturforskjeller organisasjoner imellom.

[...] i forhold til operasjon [...] når jeg jobbet [...] så var de strengere på at vi skulle hjelpe helt til pasienten var over i senga, så det tror jeg bare er en kulturforskjell mellom sykehus, egentlig. Det er litt mindre av det her.  
(LIS)

Nielsen og Ry (2014, s. 26) hevder at organisasjonsforskjeller som ansatte ofte forklarer med ulik kultur, nok oftere handler om, og kan forklares med, arbeidsdeling, utdannelses- og maktforskjeller. Når LIS her snakker om kulturforskjeller tolker vi at det nok i større grad handler om deres erfaringer knyttet til stadig bytte av funksjon og arbeidsplass som følge av deres utdanningsforløp.

#### 4.2. Oppgavedeling kan påvirke arbeidsmotivasjonen i positiv retning

Under intervjuene fortalte informantene om opplevelser med oppgavedeling fra sin arbeidsplass. Beskrivelsene av disse opplevelsene tegner et bilde av kombinerte positive og negative erfaringer både mellom og innad i profesjonsgruppene, samt for den enkelte ansatte. Vi har valgt ikke å skille funn i de to profesjonsgruppene der disse er sammenfallende, men da vi finner at operasjonssykepleierne generelt motiveres av flere faktorer ved oppgavedelingen presenteres disse funnene avslutningsvis for seg.

Informantene deler opplevelser om situasjoner hvor oppgavedeling får arbeidet til å fungere på sitt beste, eller i motsatt fall hvordan det skaper dårlige rammer og arbeidsforhold, samt hvordan den ansatte opplever disse situasjonene sett i forhold til arbeidsmotivasjon.

Når vi i våre intervjuer ber operasjonssykepleiere og LIS beskrive for oss hva de legger i en god dag på jobb på operasjonsstuen, eller hva som inspirerer og motiverer dem i sitt arbeid gjenfinner vi mange av faktorene som er omtalt og beskrevet gjennom tidligere arbeidsmotivasjonsforskning i teorikapittelet. Når vi så videre knytter disse funnene opp mot oppgavedeling, får vi ytterligere beskrivelser som vi her vil presentere. Vi finner totalt sett at det er flere faktorer ved oppgavedelingen som virker fremmende på arbeidsmotivasjonen blant operasjonssykepleierne enn vi finner i gruppen av LIS, og vi presenterer først faktorer begge profesjonsgruppene anser som motivasjonsskapende, før vi presenterer videre funn i operasjonssykepleiergruppen alene.

Det er et spennende, spennende arbeidsfelt. Jeg trives veldig godt som operasjonssykepleier. Jeg trives med kollegene og det miljøet vi har her. At det er åpenhet for å spørre og utvikle seg. At det er åpenhet for å veilede [...] Ja, at vi har veldig godt arbeidsmiljø [...] og det synes jeg er veldig spennende [...] At jeg blir utfordret på kompetansen jeg har og at jeg får utviklet kompetansen min til å yte en bedre jobb på flere ting. (OS)

Dette sitatet illustrerer på en god måte hva mange av operasjonssykepleierne forteller når de skal beskrive hva de finner inspirerende ved arbeidet sitt. Utsagnet rommer flere elementer og faktorer som vi ønsker å se nærmere på som en forklaring på hvorfor oppgavedeling gir mening og inspirasjon i arbeidet, og dermed kan bidra til å fremme arbeidsmotivasjonen.

#### 4.2.1. Positivt for arbeidsmiljøet

Felles for alle informantene er hvordan de gir uttrykk for betydningen av et godt arbeidsmiljø for egen trivsel og motivasjon til arbeidet.

[...] så blir jeg veldig motivert av å jobbe i et givende arbeidsmiljø, altså sånn at det er hyggelig å komme på jobb og at det er hyggelig mot hverandre at man smiler og sier god morgen og der går det jo litt under det der velsmurte systemet også og at det er lite knirking og at alle er fornøyde med den jobben de gjør, og at alle liksom kan være fornøyde med jobbene som er gjort før man går hjem for dagen. (LIS)

Flere av informantene i begge profesjonsgruppene forteller at gode kolleger gir inspirasjon i arbeidshverdagen, og mange er også opptatt av kollegastøtte internt i profesjonen. En operasjonssykepleier beskriver en god kollega å være:

[...] Det er en kollega som både er åpen for å veilede og å bli veiledet og har åpenhet og omsorg og i noen tilfeller humor og hjelpe hverandre og veilede hverandre i etterkant hvis det er noe som har vært vanskelig. (OS)

Informantene i begge grupper opplever det som trygt å kunne ha og bruke kolleger som sparringspartnere. De setter pris på både faglig og sosial trygghet på operasjonsstuen og beskriver tryggheten som inspirerende, meningsskapende og motiverende. Både operasjonssykepleiere og LIS beskriver opplevelser de har med oppgavedeling der dette har økt samholdet og teamfølelsen på operasjonsstuen, samt bedret samarbeidet ved at de jobber sammen på en ny måte og bedre forstår hverandres oppgaver.

Det kom jo litt etter hvert og, plutselig så stod de jo der, ganske kjapt disse kirurgene og da var de jo helt klare og var med og kledde på hverandre. Det økte jo teamfølelsen det på en måte, at de var med og hjalp til litt. (OS)

Begge profesjonsgruppene opplever at oppgavedeling gir økt samhold og bidrar positivt i arbeidsmiljøet. Noen av informantene beskriver hvordan oppgavedelingen skaper et gjensidig avhengighetsforhold, der operasjonssykepleierne og LIS er avhengige av hverandre for å gjøre en god jobb.

Du blir en mye sterkere del av teamet, som du er en del av fordi de [LIS; vår merknad] er mer avhengig av å ha en god assistent [...] de er like avhengige av oss som at vi er like avhengige av å ha en god operatør. Og da blir det mye sterkere fellesfølelse på et vis [...] det synes jeg er kjempefint og kjempegøy. (OS)

Informantene i begge profesjonsgrupper beskriver hvordan oppgavedeling skaper motivasjon ved at de er en del av et velfungerende team, og flere av informantene i begge grupper bruker positive beskrivelser som både «gøy» og «morsomt» når de beskriver opplevelsen av å jobbe i et velfungerende team.



Hvis et team fungerer godt så er det morsomt å være en del av det. Det er det. (LIS)

Teamet på operasjonsstuen består blant annet av operasjonssykepleiere og LIS. Når LIS forteller oss at team som fungerer godt, i betydningen samarbeider godt, oppleves morsomt og gir flyt i arbeidsoppgavene, tolker vi det som at godt fungerende team og teamsamarbeid virker positivt inn på arbeidsmotivasjonen (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2009). Flyt er beskrevet som et viktig bidrag til motivasjonen, og teamet bidrar til denne flyten.

I tillegg får vi under intervjuene beskrivelser og uttalelser fra flere av informantene i operasjonssykepleiergruppen om at de føler seg sett som en del av teamet på operasjonsstuen, både når de bidrar med LIS oppgaver, men også når LIS bidrar med å gjøre operasjonssykepleieroppgaver og viser interesse for deres fagfelt.

Man får jo litt mere, større forståelse for hverandres arbeidsoppgaver [...] Så det kan jo være en fordel at de [LIS: vår merknad] er med og ser på, og ser hva vi gjør. (OS)

Ved å bli sett, forstått og respektert for den jobben operasjonssykepleierne gjør, opplever de anerkjennelse. Dette er noe som videre gir operasjonssykepleierne det vi tolker som motivasjon for arbeidet. Flere av operasjonssykepleierne forteller at de har fått positive tilbakemeldinger fra kirurger. De forteller at de gjennom å ha fått nye oppgaver har hevet egen posisjon i operasjonsteamet på operasjonsstuen, og at de har blitt gitt en større verdi. Vi gjenkjenner dette i motivasjonsfaktoren som handler om anerkjennelse. Når dette gode samspeillet oppstår, som de beskriver, tolker vi dette som at de understreker viktigheten av å være i et positivt arbeidsmiljø. Et positivt arbeidsmiljø er i tillegg til gode arbeidsbetingelser faktorer som kan fremme arbeidsmotivasjonen til den ansatte ifølge blant annet Sekhar et al. (2013) og Wiley (1997).

Informantenes beskrivelser av positive erfaringer med oppgavedeling handler, som vi tolker det, om at denne måten å jobbe på skaper et godt arbeidsmiljø. De ser hverandre, det er en hyggelig tone og de samarbeider godt. Dette skaper gode situasjoner og en god arbeidsplass som de trives på.

Vi kan, referert til motivasjonsteorien, gjenfinne hva begge profesjonsgrupper beskriver om sammenhengen mellom et godt arbeidsmiljø og positiv påvirkning av arbeidsmotivasjonen (Kanfer et al., 2017; Sekhar et al., 2013; Kaufmann & Kaufmann, 2016; Wiley, 1997).

### *Ny arbeidsform ved oppgavedeling*

Når vi spør informantene om erfaringer knyttet til oppgavedeling, tegner mange et bilde av operasjonsavdelinger med endring av drift, rutiner og oppgaver. Flere beskriver hvordan oppgavedeling bidrar til bedre og tettere samarbeid, der man kommuniserer lettere med hverandre i operasjonsteamet og mellom profesjonsgruppene. De beskriver en ny arbeidsform der oppgavene løses som en glidelås mellom yrkesgruppene.

Vi er blitt flinkere til å gå litt mere, hva skal jeg si i glidelås, der vi kan gjøre ting som vi ikke gjorde før, men som vi gjør nå for at det skal bli lettere, at vi skal få det igjennom, få pasienten igjennom og ikke måtte stryke for eksempel [...] Så da er det om å gjøre å finne løsninger som gjør at vi får igjennom det som er programmet. Og det synes jeg alltid har vært veldig gøy å få det til. (OS)

Vi tolker det som at den ansatte som betegner en slik arbeidsform som glidelåsjobbing, bruker dette som en metafor, der hun/han ser for seg tennene i glidelåsen som arbeidsoppgaver tilhørende de ulike profesjonene, og hvordan disse oppgavene utføres med glidende overganger uten stopp. Andre informanter beskriver det som flyt i oppgavene, og vi gjenfinner dette i organisasjonsformer som Lean, med strømlinjeformede prosesser uten sløsing og hindringer (Ingvaldsen et al., 2012). Ved en slik glidelåsjobbing unngår man dobbeltarbeid samtidig som man forhindrer silojobbing der hver profesjon står alene med sine oppgaver uten involvering med hjelp og bistand fra andre. I tillegg vil denne arbeidsformen kunne virke fremmende på arbeidsmotivasjonen gjennom bedre flyt i arbeidsoppgavene, og følelse av mestring (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2009).

#### 4.2.2. «Flyt» i arbeidet

Informantenes beskrivelser av hva som gir mening og inspirasjon i arbeidshverdagen vitner om et stort faglig engasjement med fokus på optimal behandling av operasjonspasienten.

[...] grunnen til at jeg valgte å bli kirurg er vel det at man løser et problem  
[...] Det gir meg enormt mye glede at de [pasientene: vår merknad] er fornøyd og at man har gjort det uten at det har blitt komplikasjoner, for eksempel. (LIS)

Begge profesjonsgruppene har fokus på faglig kvalitet i arbeidet de utfører. Når vi ber dem beskrive hva som for dem vil være en god dag på jobb, får vi beretninger om hvordan det i en ideell arbeidshverdag vil være å gjennomføre dagens operasjonsprogram uten tidspress og mas, ha tid til forberedelser og planlegging, oppleve god kommunikasjon og godt teamsamarbeid på operasjonsstuen og å erfare at oppgavene og arbeidsprosessene på operasjonsstuen går smidig, for så til sist å ende opp med tilfredse pasienter. Mange av informantene i begge gruppene gir uttrykk for at oppgavedeling er motiverende i situasjoner der det gir god flyt i arbeidsoppgavene.

[...] jeg synes det som motiverer meg er vel egentlig å ha et velsmurt system som at ting fungerer og at ting er innarbeida og at det er effektivt. Sånn at man hvis man [...] hjelper hverandre til å få effektivisert ting, så synes jeg absolutt det er bra. [...] jeg tror at alle er enige i at man helst vil ha et velsmurt operasjonssystem, at man ikke sitter og venter på at neste pasient skal tas inn, hvis man kunne gjort det fortere på en måte. (LIS)

Vi legger merke til at det er mange av informantene, både blant operasjonssykepleierne og LIS, som bruker begrepene «å flyte» eller «gli» når de beskriver en god arbeidsdag. Informantene beskriver flyt i arbeidet som god progresjon uten hindringer. Hindringer kan være alle uforutsette hendelser som kan oppstå under en operasjon: Komplikasjoner, feil på utstyr, manglende kompetanse hos involvert personell eller behov for hjelp andre steder enn på operasjonsstuen, og avbrytelse av egne oppgaver.

[...] når vi får fullført programmet. Det at det ikke går overtid, pasientene er fornøyd. Teamet jobber bra [...] At man kommuniserer bra [...] (OS)

Både operasjonssykepleiere og LIS gir uttrykk for at de setter pris på å føle seg nyttig og å bruke seg selv, ikke bare faglig, men også på et menneskelig plan. For informantene i LIS- gruppen er sammenhengen mellom oppgavedeling og følelsen av å være til nytte knyttet til flyt i arbeidet. Dersom oppgavedelingen ikke bidrar til flyt i arbeidet, men skaper hindringer, vil mestringsfølelsen, og med det følelsen av å være til nytte, reduseres. Bidrar oppgavedeling derimot til flyt, er dette fremmende for arbeidsmotivasjonen i seg selv, og nytten de kjenner på blir et forsterkende element når det gjelder ytterligere påvirkning av arbeidsmotivasjonen i positiv retning.

#### 4.2.3. Operasjonssykepleiernes opplevelse av å være til nytte

Operasjonssykepleierne forteller om at oppgavedeling for dem i stor grad bidrar til å føle at de kan være til hjelp. Flere gir uttrykk for at det å være til nytte for andre gir dem inspirasjon i hverdagen.

Jeg synes det å få til et godt team, operasjonsteam rundt pasienten, det inspirerer meg [...] vi har det fint sammen på stua og føler at vi får gjort noe bra jobb for pasienten [...] Det synes jeg i hvert fall inspirerer meg.  
(OS)

Flere operasjonssykepleiere beskriver i tillegg til inspirasjonen det gir, det å kunne være til hjelp og nytte, hvordan følelsen og opplevelsen av at noen er avhengig av deg virker motiverende i arbeidet.

Jeg synes det er motiverende i seg selv å være på ting jeg kan og føle at den jobben jeg gjør, at det er en forskjell om jeg er der eller ikke er der. Det at det er en deilig dag, det er hyggelig. Det synes jeg er motiverende.  
(OS)

Vi tolker det informantene her sier å handle om nettopp det å være til nytte. Ifølge Fivelsdal & Bakka (1998) kan dette ses som betydningen den enkeltes rolle har i en gruppes sosiale struktur, som et operasjonsteam er, og hvordan gruppen er avhengig av at medlemmene etterlever gruppens mål. En gruppe her kan være de enkelte profesjonsgruppene for seg, men det kan også være operasjonsteamet med begge profesjonsgrupper representert, som i denne sammenhengen anses som en

gruppe. Når operasjonssykepleierne overtar oppgaver fra LIS kan det oppleves som anerkjennelse for kunnskap og kompetanse de har og som en bekreftelse på at det er behov for dem som en del av operasjonsteamet. Det gir en opplevelse av å være til nytte. Som profesjonsutøver innen operasjonssykepleie har man et personlig ansvar ikke bare for at egen utøvelse er faglig og juridisk forsvarlig, men også etisk forsvarlig. Selve grunnlaget for sykepleie bygger på respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Ved å føle at man er til hjelp, at eget bidrag gjennom oppgavedeling er av betydning for kvaliteten på sykepleien og utgjør en forskjell for pasientens behandling, så kan man oppnå økt arbeidsmotivasjon gjennom oppfyllelse av blant annet anerkjennelse som en av flere motivasjonsfaktorer. Når operasjonssykepleieren beskriver opplevelsen av dette som hyggelig og motiverende, så tolker vi det som at denne mestringsfølelsen det er å handle i tråd med yrkesetiske krav blant annet er det som gir den gode følelsen. Oppgavedeling bidrar på denne måten til å fremme arbeidsmotivasjonen.

#### 4.2.4 Operasjonssykepleiere opplever læring og utvikling gjennom nye oppgaver

Flere av operasjonssykepleierne gir oss et inntrykk av at de trives med jobben og arbeidsoppgavene sine. Det er ingen av informantene som eksplisitt bruker begrepet interessante arbeidsoppgaver når de snakker om oppgavene knyttet til egen profesjon eller de som overtas fra LIS, men i vår analyse av datamaterialet har vi tolket beskrivelser av interessant jobb, spennende arbeids -felt og -oppgaver å være det som i teorien beskrives som interessante (Wiley, 1997).

Synes det er veldig gøy med den oppgavefordelingen eller oppgavedelingen. Fordi at det blir bare mere motiverende, for det blir mere utfordringer og spennende da, at du får være med aktivt. (OS)

Flere velger å bruke ordet «gøy» når de setter ord på følelsen de opplever. Det er også de samme beskrivelsene de anvender om opplevelsen av flyt i arbeidet. Disse beskrivelsene tolker vi som at informantene får en positiv opplevelse av å utvide sine oppgaver, og at utviklingen i å lære noe nytt også er positivt. Dette er motivasjonsfaktorer vi kjenner fra teori som nevnt i kapittel 2.2.

Informantene forteller om at oppgavedeling fører til at de tar en mer aktiv rolle i operasjonsfeltet, og at de trives med de oppgavene de får. Informantene forteller at nye spennende oppgaver er LIS-oppgaver de utfører på operasjonsstuen når LIS ikke er til stede. Ifølge motivasjonsteorien har alle mennesker uansett alder behov for å oppleve mestring (Sekhar et al., 2013). For å mestre må man ha kompetanse og kontinuerlig læring i form av tilførsel av ny kunnskap og opparbeidelse av nye ferdigheter. Når operasjonssykepleierne gir uttrykk for at de finner LIS-oppgaver spennende og motiverende, så handler det, referert til motivasjonsteorien, om mulighetene de her blir gitt for å lære og å utvikle seg (Lai, 2017; Sekhar et al., 2013). Informantene forteller om erfaringer med overtagelse av LIS oppgaver på operasjonsstuen hvor de ser og erfarer at oppgavedeling gir dem interessante oppgaver, og at dette gir dem en god opplevelse.

Jeg synes det er, der hvor det er et mindre hierarki at det blir bedre team. At vi får forståelse for hverandres jobb. Og at vi blir mere effektive, det er jo viktig i dagens helse Norge. Ja, at jobben blir mere interessant for oss i hvert fall. At jo mere du lærer, jo gøyere blir det. (OS)

Flertallet beskriver at de motiveres og inspireres av variasjon både i roller og arbeidsoppgaver innenfor egen profesjon og fra LIS.

Som operasjonssykepleier er man forpliktet til å holde seg faglig oppdatert. Dette innebærer kontinuerlig utvikling og læring. Selv om dette er en del av jobben, er det flere som gir uttrykk for at det oppleves som motiverende å bli gitt ytterligere muligheter for faglig utvikling gjennom blant annet oppgavedeling. Noen av informantene har opplevd å få opplæring i nye oppgaver gjennom tilrettelagte kurs med opplæring av utstyr som brukes under assistanse i det operative forløpet, hospitering og planlagt veiledning av kirurg. De fleste forteller at de har fått disse mulighetene ved selv å vise interesse og etterspørre kurs, kongresser, opplæring også videre.

[..] jeg har fått vært med på mye [...] kursing og med firmaene [...], men det er først og fremst via praksis, men de er også [...] veldig sånn flinke til å se at det, at vi er et team, til det beste for pasienten og få med oss operasjonssykepleierne. Så hvis du er interessert og sånn så er det helt gull. Du lærer masse, så jeg har lært kjempemasse via praksis [...] (OS)

En faglig utvikling i denne forbindelsen tenker vi da innebærer noe mer enn den pålagte faglige oppdateringen. Vi tolker det som en tilegning av kunnskap utover det man som operasjonssykepleier i sitt daglige arbeid forplikter seg til, for eksempel det å skulle overta assistanseoppgaver fra LIS. Flere informanter forteller om opplæring i utførelse av en spesialoppgave de har fått og hva dette bidro med for deres del.

For det stilles veldig høye krav til deg så, du må utvide kunnskapsnivået ditt [...] så må du kunne [...] mer [...] enn det du trenger som en vanlig operasjonssykepleier, og egentlig som du får mulighet til å lære som vanlig operasjonssykepleier [...] Det er utvalgte som [...] har fått denne opplæringa og det er veldig, veldig morsomt [...] (OS)

Selv om informantene ikke eksplisitt forteller oss det, tolker vi det som at de her ikke bare motiveres av at de har fått opplæring i et spesialområde og har økt egen kompetanse, men vi får en opplevelse av at de anser seg som privilegert som har fått denne opplæringen. Noen har gitt dem denne muligheten, og de opplever dette som en tillitserklæring. De mestrer oppgavene og gir tydelig uttrykk for det når de forteller at det er «gøy». En slik mulighet for opplæring kan være en form for anerkjennelse. Anerkjennelse handler ifølge den tyske filosofen Axel Honneth i Klemsdal (2008, s. 98-99) om tilfredsstillende av grunnleggende behov som trygghet, rettferdighet og å bli verdsatt for det man gjør. Skal man som ansatt oppleve anerkjennelse må man oppleve at ledelsen tar en på alvor samt at eget bidrag er av betydning for organisasjonen og virksomheten.

Operasjonssykepleieren som her har fått utvikle seg faglig, blir sett og opplever at eget bidrag er av betydning for driften på operasjonsstuen. Dette vil kunne gi økt arbeidsmotivasjon.

Det er som nevnt i kap.2.2 i tillegg til tilfredsstillende av noen universelle behov, også individuelle trekk som er styrende for hva som motiverer ansatte til økt arbeidsinnsats, og på hvilken måte dette skjer (Kanfer et al., 2017). Noen motiveres av å sette seg mål som for andre vil føles for store eller uoppnåelige. Noen trenger større utfordringer enn andre. For noen vil det å ikke få nye oppgaver fort kunne oppleves som kjedelig:

Jeg synes egentlig det. For det kan bli litt monotont. Jeg synes i alle fall det da [...] Ja, jeg synes det er greit [...] da blir jeg ikke så opptatt av, de små bagatellene som man kan irritere seg over. For da har jeg en del andre ting å tenke på, så det hjelper egentlig. (OS)

Variasjon i oppgavene gjennom oppgavedeling kan i tråd med teorier om arbeidsmotivasjonsforskning ha en positiv påvirkning på arbeidsmotivasjonen (Wiley, 1997).

#### 4.3. Oppgavedeling kan påvirke arbeidsmotivasjon i negativ retning

Vi har i forrige kapittel presentert funn om hva de ansatte på en operasjonsstue gir av beskrivelser, og om hvordan oppgavedeling kan bidra til å fremme arbeidsmotivasjonen. Som beskrevet innledningsvis i kapittel 2.2 gjenfinner vi noen universelle motivasjonsfaktorer når de beskriver hva som for dem bidrar til økt motivasjon for arbeidet. Som et utgangspunkt kan vi derfor tenke at når disse faktorene ikke stimuleres eller gjenfinnes i arbeidssituasjonen, vil det heller ikke skje en styrking av arbeidsmotivasjonen. I tillegg til fravær av motivasjonsfaktorer som dempende for arbeidsmotivasjonen kan det være ytterligere elementer knyttet til arbeidet som vil virke direkte hemmende på motivasjonen.

##### 4.3.1. Merarbeid

Vi avdekker i vår undersøkelse at informantene i begge profesjonsgruppene opplever at oppgavedeling fører til økt arbeidsbelastning. Flere av informantene ser på oppgavedeling som at de utelukkende får oppgaver uten samtidig å kunne gi noen fra seg. For operasjonssykepleieren handler dette, slik vi ser det, om situasjoner der oppgavedelingen skjer uten noen form for planlegging i forkant, altså ad hoc.

[...]vi får flere oppgaver, også blir det bare mere jobb. [...] Det blir jo bare...Jeg skjønner ikke hvordan vi skal få tid til å gjøre mere oppgaver enn det vi har egentlig. Da må jo noen andre ta over det vi holder på med da....(OS)



Nye oppgaver i en slik situasjon vil skape et merarbeid for operasjonssykepleieren. Flere LIS forteller om andre oppgaver de i tillegg har fått, utover oppgaver som er sammenfallende med operasjonssykepleieren. De gir uttrykk for stor frustrasjon rundt dette, da konsekvensen er mindre tid til opplæring i eget fags oppgaver. Knyttet til oppgaver de deler med operasjonssykepleierne, der LIS bistår både i forberedelser og avslutning av inngrepet, ser de at ved en standardisering av en slik arbeidsform ved alle inngrep, vil det gi et ytterligere merarbeid. LIS informantene forteller at de ikke finner operasjonssykepleierens oppgaver spennende eller faglig utviklende. En permanent overtagelse av disse oppgavene vil oppleves som et uønsket merarbeid. Når merarbeidet skyldes oppgaver som ikke motiverer dem ved at de hverken er faglig spennende eller utfordrende, vil en situasjon der de permanent overtar enkelte oppgaver fra operasjonssykepleiere kunne bidra til redusert arbeidsmotivasjon. At arbeidsmotivasjonen hemmes i en slik situasjon kan forklares ut fra mangel på egen kontroll og autonomi over oppgavene (Lai, 2017), og en ubalanse mellom krav og ressurser, i tråd med Csikszentmihalyis teori der LIS med høy kompetanse føler oppgaver de overtar som lite spennende og da skaper det ifølge denne teorien frustrasjon (Nakamura & Csikszentmihalyis, 2009).

Dette arbeidet tar tid fra andre oppgaver som, slik vi tolker det, LIS ut fra egne interesser, heller ønsker å gjøre.

Man skal bare passe på å ikke gå for langt sånn at man gir for mange oppgaver sånn at det går utover at man må da må sitte en time overtid etterpå for å gjøre det kontorarbeidet som man egentlig har gjort i de pausene før da, så da må man jo eventuelt sette av tid til det etterpå. (LIS)

LIS har andre oppgaver som de anser som viktigere enn å hjelpe operasjonssykepleieren under innledning og avslutningsfasen av en operasjon. At mengden av oppgaver virker tyngende og skaper et tidspress i en hverdag allerede preget av fokus på tidsbruk og økt effektivisering, kan virke negativt inn på den enkeltes arbeidsmotivasjon. En av LIS informantene hevder at all aktivitet som ikke planlegges, men er uforutsigbar, fører til stress.

Nå må vi huske at vi effektiviserer hvert år på sykehus og til slutt så kan man ikke lenger effektivisere mer, da sykemelder folk seg, da sykemelder operasjonssykepleieren seg også får vi jo ikke operere [...] fordi folk får for mye å gjøre og folk blir lei [...] de er dritlei alle sammen for der har de hatt så innmari mye å gjøre over så lang tid, så de har resignert alle sammen [...] Både sykepleierne og legene og alle. (LIS)

Flere av informantene forteller om stress som en konsekvens av merarbeidet.

Ja, for det, det blir et uholdbarlig stressnivå. Og det blir at du føler at du får ikke gjort noen ting godt nok fordi at det blir halvveis god kvalitet på alt. Også, man trenger jo faktisk to hender og to føtter til å kunne gjøre en jobb [...]. (OS)

Også mange av operasjonssykepleierne gir uttrykk for at de kan overta LIS oppgaver for en avgrenset tidsperiode, men at en permanent overtagelse av oppgaver ikke vurderes som greit eller gjennomførbart.

Legene har sin utdanning og sin kompetanse og så mener jeg at vi etter hvert som det er ønske og krav om at vi skal gjøre flere arbeidsoppgaver så må vi ikke helt utelukkende bare si: «ja, kan jeg gjøre det så kan jeg også gjøre det så kan jeg også gjøre det..» uten å [...] få lov til å gi fra seg arbeidsoppgaver i den andre enden, fordi at det blir for mye jobb på en yrkesgruppe [...] da må vi få lov å enten si at; «vet du hva, det blir for mange arbeidsoppgaver på... vi har ikke tid, vi har ikke nok armer og bein (OS)

Merarbeidet skaper negative opplevelser ved oppgavedeling. Noen av informantene i operasjonssykepleiergruppen gir uttrykk for at de i enkelte situasjoner føler seg presset til å gjøre oppgaver man ikke er komfortabel med. De beskriver slik tvang som noe negativt, i tråd med Lai (2017), Karlsson (2008) og Fivelsdal og Bakka (1998) når de beskriver konsekvenser ved mangel på kontroll og autonomi som hemmende for arbeidsmotivasjonen. Enkelte av operasjonssykepleierne beskriver da også hvordan de opplever dette som slitsomt i lengden.

Det er fordi at vi har veldig mange operasjoner som vi skal igjennom. Det er stressende med stort program, [...] Også er det et visst tidspress og da. Du har kanskje beregnet deg litt på tid, så det blir liksom veldig mye, mye jobb, man må jobbe fort og ja det blir slitsomt i lengden [...]. (OS)

I tillegg til merarbeidet ved oppgavedeling som ad hoc løsning som mange føler på, uttrykker flere operasjonssykepleiere at det å overta LIS-oppgaver krever at de må nedprioritere egne oppgaver. Dette gjør at de føler de ikke får gjort en god nok jobb. Både egne og nye oppgaver oppleves som halvveis gjennomført. Flere gir uttrykk for at dette merarbeidet oppleves masete og slitsomt:

Det er greit nok innimellom for en periode, men ikke sånn fast liksom, da føler jeg ikke jeg får gjort helt jobben min [...] men at du skal stå å assistere hele tiden samtidig som du skal ha de andre oppgavene som jeg føler er viktig for vår del da det er jeg litt sånn, ikke helt fornøyd med.

Flere av informantene i LIS gruppen forteller at de er klar over at operasjonssykepleieren får økt arbeidsmengde ved oppgavedeling i form av to roller når hun skal assistere. LIS opplever at når operasjonssykepleieren skal sjonglere mellom de to rollene, går det utover kvaliteten på assistanseoppgavene.

De holder kanskje med venstre hånda og driver på bordet sitt da eller et eller annet sånt, de er ikke like fokusert på det da som den som bare står i feltet som en kirurg. (LIS)

Vi sitter igjen med en følelse av at dette handler om dårlige opplevelser med oppgavedeling, når det ikke fungerer på grunn av operasjonssykepleierens manglende kompetanse, eller muligheter for å bidra som følge av for store krav. Når operasjonssykepleieren mangler kompetanse, kan det skape et hinder for LIS sin opplevelse av å være i flyt, da konsekvensen blir økt belastning og ansvar på LIS.

Vi finner at begge profesjonsgruppene erfarer en økt arbeidsbelastning som følge av oppgavedeling, både i situasjoner der oppgavedelingen i forkant er avtalt og forholdene rundt er avklart, og i ad hoc situasjoner som følge av mangel på ressurser. Merarbeid kan hemme arbeidsmotivasjonen som følge av misforhold mellom krav og ressurser med for høye krav, mangel på mestring og flyt i oppgavene og økt mentalt og fysisk stressnivå (Lai, 2017; Nakamura & Csikszentmihalyi, 2009).

#### 4.3.2. Eierskap til egne oppgaver og profesjonskamp

Vi ser at informantene i begge profesjonsgrupper erfarer utydelige profesjongrensener i større eller mindre grad. Til tross for at begge profesjonsgruppene gir uttrykk for at de innser at det kan være en hjelp å få avlastning til å utføre oppgaver, deler de en negativ holdning til det å skulle miste eller måtte gi fra seg oppgaver, og de uttrykker et stort eierskap til egne oppgaver i begge profesjonsgruppene. Flere av operasjonssykepleierne gir uttrykk for at de ikke får gjort jobben sin på en tilfredsstillende måte når LIS overtar deler av oppgavene. Ifølge noen av informantene gjør ikke LIS oppgavene like bra, noe som går ut over kvaliteten på arbeidet. En av operasjonssykepleierne beskriver situasjonen slik:

[...] for det har jo skjedd at for eksempel en kirurg har lyst til å være med å dekke steril dekking for at vi skal få flere oppgaver gjort samtidig, men så er jo ikke pasienten desinfisert enda så da må vi; «hallo, stopp en hal». Ja, så da kan det jo bli litt sånn «hassel» og at han kan stå i veien sånn at ikke vi får gjort jobben godt nok [...] (OS)

Flere av operasjonssykepleierne har i tillegg vanskelig for å se hvilke oppgaver LIS kan overta og de gir uttrykk for at de føler seg truet ved at en annen profesjon kan ta over. Operasjonssykepleierne ønsker lite innblanding fra andre profesjoner, og vi ser i tråd med Abbott (1988) at de føler egen jurisdiksjon (forbindelsen mellom en profesjon og dets oppgaver) truet da dette er oppgaver som tradisjonelt er knyttet til deres profesjon. I dette ser vi også at legene viser sin dominans på det medisinske feltet (Abbott, 1988). Dette kan true operasjonssykepleierens kontroll over oppgavene og referert til Lai (2017) kan dette påvirke arbeidsmotivasjonen.

LIS uttrykker også eierskap til oppgavene sine og uttrykker seg skeptiske til å overlate disse til operasjonssykepleiere. LIS gir i likhet med operasjonssykepleierne uttrykk for en negativ holdning til å gi fra seg oppgaver, men der operasjonssykepleierne er redd for å miste kontroll over kvaliteten på utførelsen av det de selv har ansvar for, er LIS redd for å miste oppgaver som er av betydning for deres opplæring og ledd i deres utdanning.

Alle informantene i LIS gruppen forteller at de ser et motsetningsforhold mellom egen opplæring og det at operasjonssykepleier skal assistere i feltet, og de gir uttrykk for at de synes det er leit å miste læringsmuligheter.

Ja, det er vel det her med at man nødvendig vil gi fra seg operasjonstid [...] vi har jo ganske strenge krav på hvor mange operasjoner man skal ha gjort [...] Så er det jo allerede kamp om å få disse operasjonene, så det er litt sånn utfordring kan man si [...] man vil jo helst ikke gi fra seg for mange oppgaver fordi man synes at det er en del av sin egen utdanning [...] (LIS)

I likhet med operasjonssykepleierne ga også LIS uttrykk for at for å effektivisere driften, kan det være behov for at operasjonssykepleieren overtar enkelte assistanseoppgaver. Dette uttrykker de seg positivt til, men understreker at dette ikke gjelder alle assistanseoppgaver i feltet. Flere er tydelige på at det kun er noen av oppgavene, som å holde kamera og haker, operasjonssykepleierne kan overta, og ikke oppgaver som innebærer større risiko for pasienten dersom det gjøres feil. Alle informantene i LIS gruppen gir uttrykk for at det er de som har hovedansvaret både faglig og juridisk, og de setter grensen for hvilke oppgaver operasjonssykepleiere kan overta ved det som de i hver enkelt situasjon definerer som faglig forsvarlig. Med dette gir LIS uttrykk for at de kan overlate enkelte oppgaver til operasjonssykepleiere dersom den som skal overta oppgaven innehar rett kompetanse i form av kunnskap og ferdigheter knyttet til oppgaven og ved at ansvarsforholdet avklares underveis (Helsepersonelloven, 1999, §4 & §5).

Å holde kamera er helt i orden, det å holde en hake i en åpen buk er greit, men å begynne med lapraskopiske instrumenter bør man ha trening i. Noe er greit [...] Å få beskjed om å skulle diatermere på en pinsett eller sånt, det er fint, hva skal jeg si, lavrisiko-oppgaver hvor det ikke er risiko for perforasjoner [hull på organer: vår merknad] eller skade på organer, for da, da begynner det kanskje, da er man jo over på å gi de [operasjonssykepleierne: vår merknad] et ansvar som de kanskje ikke skal ha. (LIS)

Under våre intervjuer med LIS gir noen uttrykk for at de tror operasjonssykepleiere vil sette pris på å få ekstra oppgaver i form av å assistere. Fra LIS sitt ståsted blir operasjonssykepleierens primæroppgaver lite faglig utfordrende og «kjedelige». LIS gir altså uttrykk for at de ser at oppgavedeling for operasjonssykepleiere gjennom variasjon og spennende oppgaver kan fremme

operasjonssykepleiernes arbeidsmotivasjon (Wiley, 1997). Oppgaver som LIS beskriver som «kjedelige» kan operasjonssykepleier overta, det oppleves ikke som noe tap, men tap av assistentrollen derimot gir de uttrykk for at vil være demotiverende:

Hvis sykepleieren har mer erfaring og hovedoperatør [her overlege: vår merknad] heller vil bruke sykepleieren, det blir veldig, veldig frustrerende. Da står man og stamper og stanger hodet i veggen og kommer jo ingen vei med utdannelsen sin og får ikke sjans til å bli noe flinkere [...] det ville vært veldig uinspirerende. (LIS)

Dette kan handle om frykten for å bli oversett, ved at egen kompetanse og utvikling i et utdanningsforløp blir tilsidesatt. Vi tolker at dette blant annet kan handle om at grunnleggende behov som å bli sett og verdsatt ikke blir dekket, samt at oppgaver de ønsker for å heve kunnskapsnivået og kompetanse blir fratatt dem. De mister noen viktige motivasjonsfaktorer som anerkjennelse, faglig utvikling, spennende oppgaver og med det også mestring. Oppgavedeling i situasjoner der LIS opplever tap av læringsmuligheter vil da i tråd med Wiley (1997) og Lai (2017) kunne ha en negativ påvirkning på arbeidsmotivasjonen. Innenfor gruppen av LIS delte noen sine refleksjoner over hvordan en permanent vertikal oppgavedeling kan føre til av kamp mellom profesjonene. LIS gir uttrykk for at det ikke er innført noen bestemmelser om at operasjonssykepleiere rutinemessig skal utføre gitte LIS oppgaver. De gir uttrykk for egne fordeler ved avklarte rammer i situasjoner der det er behov for at operasjonssykepleiere bidrar for driften sin del, men de frykter at en bestemmelse om oppgavedeling på sikt vil innskrenke deres læringsmuligheter. I tråd med Abbotts (1988) teori, ser vi at det kan oppstå en profesjonskamp når jurisdiksjoner tilhørende en profesjon utfordres, eller det gjøres forsøk på overtakelse av en annen profesjons jurisdiksjon.

Operasjonssykepleierne gir uttrykk for at overtagelse av LIS-oppgaver kan skape usikkerhet hva angår ansvarsfordeling mellom den som har formelt eierskap til oppgaven og den som i en ad hoc situasjon bli satt til å utføre oppgaven. Ansvar følger i utgangspunktet profesjonsrollen, men når denne fravikes, vil ansvarsspørsmålet og svar på dette fort kunne skape usikkerhet (Helsepersonelloven, 1999, §4 og §5). Flere av operasjonssykepleierne gir uttrykk

for at de selv er ansvarlige for egne profesjonsoppgaver som å sørge for at utstyret stemmer, og at dette er et ansvar de er klar over og kjenner rekkevidden av. De fleste operasjonssykepleiere gir uttrykk for at de føler et medansvar når de overtar LIS oppgaver, men graden av dette varierer. Noen få legger alt ansvaret over på kirurgen, men gir samtidig uttrykk for at de identifiserer seg med følelsen av å ha et visst medansvar. Noen reflekterer rundt bestemmelsene i Helsepersonelloven knyttet til vertikal oppgavedeling, men de fleste uttrykker allikevel usikkerhet knyttet til ansvar, sikkerhet, etisk- og faglig forsvarlighet.

Det er ikke alltid at man kjenner at det er godt nei...[...] Du har jo ikke kompetanse til det egentlig. [...] Nei, man vingler vel litt på det da ja. [...] Hvor går min grense der? Altså det vet jeg ikke, rent juridisk, vet jeg ikke om man kan nekte å holde kamera. Jeg vet ikke. Eller, er det min oppgave som operasjonssykepleier? Usikker på om jeg kan nekte å drille eller, det må jeg vel finne ut av. (OS)

Operasjonssykepleierne forteller om ansvarsfølelsen de har for pasienten, og at de er redde for at noe skal gå galt. De frykter for å gjøre noe galt som kan skade pasienten, hvis de utfører en oppgave de ikke er kompetente til.

[..] det går oftest bra. Har ikke hatt noen opplevelser av at det har gått dårlig. Men jo, jeg har sett at det kanskje ikke lykkes så godt. Og da kjenner man på det som menneske. (OS)

Det vi tolker at operasjonssykepleieren beskriver her, er følelsen av ikke å mestre eller å ha kontroll over det de gjør, og frykten for at det skal gå galt. Dersom ting går galt, er det noe de må leve videre med, og vi er usikre på hvordan det påvirker den enkeltes arbeidsmotivasjon, når de vet at dette er situasjoner som kan forekomme i arbeidsdagen. Uforutsigbarhet knyttet til når en slik situasjon kan oppstå, vil kunne skape en utrygg ramme rundt arbeidssituasjonen. Dette er uheldig for utførelse av oppgaven, samarbeid mellom profesjonene og oppgavedelingen.

Vi vet at det å oppleve trygghet er et av våre mest grunnleggende behov, og en utrygg arbeidshverdag vil derfor kunne virke negativt inn på arbeidsmotivasjonen (Kaufmann & Kauffmann, 2016, s. 114-116).

Det er derfor en forutsetning, og nærmest en plikt, mener flere av informantene i begge profesjonsgruppene, at operasjonssykepleieren må være tydelig på egen kompetanse og egne grenser for overtagelse av oppgaver i situasjoner der dette kan skje. Operasjonssykepleierne legger da ansvaret over på kirurgen når det gjelder å bedømme om kompetansen er tilstrekkelig for å utføre den gitte oppgaven:

Ja, men da får jeg bare være ærlig med kirurgen på hvor er mitt kompetansenivå på dette inngrepet [...]. Så får jeg bare gjøre den oppgaven jeg blir satt til, om det så er å holde et brudd på strekk mens han setter skruer og sånn, eller om, eller om det er å holde haker eller [...] da får han, gjøre vurderinger på om min kompetanse er god nok, eller om han er nødt til å tilkalle forsterkninger på et annet hold. (OS)

Vi sitter igjen med et inntrykk av at operasjonssykepleierne selv ved planlagt drift har en sprikende opplevelse av ansvarsfordeling mellom egen profesjon og LIS på operasjonsstua. De vet at kirurgen har hovedansvaret, men er ikke like sikre på hva eget delansvar innebærer. Det vi ser er at oppgavedelingen de beskriver ikke har noen rammer i form av risikovurdering, ansvarsavklaring, kursing eller opplæring som sikrer kompetanse for oppgavene de skal overta. Dette øker usikkerheten med hensyn til hvor ansvaret for oppgavene skal plasseres (Helsepersonelloven, 1999).

Flere operasjonssykepleiere erfarer i liten grad kamp om LIS oppgavene. De erfarer heller ikke egne oppgaver truet, men det handler derimot om at de i enkelte tilfeller kan erfare at LIS trår inn på deres territorium ved for eksempel å forsyne seg av instrumenter. I slike tilfeller er de tydelige på at det ikke er greit, de irettesetter LIS og sier klart ifra om hvor grensen går for hva LIS kan involvere seg i av operasjonssykepleieroppgaver.

[...] hvis legene bryter inn i våre instrumenter og begynner å styre med de og sånn så blir det, så kan det bli veldig kaotisk. Så det er ikke bare for de å, det er ikke bare, altså å bare bytte roller heller. Sånn for det, man må jo liksom ha litt forståelse for hverandres oppgaver da i så fall. (OS)

Her beskriver operasjonssykepleieren en situasjon som oppleves som et overtramp fra LIS sin side. Et slikt overtramp tolker vi videre som en følelse av mangel på



respekt og forståelse for den annen profesjons oppgaver og ansvarsområde, i tråd med sosiale mønstre hvor det beskrives som overtredelse av normen (Fivelsdal & Bakka, 1998, s. 103). Operasjonssykepleieren blir ikke spurt eller rådført, og kan slik vi ser det, oppleve dette som maktbruk fra en yrkesutøver hierarkisk høyere i systemet. Egen autonomi og rett til å bestemme tilsidesettes. Dersom dette er situasjoner som gjentar seg, vil dette fort med tanke på mangel på autonomi og kontroll over eget arbeid, kunne dempe arbeidsmotivasjonen (Kaufmann & Kaufmann, 2016; Lai, 2017).

Operasjonssykepleierne forteller videre om erfaringer med å bli tilsidesatt i situasjoner der de som operasjonssykepleiere med lang erfaring skal utføre assistanseoppgavene, og det kommer inn en ny og uerfaren LIS som ønsker å gjøre de samme oppgavene. I slike situasjoner er det operasjonssykepleier som fullfører oppgavene, de kan da ha erfart at LIS ikke tolererer dette, men etter hvert som LIS blir mer kjent både med oppgavene og med reglene og driften på operasjonsstuen, går det seg til.

Alle operasjonssykepleierne er tydelige på at selv om de utvikler sin kunnskap og ferdighet knyttet til LIS sine oppgaver, kan de ikke erstatte LIS i situasjoner der LIS er aktivt med på operasjonsstua. De er oppmerksomme på, og klar over, LIS sitt opplærings- og utdanningsbehov.

Hele gruppen med LIS informanter forteller at det blir konkurrerende situasjoner hvis både LIS og operasjonssykepleier skal ha opplæring.

For det første så vet jeg ikke, er det liksom, er det virkelig nødvendig med formell opplæring av de [operasjonssykepleierne: vår merknad]? [...] hvis det er unge kirurger som også forventes å kunne føre kamera etter noen måneder så må jo de også få øve seg på det da blir det jo rett og slett en konkurrerende interesse da når man står der en sykepleier skal læres opp og en assistentlege skal læres opp på dagtid så vil jo begge holde kamera for å lære det, for hvis dere har fått det formalisert så er det liksom dere sykepleierne som liksom får prioritet da (nikker mot meg). (LIS)

LIS er opptatt av å få ting til å gå rundt og aksepterer at det å gi fra seg en oppgave kan gå på bekostning av opplærings situasjoner, hvis det ikke skjer for ofte. De forteller at uten opplæring blir man ikke kirurg og da kan man like godt

slutte. De ser derfor en ulempe ved oppgavedeling, da det kan skape en konkurranse ved opplæringsbehov for LIS og operasjonssykepleier.

Ja, det er vel det her med at man nødvendig vil gi fra seg operasjonstid, fordi vi har jo ganske strenge krav på hvor mange operasjoner man skal ha gjort og sånn, spesielt på større sykehus. (LIS)

For LIS er det naturlig nok viktig å kunne ta del i opplæring i sin utdanning og de vil ikke miste muligheten for det, selv om de også ser at operasjonssykepleiere kan bidra hvis de blir opplært.

Noe av det kunne nok sykepleierne gjort rent sånn effektiviseringsmessig, men da mister jo legene læringsarenaen sin, da vil de jo ikke kunne bli noe flinkere hvis de ikke er med på operasjonene. Da mister de en veldig viktig ting der. (LIS)

Ovenstående eksempler er etter vår oppfatning uttrykk, bevisst eller ubevisst, for en profesjonskamp, hvor jurisdiksjonen for en profesjon utfordres (Abbott, 1988). Det ligger forskjellige interesser i opplæring for LIS og operasjonssykepleier. For LIS handler opplæring om en del av en spesialisering utdanning de er avhengig av. I tråd med Abbott (1988) viser dette hvordan uoverensstemmelser mellom profesjonene innenfor organisasjonen kan oppstå, når LIS i kraft av sin profesjonsstatus utfører oppgaver nødvendig for egen utvikling, men som de senere kan overlate til operasjonssykepleierne. Operasjonssykepleierens interesse i opplæring ligger nok mere i å heve sin kompetanse for å mestre de oppgavene hun forventes å skulle utføre og fortsette med.

Tatt i betraktning at profesjonskamp av Helsedirektoratet (2013, a) ble lagt frem som en av de store hindringene for gjennomføring av oppgavedeling på en operasjonsstue, finner vi lite i våre intervjuer med LIS som vitner om en slik kamp. Det er riktignok elementer til stede og LIS er tydelige på at når operasjonssykepleier overtar LIS-oppgaver blir det en konkurranse om å lære seg enkelte oppgaver. LIS erfarer samtidig at operasjonssykepleieren har forståelse for LIS sitt behov for opplæring, og at kirurg prioriteres i tilfeller der det er tilstrekkelig med kirurgiske ressurser tilgjengelig på operasjonsstuen. Som nevnt tidligere ser de at operasjonssykepleiere vil ha behov for opplæring i assistanseoppgaver for lettere å kunne påta seg disse oppgavene i en situasjon der

dette er påkrevet, men de er tydelige på at kirurg må prioriteres i forhold til opplæring. Informantene har ikke erfart at opplæring av operasjonssykepleier har gått på bekostning av LIS. LIS sitt syn på opplæring av operasjonssykepleiere i assistentoppgaver går i retning av at de ikke skal ha opplæring i alle oppgaver tilhørende et operasjonsforløp. Det må, hevder de, være en viss fordeling.

[...] altså jeg er ikke kvalifisert, eller jeg har ikke noe opplæring i å leire eller å håndtere det bordet, å sette på støtter her og der og, beinstøtter og sånt noe. Nå har jo vi lært litt om hvor viktig det er i forhold til trykksår og skader som kan oppstå, og det har ikke vi opplæring i og jeg synes ikke nødvendigvis at vi skal ha opplæring i det, fordi at det, man må, det må liksom være en oppgavefordeling (LIS)

Her snakker LIS om at ikke å ha opplæring i alle operasjonssykepleieroppgaver, og at det heller ikke ansees å være nødvendig. På samme måte, hevder LIS, bør dette også gjelde i motsatt tilfelle. Forskjellene ligger i oppgavenes kompleksitet og alvorlighetsgrad, selv om det å leire pasienten feil kan føre til alvorlige skader for pasienten, vil nok både operasjonssykepleiere og LIS tenke at mer alvorlige feil kan oppstå dersom man ikke utfører kirurgiske oppgaver på en forsvarlig måte. For å runde av er vi igjen tilbake til hva LIS anser som oppgaver operasjonssykepleier kan dele med LIS. De ser på oppgaver som de selv ikke anser som kirurgiteknisk avanserte, eller inngripende i kirurgien, som oppgaver de gjerne deler med operasjonssykepleiere.

#### 4.3.3. Manglende kompetanse for nye oppgaver

Vi finner at en ulempe ved oppgavedeling er hvordan graden av gjennomførbarhet blant annet avhenger av operasjonssykepleierens kompetanse for oppgavene de forventes å overta. Dette gir informantene i begge profesjonsgruppene uttrykk for.

Det er jo det at du må være kompetent da. At det ikke blir forventet av nyutdannede. At [...] kirurgene forventer det samme av. At når det for eksempel blir avløst på stua og jeg må gå hjem og som har vært der og egentlig stått med dette veldig mye [...] så kommer det en helt nyutdannet. De må se at det er en forskjell i forhold til kompetanse, det kan jo være litt utfordrende og at de også må få sjans til å bli gode. (OS)

Under intervjuene forteller operasjonssykepleieren om episoder der de har erfart å overta oppgaver de på bakgrunn av manglende erfaring, opplæring eller kunnskap i utgangspunktet ikke har hatt kompetanse til å utføre, og hvordan dette har gitt negative opplevelser for operasjonssykepleieren involvert. Mangel på mestring hemmer arbeidsmotivasjonen og gir oss forklaring på de negative opplevelsene flere refererer til (Kaufmann & Kaufmann, 2016; Lai, 2017). LIS beskriver også frustrasjon ved manglende kompetanse hos operasjonssykepleieren, men de gir uttrykk for at de også forstår at operasjonssykepleierne mistrives med, og kvier seg for, å skulle overta oppgaver de ikke mestrer.

[...] jeg kan jo skjønne det at de synes det er litt ubehagelig i starten. De har ikke nektet, men de har vel, de har sagt at de ikke har så lyst til det og ikke har gjort det før, og det kan man jo forstå. Jeg synes jo det har løst seg hvis man gir de en litt introduksjon på det. (LIS)

Noen operasjonssykepleiere forteller at de demotiveres av oppgaver de ikke kjenner eller mestrer, når de må skifte til andre fagområder de ikke kjenner og blir engstelige for at kirurgen blir irritert og kjefter når de ikke gjør oppgavene slik det er forventet, eller at de gjør feil. Sjargongen på operasjonsstua kan være hard (Bailey et al., 2019). Selv om tøff språkbruk ikke er rettet mot personen, vil den harde sjargongen kunne oppleves som et angrep som igjen kan hemme arbeidsmotivasjonen.

Hvis man har møtt noe som kan føles at det var personangrep så blir man jo ikke så veldig motivert for å jobbe sammen med den legen før man har [...] før man har tatt en snakk om det. At; «det jeg opplevde der det var ikke greit [...] At ikke jeg skal holde tilbake noe jeg lurar på fordi at jeg er redd for at jeg skal få ett eller annet sånn; «herregud så dum du er» tilbake, den liker jeg ikke. (OS)

Den harde ordbruken tolker vi slik at operasjonssykepleieren plasseres i en underlegen posisjon, noe som ikke oppleves motiverende for oppgavene som skal utføres. Det er dette Orvik (2015) beskriver som en «varm» konflikt, der man (operasjonssykepleieren i dette tilfellet) kritiseres for utført arbeide på stedet. Det kan oppleves som en personlig kritikk, og at man ikke blir verdsatt.

Alle LIS informantene gir uttrykk for at de opplever at operasjonssykepleieren noen ganger vegrer seg for å ta nye oppgaver hun ikke mestrer, av frykt for utskjelling og redsel for å mislykkes.

De er vel litt redde for at de gjør noe feil også får de kjeft og sure kommentarer. Det er jo, har det vel vært en viss kultur for [...] at det er noen kirurger som kan ha litt kort lunte og litt skarp tone. Særlig hvis ting ikke går akkurat sånn som de vil. (LIS)

Operasjonssykepleierne forteller oss at det er uklare grenser i oppgavene som gir rom for at den ansatte kan bli presset utover egne kompetansegrenser, og gå på akkord med seg selv.

Nei det er jo det å bli pressa da, å bli pressa utover grenser og synes det skal være litt rom for at vi er litt forskjellige da. (OS)

Vi avdekker i vår undersøkelse at ovenstående eksempler på ulik og manglende kompetanse kan være en negativ konsekvens av oppgavedeling mellom operasjonssykepleiere og LIS, noe som igjen kan påvirke arbeidsmotivasjonen i negativ retning. Noen av informantene i operasjonssykepleiergruppen forteller hvordan de i slike tilfeller gleder seg til det kommer en LIS som kan overta oppgaven. Når LIS tar tilbake oppgaven, overtar de også ansvaret.

I likhet med operasjonssykepleierne forteller flere LIS om hvordan manglende kompetanse skaper et dårlig utgangspunkt for opplevelsen ved oppgavedeling. Dette viser seg ved at manglende kompetanse hos operasjonssykepleieren også gir LIS en opplevelse av frustrasjon og mangel på flyt.

Det er av og til at hvis det er vanskelige operasjoner så kan det skape litt frustrasjon når de ikke kan inngrepet og ting...da blir den flyten litt dårligere. (LIS)

Når flere LIS tidligere ga uttrykk for hvordan arbeidsformer og situasjoner der arbeidet flyter virket fremmede på arbeidsmotivasjonen, er det den motsatte situasjonen de her beskriver. Manglende kompetanse hos operasjonssykepleier vil da skape hindringer og mindre flyt under inngrepet, noe vi da tolker som en situasjon hvor LIS ikke kommer i flytsonen og da heller ikke opplever

motivasjonsskapende arbeidsforhold. Vi finner med andre ord at når kompetansen for LIS sine oppgaver ikke er på plass hos operasjonssykepleieren, vil oppgavedeling fort kunne hemme arbeidsmotivasjonen.

#### 4.4. Oppsummering funn

Vi vil her kort presentere våre hovedfunn:

A) Begge profesjonsgrupper har en uklar forståelse av oppgavedeling som begrep og hva det inneholder.

B) På bakgrunn av beskrivelser om oppgavedelingen, som varierende mellom planlagt og ad hoc, finner vi at det er to ulike typer oppgavedeling, formell og uformell.

C) Begge profesjonsgruppene erfarer positive og negative sider ved oppgavedeling.

B) og C) er de funn som relatert til vår problemstilling svarer ut hvordan oppgavedeling påvirker arbeidsmotivasjonen, og vi vil nå drøfte disse i neste kapittel.

## 5.0. Drøfting av hovedfunn

Vi vil i dette kapittelet se nærmere på hovedfunn som vi presenterte i kapittel 4, og drøfte disse opp mot teori. Gjennom datamaterialet har vi funnet at det er et markant skille mellom oppgavedeling som skjer formelt og uformelt, og at det påvirker informantenes arbeidsmotivasjon på ulik måte.

### 5.1. Formell og uformell oppgavedeling

I rapporter, blant annet fra Helsedirektoratet (2013 a & b), finner vi beskrivelser av oppgavedeling der oppgavedelingen innebærer et formelt skifte av arbeidsoppgaver mellom to profesjoner. Formell oppgavedeling innebærer at skiftet av oppgaver er nøye planlagt og risikovurdert for den part som overtar oppgaven. I tillegg vil opplæring og kursing før innføring av ny oppgave være gitt. I vårt datamateriale fant vi derimot at det også finnes en uformell oppgavedeling. Selve begrepet uformell oppgavedeling gjenfinnes ikke i litteraturen, men da vi fant at formen på oppgavedelingens utførelse, som informantene våre her beskriver, savner alle formaliserte rammer, har vi valgt å definere denne formen for oppgavedeling som uformell.

I vårt datamateriale, og som ett av våre hovedfunn, fant vi at uformell oppgavedeling ofte oppstår ad hoc, altså uten planlegging i forkant. Informantene i begge profesjonsgrupper beskriver at uformell oppgavedeling på operasjonsstuen oppstår ved mangel på ressurser som for eksempel tilstrekkelig antall kirurger til stede og knapphet på tid for å få gjennomført operasjonsprogrammet. Begge profesjonsgrupper er opptatt av ledelsens krav til gjennomføring av oppgaver innenfor et stramt tidsskjema. Dette kan redusere mulighetene for å håndtere uforutsette hendelser, uten samtidig å sprengre tidsskjemaet. Ved fravær av ansatte må arbeidsoppgaver omfordes slik at operasjonsprogrammet gjennomføres som planlagt og uten forsinkelser og overtid. Oppgavedeling oppstår derfor oftest ad hoc, og mangel på mulighet til å forberede seg på å utføre nye oppgaver i slike situasjoner er fraværende. Dette kan i tråd med det vi også finner i litteraturen skape frustrasjon, som igjen kan bidra til å dempe motivasjonen for arbeidet (Kaufmann og Kaufmann, 2016; Lindner, 1998; Sekhar et al., 2013).

Den uformelle oppgavedelingen ser vi springer ut fra de mer formelle effektiviseringsprosessene som informantene fra begge profesjonsgrupper har beskrevet. Disse effektiviseringsprosessene er blant annet innføring av standardiserte systemer som handler om tidsbesparelser i forbindelse med operasjoner og effektivisering av drift. Vi ser dette som formell oppgavedeling på bakgrunn av at ansatte involvert i prosessene var informert om endring av oppgaver og hvilke oppgaver de skulle gjøre. De har derimot sjelden selv vært med i planleggingsprosessen før selve innføringen. Der informantene har vært og er involvert i effektiviseringsprosesser som innebærer formell oppgavedeling, oppfatter vi at de tar med seg noe av denne arbeidsformen inn i andre situasjoner, der oppgavedeling ikke er formelt innført. Det fører ofte til at oppgavedeling oppstår ad hoc.

Ut fra datamaterialet viser det seg at informantgruppene foretrekker ulike former for oppgavedeling, som vi vil gå nærmere inn på nedenfor.

#### 5.1.1. Operasjonssykepleiere ønsker formell oppgavedeling

De store overordnede linjene i forhold til våre funn er at operasjonssykepleierne gir uttrykk for en positiv holdning til formell oppgavedeling, samtidig som de har en mer negativ holdning til uformell oppgavedeling. I den positive holdningen gir de uttrykk for at det i stor grad handler om utvikling av egen kompetanse i form av nye ferdigheter og kunnskap når de overtar oppgaver fra LIS, samt at de kan planlegge, og dermed skape en større forutsigbarhet i forhold til arbeidsoppgavene. Ved å overta nye oppgaver sikrer de seg muligheter for kompetanseheving som de under andre omstendigheter, og i en arbeidshverdag der LIS gjør alle assistanseoppgaver selv, kanskje ikke ville ha hatt. Kompetanse og muligheten for å bruke den, dekker ifølge Lai (2017, s. 154) behov relatert til mestring og egen mestringstro, tilhørighet og mening. Kompetansemobilisering handler om å gjøre den ansatte kompetent, samt å legge til rette for dette. Det er en tett sammenheng mellom kompetansemobilisering og indre motivasjon, samtidig som det dokumenteres en indirekte sammenheng mellom lav kompetansemobilisering og sykefravær (Lai, 2017, s. 154-155). Ansvar for kompetansemobilisering er primært et lederansvar da flere faktorer, styrende og



bestemmende for om den ansatte får brukt potensialet på en god måte, handler om faktorer som er utenfor den enkeltes kontroll. Det være seg faktorer knyttet til leder og ledelsesform, arbeidsmiljøet eller organisasjonens struktur (Lai, 2017, s. 156). Ved at operasjonssykepleierne sier ifra og ytrer behov for utvikling av kompetanse for å ta over LIS oppgaver, forsøker de å skape en mulighet hvor de kan påvirke egen arbeidshverdag og krav. Dette knytter vi opp mot den ansattes behov for kontroll over eget arbeid, som en av de få faktorene ansatte kan ha kontroll over.

Noen av operasjonssykepleierne gir uttrykk for at de gjerne tar over LIS oppgaver, mens andre er mer skeptiske og begrunner dette nettopp med manglende kompetanse for oppgaven. Informantene er opptatt av at det må være et samsvar og en form for likevekt mellom egen kompetanse og de krav som ligger til rollen og oppgaven. Skepsisen kan forklares med det vi i Lais teori (2017) finner om klarhet og forventninger til roller. Dersom ansatte erfarer høy rolleklarhet vil det kunne påvirke arbeidsinnsatsen i utførelsen av arbeidsoppgavene, og bidra til å fremme arbeidsmotivasjonen. Erfarer de på den andre siden at kravene ikke samsvarer med egen kompetanse, vil det kunne føre til stress og frustrasjon for den ansatte (Lai, 2017, s. 158-160). Dersom kravene blir urimelig store i forhold til ferdighetene vil det ifølge Csikszentmihalyis teori om flyt og flytsone kunne skape angst hos den ansatte (Nakamura & Csikszentmihalyis, 2009). Angst er ifølge Kaufmann og Kaufmann (2016) en ubetinget negativ opplevelse, som reduserer den enkeltes yteevne og prestasjoner i arbeidet. Dette kan igjen redusere arbeidsmotivasjonen (Kaufmann & Kaufmann, 2016, s. 87-112). Teorien samsvarer med det operasjonssykepleierne beskriver i forhold til at de kvier seg for å ta nye oppgaver, som de ikke føler seg kompetente til. Det er med andre ord ikke slik at selv om operasjonssykepleiere gir uttrykk for at de motiveres av å få nye og spennende oppgaver så innebærer det alle slags oppgaver. Lai (2017) hevder at dersom man får eller må overta oppgaver man har liten forutsetning for å løse eller mestre, så kan ikke det sammenlignes med å bli gitt muligheter som stimulerer arbeidsmotivasjonen. Det virker i slike tilfeller mot sin hensikt. Lai knytter dette opp mot at den ansatte blir gitt for stor autonomi, noe som kan skape negative effekter i form av mangel på mestring og redusert motivasjon (Lai, 2017, s. 169-170). Dette gir oss forklaringer på hvorfor

operasjonssykepleiere ønsker formalisering, de ønsker å heve kompetansen, men må ha opplæring.

Skjer oppgavedelingen ad hoc, kan det være de ikke mestrer oppgaven, samtidig som de ikke får avløsning for egne oppgaver, da blir det merarbeid. Det uformelle kan fungere i korte perioder, men ikke fast. Det samsvarer med det vi finner i beskrivelser fra LIS knyttet til merarbeid, der de også gir uttrykk for at man i korte perioder kan strekke seg langt, men at det over tid vil bli for mye og resultere i stress og sykefravær.

Slik vi tolker operasjonssykepleierne, karakteriserer ikke de det å dele oppgaver med LIS i innledning og avslutning som å miste oppgaver. De ønsker derimot hjelp og avlastning i en travel hverdag og tar med glede imot avlastning, men det gjelder kun dersom de selv kan bestemme at LIS skal overta, fordi de ønsker å beholde jurisdiksjonen over egne oppgaver. Dersom LIS overtar uten involvering av operasjonssykepleieren, oppleves det som ukollegialt og et overtramp. Det ligger altså noe selvmotsigende i dette. De vil ha hjelp, men skal selv bestemme når. Denne selvmotsigelsen virker for oss både naturlig, og som ventet i begge profesjonsgruppene, da alle ønsker og har behov for en viss form for kontroll.

Operasjonssykepleiere ønsker mindre uformell oppgavedeling, men de ønsker en formalisering og økning av egen kompetanse. I tillegg til den motivasjonen økt kompetanse med utvikling av kunnskap gir, kan man også gjøre seg mer attraktiv sett fra arbeidsgivers side ved at man lettere kan bli tilbudt andre roller og i tillegg stiller med et sterkere forhandlingskort generelt i jobben.

#### 5.1.2. LIS ønsker uformell oppgavedeling

Datamaterialet viser at LIS i motsetning til operasjonssykepleierne ikke ønsker formalisering av oppgavedelingen. Funnet begrunnes blant annet med at LIS gir uttrykk for merarbeid i de situasjonene de i dag beskriver at oppgavedeling forekommer planlagt. Vi finner i vår analyse at dette merarbeidet skaper et uheldig stress som kan hemme arbeidsmotivasjonen. Kaufmann og Kaufmann (2016) gjengir stressforskerne McGrath og Lazarus sin definisjon av stress som et individs muligheter og trusler de ikke er i stand til å håndtere. Gitt en slik

definisjon vil stress kunne sies å være ikke udelt negativt for den enkelte. Det handler om noen muligheter man blir gitt, som man ikke kan innfri. Stress kan også skjerpe sansene og oppmerksomheten over noe, og derfor kan man tenke at en grad av stress for profesjonsgruppene involvert i inngrep på operasjonsstuen, kan fremme prestasjoner og videre arbeidsmotivasjonen (Kaufmann & Kaufmann, 2016). Når vi i vår undersøkelse får beskrivelser av stress knyttet til oppgavedeling er det ikke med noe positivt fortegn. Negativt stress, som her beskrives, ved at man blir sliten og står i fare for å bli utbrent handler om situasjoner der belastningene i form av for mange oppgaver overstiger en terskel og resulterer i det teorien beskriver som svekket mestringsevne (Kaufmann & Kaufmann, 2016). Dette samsvarer med det vi også finner i Kanfer og Ackermans (1989) ressursfordelingsteori, der kravene overstiger grensen for egne ressurser og kapasitet for mestring. Stress som beskrevet i vårt materiale vil derfor både referert til stressforskning og arbeidsmotivasjonsforskning kunne hemme arbeidsmotivasjonen. Dette funnet er også i tråd med Csikszentmihalyis flyt-teori, der ubalansen mellom krav og evner skaper en tilstand av det de refererer til som angst, men som er i retning av det vi her gjenkjenner som stress (Nakamura & Csikszentmihalyis, 2009).

I datamaterialet finner vi ytterligere beskrivelser som forsterker vårt funn om at LIS ønsker mindre formelle rammer rundt oppgavedelingen. Ved at operasjonssykepleierne i større grad overtar LIS-oppgaver knyttet til assistansefunksjonen, frykter LIS at en større og videre formalisering vil kunne innebære at en del av deres læringsmuligheter forsvinner. LIS har behov for å utføre assistanseoppgaver som en del av utdannelsen, så selv om de erfarer god nytte av at operasjonssykepleier i enkelte situasjoner overtar disse og at det bidrar til å skape en flyt i arbeidet, ønsker de ikke dette innført som rutine. De beskriver et slikt scenario med stagnering i egen utdannelsesprogresjon som frustrerende og demotiverende. De mister læring og utvikling som to viktige motivasjonsfaktorer (Wiley, 1997), samtidig som autonomien over egen oppgaveutførelse og kontroll over arbeidsdag og utdanning hindres. En slik innskrenking av kontroll over egne oppgaver vil relatert til både arbeidsmotivasjonsforskningen og arbeidslivsforskning virke hemmende for arbeidsmotivasjonen (Kanfer et al., 2017; Karlsson, 2008). Deci og Ryans (1985a) selvbestemmelsesteori hevder

nøkkelen til indre motivasjon er følelsen av selv å bestemme over det man gjør. Ved ikke å praktisere og mestre oppgaver de har behov for i sitt utdannelsesløp, legges forholdene ikke til rette for kompetansemobilisering. Når LIS beskriver slike situasjoner som demotiverende, er det i tråd med Lais (2017) teori om sammenhengen mellom kompetanseutvikling og indre motivasjon.

Oppsummert finner vi at LIS, når de beskriver uformell oppgavedeling, ikke anser det å gi fra seg assistanseoppgaver til operasjonssykepleiere som noe tap, forklart ut fra at de da har andre, ofte mer utfordrende, oppgaver de da må gjøre.

Ved formell oppgavedeling vil derimot det å miste oppgaver kunne karakteriseres som et tap. Vi finner at de er positive til uformell oppgavedeling, der de får hjelp av operasjonssykepleiere til å gjennomføre inngrep, slik at det skapes flyt i arbeidet. LIS ønsker likevel ikke at økt kompetanse hos operasjonssykepleierne, som følge av formalisering med opplæring for denne gruppen, skal gå på bekostning av eget behov for opplæring. En slik situasjon vil kunne true jurisdiksjonen over oppgavene og skape grobunn for strid mellom profesjonene (Abbott, 1988).

Funnene i både operasjonssykepleiergruppen og LIS gruppen er, slik vi ser det, selvmotsigende.

LIS gir uttrykk for at de erkjenner at operasjonssykepleierne trenger en formalisering av oppgavedelingen for å sikre kompetanse for oppgaver de overtar fra LIS. Dette for å lette oppgavedelingen i ad hoc situasjoner, der LIS har behov for bistand og for å skape flyt, men de ønsker å beholde kontrollen og jurisdiksjonen over oppgavene. LIS tillater med andre ord assimilering, som beskrevet i Abbotts (1988) profesjonsteori.

### 5.1.3. Hvilken betydning har formell og uformell oppgavedeling for profesjonene

I de *formelle trekkene* i en organisasjon, der ledelsen setter nivået for produksjonen, gir flere informanter uttrykk for at det har medført et stort arbeidspress. Dette gjelder både ved formell og uformell oppgavedeling. Ved den formelle oppgavedelingen kan man tilrettelegge for det, mens det i den uformelle oppgavedelingen skal løses der og da. Profesjonsgruppene er uansett avhengige av

hverandre for å nå sine mål. I noen situasjoner på operasjonsstuen jobber gruppene hver for seg, mens de andre ganger jobber sammen i team for å nå målene. Dette skjer mer ved de uformelle trekkene, hvor profesjonsgruppene selv handler slik de mener er best. Da er det ingen formelle prosedyrer som bestemmer hvem som utfører hvilke oppgaver, og det tas interne avgjørelser i teamet på bakgrunn av tid, ressurser og kompetanse til rådighet. Dette gir et større samhold i teamet.

Ifølge Fivelsdal og Bakka (1998) oppstår gruppedynamikker der ansatte handler selv uten å bli styrt. Det er større rom for at gruppedynamikker som bidrar til samhold og positive følelser skal oppstå og blomstre i den uformelle formen for oppgavedeling. Dette kan derfor gi svar på hvorfor flere av informantene, til en viss grad, synes at det er greit med uformell oppgavedeling. Det er derimot en begrensning i forhold til kompetanse og uavklarte ansvarsforhold, som for operasjonssykepleierne reduserer samholdet og de positive følelsene. Formell oppgavedeling, gir større forutsigbarhet i forhold til avklaring av oppgaver og ansvar. For operasjonssykepleierne gir det en mulighet for å mestre arbeidsoppgaver som tildeles på arbeidsplassen. Ved å legge til rette for økt forutsigbarhet gjennom formell oppgavedeling gis operasjonssykepleierne muligheter for å mestre. At det er viktig, ikke bare for den enkelte ansatte å oppleve mestring, men også for organisasjonen som helhet, kommer fram gjennom forskning på mestringstro. Lai (2017) viser til noe av denne forskningen som finner at ansatte som erfarer mestring opparbeider seg en større mestringstro, noe som igjen påvirker både arbeidsinnsatsen og arbeidsresultatet. I motsatt fall vil ansatte som opplever å mislykkes få en lavere tro på egen mestring. Referert til ovenstående ser vi at mestring og opplevelse av å ha kontroll over egne oppgaver, er faktorer som kan fremme arbeidsmotivasjonen. De formelle rammene rundt oppgavedelingen gir operasjonssykepleierne en større grad av egen kontroll med oppgaver de har overtatt fra LIS. De har med andre ord en større autonomi. LIS gir ikke i samme grad uttrykk for at den formelle oppgavedelingen har noen betydning for deres mestringsfølelse, men gir derimot uttrykk for at de mister noe av den kontrollen de har over egne oppgaver, og med det får redusert egen kontroll og autonomi over enkelte oppgaver de utfører i det operative forløpet. De formelle rammene er avklart med ledelsen i organisasjonen. Høy grad av

oppgaveformalisering gjennom regler, retningslinjer og prosedyrer står i motsetningsforhold til høy grad av autonomi, og forklarer LIS sine utsagn her (Lai, 2017).

LIS gir uttrykk for at formalisering vil innebære at de må bistå og overta enkelte oppgaver fra operasjonssykepleiere i det innledende og avsluttende forløpet under en operasjon, og at dette vil gi dem et merarbeid de ikke ønsker. For operasjonssykepleierne vil den formelle oppgavedelingen gi avlastning og forutsigbarhet, samtidig som de kan planlegge mengden oppgaver i større grad.

Operasjonssykepleiere og LIS har gjennom intervjuene avdekket erfaringer og tanker knyttet til oppgavedelingens påvirkning av arbeidsmotivasjonen, både i formelle og uformelle rammer. For å utdype og forstå erfaringene er det nødvendig å se den enkelte ansattes svar knyttet opp mot at de i kraft av sine profesjoner er medlemmer i hver sin profesjonsgruppe, samtidig som de også er medlemmer i et tverrfaglig operasjonsteam. Vi må derfor se på gruppedynamikk og gruppenes roller i organisasjonen i sammenheng og i tilknytning til deres svar.

I vårt datamateriale finner vi at flere av informantene, særlig i gruppen av LIS, gir uttrykk for at kulturforskjeller kan være avgjørende for oppgavedeling.

Organisasjonskultur beskrives av Jacobsen og Thorsvik (2016) å være et av de uformelle trekkene ved organisasjoner. Forskere har vanskeligheter med å definere organisasjonskultur som et begrep (Hatch, 2001, s. 227). Begrepet er abstrakt og en definisjon som: «måten vi gjør tingene på her hos oss», sier lite om hva som konkret ligger i begrepet (Kaufmann og Kaufmann, 2016, s. 367).

Kaufmann og Kaufmann (2016, s. 367, s. 367) viser til organisasjonsforskeren Bang sin definisjon: «de sett av felles verdier, normer og virkelighetsoppfatninger som utvikler seg i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene». Det er altså noen særtrekk ved organisasjonen som gjør seg tydelige utover det formelle og strukturelle, der ansattes atferd uttrykker verdier og normer i organisasjonen (Haaland, 2019, s.343-344).

Vi stiller spørsmål ved om det at operasjonsstuen er operasjonssykepleierens arbeidsplass og LIS sitt læringsområde kan påvirke profesjonsgruppenes preferanser for formell eller uformell oppgavedeling. LIS sin spesialistutdannelse

foregår ved ulike avdelinger og innen ulike organisasjoner. Dette innebærer at de har ulik erfaring knyttet til sitt spesialområde, og at de har byttet arbeidsgivere og arbeidsplass flere ganger de siste årene. Informanten med kortest ansiennitet på nåværende arbeidssted har vært tilsatt der i ti måneder. Som ny i en avdeling skal man sosialiseres inn i den nye organisasjonen ved å lære nye kolleger å kjenne, skape tillitt og bygge relasjoner. *«Oppgaveflyten følger gjerne en annen logikk enn avdelingsinndelingen, og man må forstå hvordan ens egen rolle passer inn i dette større bildet for å kunne prioritere og justere egen oppgaveløsning»* (Haaland, 2019, s. 343). Dette kan gi oss en forklaring på hvorfor LIS erfarer oppgavedeling med operasjonssykepleiere ulikt, samt muligens også forklare hvorfor de uttrykker at de kvier seg for å ta over oppgaver fra operasjonssykepleiere. Det handler kanskje om et samspill mellom godt sosialiserte operasjonssykepleiere med lang erfaring og nye uerfarne LIS leger, som til tross for sin uerfarenhet i denne organisasjonen har en profesjon som hierarkisk er høyere stilt enn operasjonssykepleierne. Haaland (2019) skriver i sin bok om at hva som må læres av ny organisasjonskultur henger sammen med hvor «bred» stillingen man skal inn i er, og graden man har av autonomi i denne rollen (2019, s. 344).

Ved *uformelle trekk* i organisasjonen er handlingsrommet til de ansatte større, og profesjonsgruppens betydning og atferd har et større spillerom. Som en konsekvens av uformelle trekk i organisasjoner, der ansatte selv kan ta noen avgjørelser, kan ansatte som har erfaring med formell oppgavedeling ta med seg elementer fra denne inn i andre operasjonsavdelinger eller fagområder, hvor formell oppgavedeling ikke er så utbredt. Dersom oppgavedelingen formaliseres vil de ansattes spillerom begrenses, så selv om det alltid er uformelle trekk ved organisasjoner, så legges det begrensninger på de ansatte som igjen vil kunne virke demotiverende. Hvilken rådighet en som ansatt har til å ta egne avgjørelser er det de formelle og uformelle trekkene ved organisasjonen som styrer (Jacobsen & Thorsvik, 2016).

Ifølge Fivelsdal og Bakka (1998) er profesjonsgruppens mål blant annet effektivitet og suksess. Oppnår profesjonsgruppene det, arbeider de i tråd med hva ledelsen ønsker, og mot organisasjonens mål. Det er av stor betydning både for

organisasjonen og for den enkeltes arbeidsmotivasjon. Når vi i vår studie finner at ansatte i ad hoc situasjoner deler oppgaver for å utnytte ressursene og skape flyt i oppgavene, jobber de i tråd med organisasjonens mål. Beskrivelser av slike situasjoner som motiverende støttes av Fivelsdal og Bakkas (1998) teori som hevder at profesjonsgruppens mål om effektivitet, suksess og innfrielse av disse elementene har stor påvirkning på arbeidsmotivasjonen. Det ligger derimot som en forutsetning for at dette skal lykkes at de ansatte må ha et positivt forhold til ledelsen (Fivelsdal & Bakka, 1998). Erfarer de ansatte for stor grad av kontroll, vil gruppen og enkeltindividene i gruppen forsvare seg ved å trekke de seg. Dette forklarer for oss hvorfor enkelte ansatte i vår studie foretrekker uformell oppgavedeling, der kontrollen og styringen over gruppen fra ledelsen er mindre. En slik form på oppgavedelingen vil igjen kunne gi en bedre dynamikk i gruppen på operasjonsstuen. Gjennom gruppedynamikkene er ikke de ansatte motstandere av organisasjonen, men de skal vise at de mestrer organisasjonens krav. Ved uformell oppgavedeling får de ansatte større styring og kontroll over egne oppgaver, og de vil da, referert til Fivelsdal og Bakkas (1998) teori om gruppens betydning for arbeidsmotivasjonen, kunne erfare at denne fremmes. Gjennom å nå sine mål oppnår de anerkjennelse og verdsettelse fra andre medlemmer i organisasjonen og ledelsen. Ved formell oppgavedeling vil kravene fra ledelsen og organisasjonen for den enkelte i gruppen kunne bli for store, enten i form av økt arbeidsmengde eller ved at den enkelte for å opprettholde status og medlemskap i gruppen, går på kompromiss med egne verdier. Sett i lys av Fivelsdal og Bakkas (1998) teori om gruppedynamikk kan vi finne forklaringer på hvorfor enkelte ønsker oppgavedeling i en mer uformell form, der ansatte selv styrer. Når vi i vårt datamateriale, finner at operasjonssykepleiere foretrekker formalisering og styring, blir det vanskeligere å forklare sett ut fra denne teorien. Man kan tenke at det skyldes at den demotiverende følelsen det er ikke å mestre oppgaveutførelse, eller å miste litt av eierskapet til egne oppgaver som en annen profesjonsgruppe overtar, overgår den positive verdien det er å være mer selvstyrt. Likevel kan man også tenke at det skyldes en lojalitet overfor andre medlemmer i samme profesjonsgruppe, som også kjenner på den manglende mestringsfølelsen og usikkerheten. At enkelte operasjonssykepleiere finner elementer ved den uformelle formen for oppgavedeling ønskelig gjennom for eksempel spennende oppgaver og variasjon, kan måtte vike da andre i samme profesjonsgruppe ønsker



formalisering i form av å sikre rett kompetanse før overtagelse av oppgaver. Egen profesjonsgruppes normer blir da viktigere enn gruppen man er medlem av som en del av operasjonsteamet med LIS. Sett i forhold til Fivelsdal og Bakkas (1998) teori kan dette forklares med de sterke kreftene som er mellom medlemmer i grupper. Operasjonssykepleiere som gir uttrykk for at de synes det er spennende å overta oppgaver fra LIS, selv uten formell opplæring, gir allikevel uttrykk for at de ønsker en formalisering med sikring av opplæring for hele operasjonssykepleiergruppen. Vi ser da at tilhørigheten til profesjonsgruppene trumfer den tverrfaglige gruppen.

Informantene i begge profesjonsgrupper forteller at oppgavedeling er motiverende når det gir mestring og flyt i oppgavene og arbeidshverdagen. Formell oppgavedeling påvirker operasjonssykepleierens arbeidsmotivasjon i positiv retning gjennom opplæring, som gir økt kunnskap og kompetanse i deres arbeidsoppgaver. Gjennom planlegging skaper det en forutsigbarhet og trygghet i arbeidshverdagen, som relatert til arbeidsmotivasjonsteorien vil kunne fremme arbeidsmotivasjonen (Kanfer et al., 2017).

#### *Jurisdiksjon og motivasjon*

Profesjonene har sammenfallende oppgaver, men de ser forskjellig på dem og er usikre på hvem som er eiere av oppgavene, noe som fører til at de gjør individuelle vurderinger. Ifølge Abbot (1988) kan det gjøre jurisdiksjonen svak, og åpne for kamp om jurisdiksjonen.

Det at profesjonsgruppene har ulike ønsker når det gjelder rammene rundt oppgavedelingen gjør at vi ser hvordan det her kan oppstå en profesjonskamp og intern konkurranse om oppgavene. Dette er i tråd med Abbots (1988) teori om profesjonssystemer. Innenfor de formelle rammene der jurisdiksjonen er tydelig og ansvarsforholdene er avklart vil det ikke skape strid eller konkurranse mellom profesjonene, men innenfor de uformelle rammene blir oppgaver delt på tvers av profesjons- og jurisdiksjongrensene (Abbott, 1988).

Ifølge Abbot (1988) handler profesjonskampen om hvem som vil ha kontrollen over hvilke oppgaver. Den sentrale virkeligheten i profesjonslivet er kontroll over

oppgavene. Oppgavene etableres og opprettholdes etter krav fra offentligheten, rettssystemet og arbeidsplassen. Hvis det er for mange arbeidsoppgaver tilknyttet en profesjonsgruppe, kreves det at en annen profesjonsgruppe må utføre disse (Abbot, 1988). Dette er i tråd med funn fra våre informanter i begge profesjonsgrupper, som forteller hvordan de støtter hverandre i å nå oppgavekravene når arbeidskravene og oppgavemengden økes.

Ved den underordnede formen for jurisdiksjon vil operasjonssykepleierne, ifølge Abbot (1988), instrueres til å ta oppgaver fra LIS. Nancarrow og Borthwick (2005) ser dette som vertikal substitusjon. Operasjonssykepleieren utfører oppgaven, i form av det Abbott (1988) kaller assimilering, hvor det er LIS som innehar den overordnede kunnskapen på feltet (det Abbott kaller det abstrakte kunnskapssystemet over oppgaven), og herved den dominerende jurisdiksjonen. Referert til dette, ser vi at der operasjonssykepleierne ønsker formalisering av oppgavedeling, så utfordrer de jurisdiksjonen til legene når de ønsker å inneha jurisdiksjonen over de oppgavene de blir bedt om å utføre. Det er i dette spenningsfeltet vi ser profesjonskampen utspille seg mellom operasjonssykepleierne og LIS. Abbott (1988) påpeker at jurisdiksjoner svekkes ved at eksterne krefter, som for eksempel krav om effektivisering i den Nasjonale helse og sykehusplanen, forstyrrer profesjonssystemet. Vi ser at oppgavedeling kan påvirke og utfordre gamle jurisdiksjoner.

Sett i tråd med Abbotts teori (1988), der jurisdiksjonskrav blant annet også må fremmes rettslig, ser vi at Helsepersonelloven (1999) kan åpne for en tolkning av delegering av oppgaver og hvem som eier ansvaret for oppgavene. Vi oppfatter at Helsepersonelloven (1999, §4 & §5), med lovens kommentarer, kan gi uttrykk for uklare linjer rundt hvem som har ansvar, og videre skape usikkerhet i forhold til ansvarsfordeling. Vi gjenkjenner dette i operasjonssykepleiernes beskrivelser når de ved overtagelse av oppgaver fra LIS gir uttrykk for uavklarte ansvarsforhold, usikkerhet over eget ansvar, kvalifikasjonskrav og grensesetting for den ansatte. Samtidig opplever vi at LIS informantene har en tydeligere avklart forståelse rundt den faglige og juridiske ansvarsfordelingen, noe vi tror kan skyldes at de i sin profesjonsutdanning og som overordnet i jurisdiksjonssystemet, har en større innføring og forståelse med lovverket.

I en profesjonskamp vil det ifølge Abbots teori være den som har full jurisdiksjon, i denne situasjonen LIS, som kan bruke sin brede kunnskap til å dominere en underordnet jurisdiksjon, altså operasjonssykepleierne (Abbot, 1988). Sett i lys av Abbots teori (1988) er det vårt inntrykk at en mulig profesjonskamp for operasjonssykepleierne handler om at de ønsker jurisdiksjon over oppgaver de i dag overtar fra LIS, mens det for LIS handler om frykt for tap av læringsmuligheter og ikke tap av arbeidsoppgaver.

Under intervjuene med våre informanter avdekker vi at operasjonssykepleiere setter som en forutsetning for at oppgavedeling for dem skal være motiverende, at de formelle rammene må være på plass. Det innebærer slik vi ser det at de ønsker en avklaring i forhold til jurisdiksjonen over oppgaver de i dag deler med LIS. Usikkerheten rundt dette gjør derfor at denne kampen, som følge av lite rollesansvar og rolleklarhet, kan virke demotiverende (Lai, 2017). For LIS virker ikke profesjonskampen i like stor grad å være demotiverende, men det at operasjonssykepleiere ønsker formalisering og overtagelse av jurisdiksjon over oppgavene, kan oppleves som truende og vil av den grunn kunne hemme arbeidsmotivasjonen. Hva skjer dersom operasjonssykepleiere overtar denne jurisdiksjonen? Hvem vil da stå ansvarlig for opplæring av LIS? Oppgavedeling kan dermed true jurisdiksjonen, ikke bare på det faglige, men også på det offentlige og juridiske plan. Profesjonskamp, som følge av oppgavedeling, vil slik vi ser det, og med støtte fra Abbott (1988), kunne oppstå mellom LIS og operasjonssykepleiere på operasjonsstuen. En slik profesjonskamp vil etter dette kunne påvirke arbeidsmotivasjonen i negativ retning.

## 5.2. Positive og negative sider ved oppgavedeling

Vi finner i vårt datamateriale at oppgavedeling på bakgrunn av om det er formelle eller uformelle rammer, både fremmer og hemmer arbeidsmotivasjonen.

### 5.2.1. Profesjonsgruppenes samhold påvirker arbeidsmotivasjonen

Vår studie viser at uformell oppgavedeling bidrar positivt i samholdet og arbeidsmiljøet dersom oppgavene mestres og operasjonsteamet opplever flyt. Derimot hindrer mangel på kompetanse for oppgaver flyt.

I datamaterialet identifiserte vi at oppgavedeling har ført til en ny arbeidsform i operasjonsavdelingen og på operasjonsstuen. I denne arbeidsformen jobber informantene tverrfaglig og oppnår større forståelse for hverandres oppgaver. Studien viser at begge profesjonsgrupper er opptatt av kompetanse, kompetanseheving og trivsel på arbeidsplassen gjennom et godt arbeidsmiljø. Analysen av datamaterialet avdekket flere faktorer ved oppgavedeling som kan påvirke arbeidsmotivasjonen. Vi fant at oppgavedeling gjennom spennende og varierte oppgaver for operasjonssykepleierne ga muligheter for økt kompetanse og økt arbeidsmotivasjon, både gjennom læring, utvikling og mestring. Dette er i tråd med tidligere forskning og studier gjennom flere tiår på arbeidsmotivasjonsfeltet, som angir noen universelle og høyt verdsatte motivasjonsfaktorer å være: «opplæring og utvikling», «jobbtilfredshet», «gode arbeidsvilkår», «godt arbeidsmiljø», «mestring» og «interessant arbeid» (Sekhar et al., 2013; Wiley, 1997). I tillegg fant vi at når profesjonsgruppene beskrev faktorer som økt kollegastøtte og en opplevelse av å være til nytte gjennom eget bidrag ved oppgavedelingen, var det faktorer som var med på å bedre og styrke arbeidsmiljøet. Arbeidsmiljøet er, i tillegg til flyt, faktoren med størst positiv innvirkning på arbeidsmotivasjonen knyttet til oppgavedelingen. Disse funnene gjenfinner vi i arbeidsmotivasjonsforskningen som noen av de mest betydningsfulle faktorene for ansattes arbeidsmotivasjon. Tidligere studier knytter faktorene: «gode relasjoner med kolleger» og «delaktighet, eller følelsen av å bli tatt med på avgjørelser og være til nytte» som fremtredende motivasjonsfaktorer (Damij et al., 2015; Lindner, 1998; Sekhar et al., 2013; Wiley, 1997). Vi finner videre at mestring, som er en viktig motivasjonsfaktor for begge profesjonsgrupper, gir en bekreftelse og anerkjennelse for den enkelte, som igjen kan styrke arbeidsmotivasjonen. Denne bekreftelsen oppnås både gjennom egen mestringstro, som referert til Lai (2017) er viktig for indre motivasjon, og gjennom anerkjennelse fra kolleger og ofte også fra leder. Anerkjennelse handler, ifølge Klemsdal (2008), blant annet om at man gir hverandre tro på hverandre.

Dette hevder han videre først og fremst skjer gjennom praksis, og ikke gjennom verbale tilbakemeldinger. I vår analyse av oppgavedelingens påvirkning av arbeidsmotivasjonen, er det ingen som eksplisitt anvender begrepet anerkjennelse, men vi gjenkjenner dette gjennom de beskrivelsene som gis av deltagelse i operasjonsteamet, flyt på operasjonsstuen, samhold og godt arbeidsmiljø. De gir uttrykk for at de føler seg sett og bekreftet i praksis, og selv uten verbale tilbakemeldinger og formidlet erfaring om dette, gjenkjenner vi, i tråd med Klemsdal (2008), dette som anerkjennelse. Anerkjennelse for utført arbeid er også en av de universelle motivasjonsfaktorene som er høyest verdsatt blant alle ansatte (Damij et al., 2015, Lindner, 1998; Sekhar et al., 2013; Wiley, 1997).

### *Flyt fremmer motivasjonen*

Ut over de nevnte faktorene som informantene gir uttrykk for at kan gi positive opplevelser både ved formell og uformell oppgavedeling, opplever vi at begge profesjonsgruppene anvender begrepet «flyt» når de beskriver gode erfaringer med oppgavedeling. At «flyt» virker å være ofte anvendt og innarbeidet begrep hos våre informanter finner vi interessant, men ikke overraskende, tatt i betraktning styringsformen i norske sykehus med fokus på strømlinjeformede og effektive behandlingsforløp (Ingvaldsen et al., 2012). I denne sammenhengen tolker vi at profesjonsgruppene snakker om «flyt» i arbeidsoppgaver, pasientforløp og drift. Den amerikanske psykologen Csikszentmihaly beskriver flyt-begrepet som en svært fokusert mental tilstand, eller som en intenst positiv opplevelse man har knyttet til oppgaver og arbeidsengasjement. Han kaller det en «peak experience» (Kaufmann & Kaufmann, 2016, s. 51-51; Nakamura & Csikszentmihalyi, 2009, s. 89-102). Flyt referer, slik vi oppfatter det, til mentale mekanismer og søker å forklare hvordan individer kan oppnå slike topp-opplevelser. Her ser vi hvordan begrepet er adaptert inn i organisasjonen, der ansatte snakker om og jobber mot en flyt i oppgaveutførelsen, pasientforløpet og organisasjonens drift. Det virker for oss som at begrepet, hentet fra psykologien i denne sammenhengen, brukes om arbeidslivsprosesser og oppgaveløsning, men at det slik som det er brukt gir en god illustrasjon og forklaring på hva de legger i det. Vi ser ikke bort fra at flyt i oppgavene skaper nettopp denne topp-opplevelsen

med flyt, som Csikszentmihaly beskriver i sin teori (Nakamura & Csikszentmihaly, 2009). Der operasjonssykepleiere beskriver mestring som motiverende i form av nye oppgaver og kompetanseheving innen fagfeltet, er det i situasjoner med erfaring av flyt i arbeidet at LIS gir uttrykk for mestringsfølelse knyttet til oppgavedeling. LIS opplever ikke nye oppgaver de overtar fra operasjonssykepleiere som spennende, og de får ingen mestringsopplevelse med positiv påvirkning på arbeidsmotivasjonen gjennom dette. Vi oppdaget i vårt materiale, at i den grad LIS motiveres av mestring knyttet til oppgavedeling er det relatert til opplevelsen av flyt.

### 5.2.2. Kontroll over egne oppgaver

I vårt datamateriale finner vi at begge profesjonsgruppene gjennom oppgavedeling får en større forståelse for andre profesjoners oppgaver i teamet, og at de ser hverandre på en annen måte. De gir beskrivelser av at oppgavedelingen skaper en flatere struktur i operasjonsteamet. Den hierarkiske inndelingen av operasjonsteamet med kirurgen på topp innebærer skjevheter i fordeling av myndighet, autoritet, makt og prestisje (Leonardsen, 2015). En flatere struktur vil derfor jevne ut disse skjevhetene, og lette det tverrfaglige samarbeidet. Det informantene her gir uttrykk for støttes blant annet av funn i en undersøkelse om tverrfaglig samarbeid (Leonardsen, 2015), som poengterer nettopp hvordan hierarki på operasjonsstuen skaper et sprik mellom teamarbeid og samarbeid på operasjonsstuen. I kraft av å være lederen av operasjonsteamet har legen en større grad av autonomi under avgjørelser som tas både over egne og andres oppgaver. Gjennom en flatere struktur vil operasjonssykepleierne kunne erfare mer frihet til å gjøre oppgavene slik de selv vil innenfor faglige standarder med bruk av egen kunnskap. Autonomi, som et grunnleggende psykologisk behov, beskrives av Karlsson (2008) å være det mest sentrale for et individs opplevelse av verdighet. Lai (2017) ser autonomi, ikke bare som en viktig driver for mobilisering av egen kompetanse, men som helt nødvendig for motivasjonen for arbeidet, da det er en sterk sammenheng mellom autonomi og indre motivasjon, som forklart i innholdsorienterte motivasjonsteorier (Deci et al., 1999; Lai, 2017). Når operasjonssykepleierne beskriver hvordan det økte samholdet i operasjonsteamet

virker positivt og bidrar til å styrke både arbeidsmiljøet og arbeidsmotivasjonen, tolker vi det slik at dette handler om deres muligheter for selv å kunne regulere egen atferd og egne oppgaver på operasjonsstuen i større grad. Til tross for at autonomi er et psykologisk grunnleggende behov, er det individuelle variasjoner i graden av behov for dette (Lai, 2017). Det betyr at ikke alle har behov for høy grad av autonomi, og får man for stort spillerom kan det for personer som motiveres av lavere autonomigrad kunne dempe motivasjonen hvis valgmulighetene blir for store. Man kan da føle seg rådvill og utrygg. Dette kan gi oss forklaringer på hvorfor ikke alle informanter uttrykker begeistring over å bli gitt en større frihet gjennom økt tverrfaglig samarbeid og nye oppgaver (Lai, 2017).

Datamaterialet viser at LIS gir uttrykk for at både formell og uformell oppgavedeling, under forutsetning av at ansatte involvert i operasjonsteamet har kompetanse til å utføre oppgaver de overtar, gir bedre samarbeid og samhold. Til tross for at LIS i situasjoner med en flatere organisasjonsstruktur erfarer en utjevning i forhold til makt og grad av autonomi på operasjonsstuen, opplever de fortsatt å være leder i operasjonsteamet og beholder på den måten jurisdiksjonen over oppgavene og autonomien som er viktig for motivasjonen.

Vi finner at LIS er negative til formell oppgavedeling og en bredere innføring av dette, samt at de foretrekker den uformelle oppgavedelingen. Vi ser hvordan formell oppgavedeling med styring gjennom formelle organisasjonstrekk (Jacobsen & Thorsvik, 2016), fratrar LIS noe av deres egne muligheter til selv å regulere oppgavenes mengde og innhold. Den negative innstillingen overfor formell oppgavedeling, kan slik vi ser det handle om en innskrenkning av autonomien over egen arbeidshverdag, og frykten for å miste deler av læringsmuligheten. Dette vil da, referert til arbeidsmotivasjonsteorien, virke dempende på indre motivasjon og arbeidsmotivasjonen (Karlsson, 2008; Lai, 2017). Referert til flyt-modellen, kan reduksjon i autonomi over egne oppgaver, som de i sin spesialistutdannelse har behov for, dempe utfordringene og kravene (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2009). LIS vil kunne erfare at ferdighetene overstiger nye oppgaver de overtar fra operasjonssykepleiere, og det blir en forskyving i forholdet mellom krav og kompetanse. Dette kan gjøre at LIS ikke lenger befinner seg i flyt-sonen, men får en generell opplevelse av kjedsomhet.

Dette vil igjen kunne påvirke arbeidsmotivasjonen i negativ retning (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2009). Ved den uformelle oppgavedelingen har LIS en høyere grad av autonomi, og kan i større grad ta avgjørelser knyttet til hvem som skal utføre hvilke oppgaver. Det gir en mer samstemthet mellom krav og kompetanse. De vil igjen erfare å være i flyt-sonen. I datamaterialet ser vi at LIS sine beskrivelser av oppgavedelingens påvirkning av arbeidsmotivasjonen, blant annet, kan forklares ut fra grad av autonomi. En medarbeider som ikke får brukt sitt fulle potensiale vil relatert til teori om kompetansemobilisering oppleve et misforhold mellom eget potensiale og mulighetene for å bruke dette. Det kan igjen føre til redusert motivasjon, svekket arbeidsinnsats og tro på egen mestring (Lai, 2017).

Ser vi videre på operasjonssykepleierne, vil den individuelle kompetansen være avgjørende for i hvilken grad de erfarer flyt i arbeidsoppgavene og samarbeidet i operasjonsteamet. Vi har avdekket at kompetanse er en viktig faktor for graden av både formell, og uformell oppgavedeling. Dersom operasjonssykepleier ikke innehar tilstrekkelig kompetanse for oppgavene som overtas fra LIS, blir kravene for store sett i forhold til kompetansen, og man vil relatert til flyt-teorien erfare stress og spenning. Det vil igjen kunne være demotiverende (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2009). Vi finner i vårt datagrunnlag at flyt er motiverende, men samtidig at flyt krever rett kompetanse for de involverte i operasjonsteamet og en tilstrekkelig grad av autonomi over utførelse av egne oppgaver. Graden av autonomi varierer ut fra om det er formell eller uformell oppgavedeling. På samme måte som flyt-modellen kan gi oss forklaringer på informantenes erfaringer med oppgavedelingens påvirkning av arbeidsmotivasjonen, kan vi finne forklaringer i ressursfordelingsteorier der ansatte som erfarer for høye krav og oppmerksomhet rettet mot nye oppgaver vil kunne oppleve at disse ressursene tappes og motivasjonen reduseres (Kanfer et al., 2017). Både formell og uformell oppgavedeling kan derfor fremme arbeidsmotivasjonen, men kan samtidig i situasjoner der mangel på kompetanse skaper hindringer og dårlig flyt, hemme arbeidsmotivasjonen. Flyt er en viktig motivasjonsfaktor for begge informantgruppene.



### 5.2.3. Mengden av oppgaver

Studien viser at oppgavedeling tidvis medfører for stor arbeidsmengde og arbeidsbelastning. Vi finner at ansatte i kortere perioder kan akseptere merarbeid, men merarbeid over tid, eller innført permanent, blir for mye, og aksepteres i mindre grad. Flere av informantene i begge profesjonsgruppene fortalte om og var opptatt av, at medarbeidere og kolleger var slitne og lei krav om stadig effektivisering og økning av oppgaver. Som følge av dette, og relatert til teorier om likevekt mellom krav og ressurser, rolleavklaring og rolleforventninger, samt mangel på egen kontroll over arbeidsmengden, ser vi hvordan dette vil kunne virke hemmende for arbeidsmotivasjonen (Lai, 2017; Nakamura & Csikszentmihalyi, 2009).

Datamaterialet viser til tross for dette at informantene, ikke bare er villige til, men også strekker seg langt for å imøtekomme krav om oppgavedeling på tross av at det innebærer merarbeid og dobbeltarbeid, og det som, relatert til ressursfordelingsteorien, handler om å gå ut over egen ressurskapasitet (Kanfer et al., 2017). Ved å være medlem i en profesjonsgruppe får man anerkjennelse og verdsettelse fra andre i profesjonsgruppen og operasjonsteamet. Dette kan være så viktig for den enkelte, at man strekker seg langt for å opprettholde medlemskapet. Forklaringer på dette finner vi blant annet i Fivelsdal og Bakkas (1998) teori om gruppens betydning for den enkelte. Dette samsvarer med funn som tidligere har fått en grundigere omtale i tilknytning til uformelle trekk ved organisasjoner (kap. 5.1.3). Vi ønsker her å knytte det sterkere opp mot arbeidsmotivasjonens påvirkning ved oppgavedeling mellom profesjonsgrupper på operasjonsstuen. Medlemskapet i en slik gruppe gjør at individene tilpasser seg de normene og verdiene som gjelder, og atferden og handlingene gjenspeiles i disse. I motivasjonsteorien ser man innenfor gruppen av kontekstorienterte motivasjonsteorier på karaktertrekk ved jobben som betydningsfulle for arbeidsmotivasjonen. Der finner man blant annet at samhold i grupper og team øker arbeids -utførelsen og -motivasjonen (Kanfer et al., 2017). Når våre informanter beskriver samholdet i og på tvers av profesjonsgruppene, og den positive effekten dette har for arbeidsmiljøet, fant vi, relatert til motivasjonsteorien, hvordan dette kan fremme arbeidsmotivasjonen og gi forklaring på informantenes positive opplevelser.

Fivelsdal og Bakka (1998) definerer en gruppe preget av sterkt samhold og høyt engasjement for en «effektiv gruppe». Slike effektive grupper virker tiltrekkende på nye medlemmer på bakgrunn av at de har sterkt samhold i form av stor suksess og gode resultater (Fivelsdal & Bakka, 1998). Sett i lys av dette kan det gi oss forklaringer på hvorfor informantene i situasjoner der arbeidsmengden beskrives å være for stor, likevel strekker seg langt for å opprettholde gruppens normer og forventninger. Lai (2017) beskriver slik atferd for ekstrarolleatferd, der ansatte ut fra egen vilje utfører handlinger og oppgaver for å hjelpe andre kolleger. Slik ekstrarolleatferd gagnar organisasjonen, men også den som utfører ekstraarbeidet gjennom blant annet anerkjennelse og sosial støtte fra kolleger. Som medlem i en profesjonsgruppe vil man derfor, relatert til teorier både om grupper og motivasjon, strekke seg langt for at gruppens dynamikk skal være effektiv (Kaufmann & Kaufmann, 2016).

Resultatene fra dataanalysen viser at begge profesjonsgruppene ser oppgavedeling som positivt når en som ansatt, både enkeltvis og som medlem i en profesjonsgruppe og et operasjonsteam, bidrar til å nå organisasjonens mål. Dette beskrives av informantene ved at de gjennom delaktighet får en følelse av å være til nytte, og at man blir anerkjent for den jobben man gjør. Anerkjennelse handler, utover en bekreftelse fra andre om å bli møtt på tre grunnleggende behov: psykisk og fysisk trygghet, å bli verdsatt og å bli rettferdig behandlet for det arbeid man gjør (Klemsdal, 2008). Anerkjennelse fremmer arbeidsmotivasjonen, noe som støttes i forskning og teori (Lindner, 1998; Sekhar et al., 2013; Wiley, 1997). Vi fant derfor at for begge profesjonsgruppene vil oppgavedeling kunne fremme arbeidsmotivasjonen når målet med deling av oppgaver, økt effektivitet og pasienttilfredshet, nås.

## 6.0. Oppsummering og konklusjon

I denne masteroppgaven har vi beskrevet ansattes erfaringer med oppgavedeling på en operasjonsstue. Vi har konsentrert oss om de to profesjonene operasjonssykepleiere og LIS (lege i spesialisering), med mål om å forstå hvordan den enkeltes arbeidsmotivasjon kan påvirkes av oppgavedeling.

På bakgrunn av funn, analyse og drøfting av vårt datamateriale, vil vi oppsummert svare på forskningsspørsmål og problemstillingen før vi konkluderer våre funn, og avslutningsvis trekker frem den overføringsverdien vi mener egen forskning kan ha. Til sist vurderer vi andre muligheter innen forskningsfeltet.

### 6.1. Hvilken kjennskap har den ansatte til oppgavedeling på en operasjonsstue

Både operasjonssykepleierne og LIS gir uttrykk for en uklar og ulik forståelse knyttet til begrepet oppgavedeling. På den ene siden gir de i begge profesjonsgruppene uttrykk for at det er klare grenser for hvem som gjør hva, på den andre siden kommer de med beskrivelser som viser at oppgavedeling faktisk foregår i større grad enn de kanskje først har tenkt over.

### 6.2. Hvilke erfaringer har den ansatte med oppgavedeling på en operasjonsstue

Begge profesjonsgrupper gir ulike beskrivelser knyttet til erfaringer med oppgavedeling. Ut fra disse beskrivelsene identifiserer vi en ny arbeidsform med oppgavedeling, samt at denne arbeidsformen med oppgavedeling ikke bare foregår formelt, men også uformelt. Begge profesjonsgrupper gir beskrivelser av oppgavedeling som en arbeidsform som oppstår for å effektivisere driften og utnytte ressursene. Graden av oppgavedeling mellom operasjonssykepleiere og LIS påvirkes av tilgjengelige ressurser i form av kirurger til stede, tidspress og kompetanse.

### 6.3. Kan oppgavedeling fremme arbeidsmotivasjonen?

Oppgavedeling kan bidra til å fremme arbeidsmotivasjonen for begge profesjonsgrupper, da den kan bidra positivt til arbeidsmiljøet ved å skape bedre «flyt» i arbeidet. Operasjonssykepleierne får i tillegg en opplevelse av å være mer til nytte, samt en opplevelse av læring og utvikling gjennom nye og varierte oppgaver.

### 6.4. Kan oppgavedeling hemme arbeidsmotivasjonen?

Oppgavedeling kan virke hemmende på den enkeltes arbeidsmotivasjon. Begge profesjonsgrupper opplever at oppgavedeling medfører merarbeid, og at utydelige profesjongrensener og usikkerhet knyttet til ansvarsforhold kan skape en profesjonskamp som kan virke hemmende på arbeidsmotivasjonen. Begge profesjonsgrupper erfarer også at manglende kompetanse og mangel på mestring, ved overtagelse av nye oppgaver i forbindelse med oppgavedeling, kan hemme arbeidsmotivasjonen.

### 6.5. Oppgavedelingens påvirkning av arbeidsmotivasjonen

Vi har nå besvart forskningsspørsmålene konkret, og presentert funn og drøfting som i sum kan bidra til å belyse studiens hovedfunn og svar på problemstillingen.

Vår problemstilling i denne studien er:

*«Hvordan påvirkes arbeidsmotivasjonen til operasjonssykepleiere og leger i spesialisering ved oppgavedeling på en operasjonsstue?»*

Oppsummert fant vi at arbeidsmotivasjonen påvirkes av oppgavedeling, og at arbeidsmotivasjonen påvirkes ulikt for profesjonene operasjonssykepleier og LIS.

Hovedfaktorer som påvirker arbeidsmotivasjonen positivt er samhold i operasjonsteamet, godt arbeidsmiljø, flyt i oppgavene, kompetanseutvikling, variasjon i oppgaver, anerkjennelse, mestring og en følelse av å være til nytte.

Vi fant at de to profesjonsgruppene har ulike preferanser knyttet til hvilken form for oppgavedeling de foretrekker, hvor LIS har høyere arbeidsmotivasjon når oppgavedelingen er uformell, og operasjonssykepleiere har høyere arbeidsmotivasjon når oppgavedelingen er formell.

Operasjonssykepleiere opplever høyere grad av arbeidsmotivasjon gjennom faglig utvikling, økt selvfølelse, samarbeid og trivsel og i mer formelle rammer.

Operasjonssykepleiere opplever tidvis uforutsigbarhet og dermed rolle-uklarhet med bekymring for om egen kompetanse er tilstrekkelig, og om de vil mestre sin rolle og oppgaver.

LIS opplever høyere grad av arbeidsmotivasjon gjennom arbeidsflyt, trivsel, kontroll og i mer uformelle rammer.

Faktorer som påvirker arbeidsmotivasjonen i negativ retning for begge profesjonsgrupper er merarbeid, kompetansegap og redusert mestringstro, samt mangel på autonomi.

### *Konklusjon*

Når den Nasjonale helse- og sykehusplanen (2015-2016), basert på Helsedirektoratets rapport (2013, a), hevder at ansatte involvert i oppgavedeling opplever økt motivasjon, ser vi at dette kan stemme for noen av de ansatte i begge profesjonsgrupper, men at det blir feil og for enkelt å trekke en generell slutning om at alle ansatte motiveres av dette.

Rapporten fra Helsedirektoratet (2013, a), som den Nasjonale helse- og sykehusplanen tok utgangspunkt i, var basert på lederes svar og tilbakemeldinger. Vi har i vår studie tatt utgangspunkt i de ansattes perspektiv og deres erfaringer med oppgavedeling. Vi fant et mer sammensatt og komplekst bilde av oppgavedelingens påvirkning på de ansatte og deres arbeidsmotivasjon, noe som viser at man for å forstå de ansatte, må ta utgangspunkt i nettopp deres perspektiv, erfaringer og refleksjoner. For ledere bør det være av stor betydning å forstå hvordan det formelle og uformelle i oppgavedelingen kan påvirke de ansattes

arbeidsmotivasjon, og videre være klar over at det kan oppstå en intern konkurranse mellom profesjonsgruppene på en operasjonsstue både i forhold til formell og uformell oppgavedeling.

Når vi identifiserer tegn på konflikter, uoverensstemmelser og kamp mellom profesjonene og deres jurisdiksjoner, samsvarer det med funn fremsatt i Helsedirektoratets rapport (2013, a) der dette ble beskrevet å være til hinder for gjennomføring av oppgavedeling.

Vi konkluderer med at oppgavedeling både kan fremme og hemme arbeidsmotivasjonen til operasjonssykepleiere og leger i spesialisering, men at faktorer som for den ene profesjonsgruppen fremmer arbeidsmotivasjonen, ikke nødvendigvis bidrar med det samme for den andre gruppen. Oppgavedelingens påvirkning av arbeidsmotivasjonen er kompleks, både på grunn av individuelle trekk, gruppedynamikker, organisatoriske trekk og oppgavedelingens strukturer. Dersom oppgavedelingen bidrar til at ansatte erfarer mestring og flyt i arbeidet, vil det for alle, uavhengig av profesjon, kunne fremme arbeidsmotivasjonen.

### *Vårt forskningsbidrag*

Vi mener at studiet kan være et bidrag til ledere for å forstå hva de ansatte opplever i arbeidshverdagen når det gjelder kontekst for oppgavedeling og dennes påvirkning av arbeidsmotivasjonen. Det bør være av interesse for ledelsen, ved oppgavedeling, å legge arbeidsoppgavene på operasjonsstuen til rette slik at oppgavene er innenfor den enkelte ansattes faktiske kompetanse. På den måten vil oppgavedeling kunne ha en positiv påvirkning på arbeidsmotivasjonen. Ved å ta utgangspunkt i den ansatte arbeidssituasjon, ved å legge arbeidsforholdene på operasjonsstuen til rette for at faktorer man vet stimulerer til økt arbeidsmotivasjon blir oppfylt, kan man bidra til å fremme den enkelte ansattes arbeidsmotivasjon.

Når vi ser på resultatene av vår studie, ser vi at temaet oppgavedeling og dens påvirkning av arbeidsmotivasjonen har stor overføringsverdi. Som vist i prologen «Fritt fall» som et eksempel på oppgavedeling som foregår horisontalt innenfor

egen profesjon, ser vi hvordan vi og flere med oss merker oppgavedeling på kroppen. Som følge av Covid19 pågår det i skrivende stund en nasjonal «dugnad», der mange profesjonsutøvere og andre yrkesansatte pålegges nye oppgaver. Oppgavedeling mellom yrkesgrupper og profesjoner på bakgrunn av permitteringer, tap av jobb og omorganiseringer forteller oss at temaet er relevant for andre yrkesgrupper og sektorer også utenfor operasjonsstuen. Også uten coronapandemien ser vi for oss at temaet er aktuelt og at overføringsverdien er stor, men at dagens situasjon virkelig har tydeliggjort dette.

### *Videre forskning*

Vi fant at vår studie, som avdekker og identifiserer den uformelle formen for oppgavedeling, bidrar med et nytt funn, som videre kan bidra til en utvidelse av forskningsfeltet. Rapporter og tidligere undersøkelser omtaler oppgavedeling i en form vi gjenkjenner som formell. Slik vi ser det, bør forskningsfeltet ha en større interesse for å se på uformell oppgavedeling og hvilke organisatoriske trekk som finnes og fremmer dette. Det vil kunne være spennende å se hvilke konsekvenser oppgavedeling kan ha for de ansatte utover påvirkning av arbeidsmotivasjonen, som for eksempel endringsprosesser, motstand, profesjonskamp, utvanning av profesjoner og kunnskapsoverføring.

Et ytterligere felt for forskning knyttet til oppgavedeling som det vil kunne være interessant og nyttig å forske på, både for de ansatte og ledelsen, er oppgavedelingens påvirkning på teamsamarbeid, dynamikk og samhold i operasjonsteamet. Vår studie avdekket flere funn i denne kategorien, men vi har valgt som følge av oppgavens begrensning knyttet til arbeidsmotivasjon, ikke å utdype dette i vår analyse og drøfting.

### **Epilog:**

*Oppgavedeling er et faglig og politisk aktuelt tema i driften av norske sykehus generelt, og i operasjonsavdelinger spesielt. Det handler om bedre utnyttelse av ansatte som en viktig ressurs, både for å effektivisere driften og for å nå organisasjonens mål. Et aktuelt eksempel er omfordeling av intensivsykepleierressurser i møte med utfordringer knyttet til Coronapandemien.*

*Coronapandemien som rammet verdenssamfunnet vinteren og våren 2020, og som fortsatt holder nasjonen i en unntakstilstand, har påvirket og påvirker, ikke bare helsepersonell. Yrkesutøvere og ansatte innen mange næringer og virksomheter er tvunget til «annerledesjobbing» og «annerledestenking». Lærerne ble på kort tid «hjemmelærere» og måtte lære seg nye digitale verktøy for å nå elevene med sitt budskap. Kafearbeideren på den lokale Obs-caféen som måtte stenge, ble plassert bak kassa i Obs-butikken, eller i meieriavdelingen der, og andre igjen har fått endrede roller og oppgaver. Eksemplene er mange. Felles for alle er nye oppgaver i en arbeidshverdag preget av liten eller ingen planlegging, forutsigbarhet eller egen kontroll over situasjonen.*

*Følelsen av å være i «fritt fall» er en følelse nok flere har kjent på, og fortsatt kjenner på. Situasjonen vi som helsepersonell sto overfor den 30.mars knyttet oss enda nærmere vår egen masteroppgave, vårt tema og ikke minst våre informanter. Følelser informantene har gitt uttrykk for at de har kjent på i situasjoner der oppgavedelingen har medført ukjente og utfordrende oppgaver, kjentes sterkt og nært. Dette gjorde det tydelig for oss hvilken overføringsverdi temaet for vår masteroppgave har, ikke bare til andre grupper av ansatte utenfor operasjonsstuen, men også utenfor sykehuset.*



## 7.0. Litteraturliste

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions – An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Alvesson, M. (2011). Hvordan motivere individer, *Magma*, (3), 33-40. Hentet fra: <https://www.magma.no/hvordan-motivere-individer>
- Anestesisykepleierne NSF. (2016). Norsk Standard for Anestesi. Hentet fra <https://www.alsnf.no/anestesisykepleierne/norsk-standard-for-anestesi>
- Bailey, L., Steindal, S. A. og Dihle, A. (2019). Uthøflighet på operasjonsstua – anestesisykepleieres erfaringer. *Inspira*, (4), 23-31. Hentet fra [https://www.alsnf.no/images/artikler/fagartikler/2019/desember/Inspira\\_4-19-artikkel-uhofelighet\\_operasjonsstuen.pdf](https://www.alsnf.no/images/artikler/fagartikler/2019/desember/Inspira_4-19-artikkel-uhofelighet_operasjonsstuen.pdf)
- Bandura, A. (1999). Moral Disengagement in Perpetration of Inhumanities. *Personality and Social Psychology Review*, 3(3) 193-209.
- Braut, G.S. (2019, 4. april). LIS – lege i spesialisering. Hentet fra [https://sml.snl.no/LIS\\_-\\_lege\\_i\\_spesialisering](https://sml.snl.no/LIS_-_lege_i_spesialisering)
- Brekken, R.S. & Dåvøy, G.M. (2011). Operasjonsavdelingen. I G. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (3, opplag, s. 84-93). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Caprara, G. V. & Steca, P. (2005). Self-Efficacy Beliefs As Determinants of Prosocial Behavior Conductive to Life Satisfaction Across Ages. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(2) 191-217. <https://doi.org/10.1521/jscp.24.2.191.62271>
- Creswell, J.W. (2014). *Research Design. Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches* (4.utg). Thousand Oaks, California: Sage.
- Damij, N., Levnajić, Z., Skrt, V., R. & Suklan, J. (2015). What Motivates Us for Work? Intricate Web of Factors beyond Money and Prestige. *PLoS One*, 10(7): e0132641, doi: 10.1371/journal.pone.0132641
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985 a). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York, NY: Plenum Press.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985 b). The general causality Orientations Scale: Self-determination in personality. *Journal of Research in Personality*, 19, 109-134.
- Deci, E. L., Koestner, R. & Ryan, R. M. (1999). A Meta-analytic Review of Experiments Examining the Effects of Extrinsic Rewards on Intrinsic Motivation. *Psychological Bulletin*, 125(6), 627-668. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.6.627>
- Den Norske Legeforening. (u.å). Krav til faglig forsvarlighet. Hentet 16 april 2020 fra <https://beta.legeforeningen.no/jus-og-arbeidsliv/rettigheter-og-plikter-for-lege-og-pasient/krav-til-faglig-forsvarlighet/#20024>

- Dini, L., Sarganas, G., Boostrom, E., Ogawa, S., Heintze, C., Braun, V. (2011). German GPs`willingness to expand roles of physician assistants: a regional survey of perceptions and informal practices influencing uptake of health reforms in primary health care. *Family Practice*, 29(4), 448-454. doi: 10.1093/fampra/cmr127
- Erichsen, V. (Red). (1996). *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Tano Aschehoug.
- Farbrot, A. (2010, 26 januar). Profesjonsmakt hindrer nyvinninger. Hentet fra <https://forskning.no/handelshoyskolen-bi-medisin-partner/profesjonsmakt-hindrer-nyvinninger/830437>
- Fivelsdal, E. & Bakka, J.F. (1998). *Organisasjonsteori. Struktur, kultur, prosesser*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Gagne, M. & Deci, E. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 331-362. Doi: 10.1002/job.322
- Goleman, D., & Boyatzis, R. (2008). Social intelligence and the biology of leadership. *Harvard business review*, 86(9), 74-81.
- Haaland, F. H. (2019). *Å knytte bånd – rekruttering, utvelgelse og innfasing av ansatte*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hansen, I. (2011). Operasjonspasientens psykososiale behov. I G. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (3 opplag, s. 96-127). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hansen, I., Loraas, L.E. & Brekken, R.S. (2011). Hygiene og infeksjonsforebygging. I G. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (3. opplag, s. 128-207). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hansen, I. & Brekken, R.S. (2011). Leiring av pasienten på operasjonsbordet. I G. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (3. opplag, s. 208-238). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hatch, M. J. (2001). *Organisasjonsteori – Moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. Oslo: Abstrakt forlag as
- Hein, H. H. (2009). *Motivation – Motivationsteori og praktisk anvendelse*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Helsedirektoratet. (2013) a. *Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten. Kartlegging av erfaringer med endret oppgavedeling i Norge og i andre nordiske land*. IS-2018. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2013) b. *Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten. Utredning av hvorvidt endret oppgavedeling kan bidra til reduserte ventetider og mer effektiv pasientbehandling*. IS-2122. Oslo.

- Helsedirektoratet. (2014). *Oppgavedeling – Utarbeidelse av opplegg for pilotprosjekter*. IS-2261. Oslo. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/oppgavedeling-i-spesialisthelsetjenesten-opplegg-for-pilotprosjekter/Oppgavedeling%20i%20spesialisthelsetjenesten%20%E2%80%93%20opplegg%20for%20pilotprosjekter.pdf> /attachment/inline/29b254d5-aa49-4833-9ee4-7b58f9ff52d0:867aa844b83502fb7a117cdc071459a8356ace69/Oppgavedeling%20i%20spesialisthelsetjenesten%20%E2%80%93%20opplegg%20for%20pilotprosjekter.pdf
- Helseforetaksloven. (2001). Lov om helseforetak m.m.( LOV-2001-06-15-93). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helse Sør-Øst. (2012). *Plan for strategisk utvikling 2013-2020*. Hentet fra <https://www.helse-sorost.no/Documents/Store%20utviklingsprosjekter/Plan%20for%20strategisk%20utvikling%202013-2020.pdf>
- Hem, E. (2019, 13. januar). peroperativ. Hentet fra <https://snl.no/peroperativ>
- Hernes, G. (2007). *Med på laget. Om New Public Management og sosial kapital i den norske modellen* (Fafo-rapport 2007:09). Hentet fra [https://www.fafo.no/media/com\\_netsukii/20009.pdf](https://www.fafo.no/media/com_netsukii/20009.pdf)
- Ingvaldsen, J., Rolfsen, M. & Finsrud, H. (2012). Lean organisering i norsk arbeidsliv: slutten på medvirkning? *Magma*, (4), 42-50. Hentet fra <https://www.magma.no/lean-organisering-i-norsk-arbeidsliv-slutten-pa-medvirkning>
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2016). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Janis, I. & Mann, L. (1977). *Decision Making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. New York: Free press.
- Johannesen, A., Kristoffersen, L. & Tufte, P.A. (2011). *Forskningsmetode for økonomisk- administrative fag*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kanfer, R., Frese, M. & Johnson, R.E. (2017). Motivation Related to Work: A Century of Progress. *Journal of Applied Psychology*, 102(3), 338-355.
- Kanfer, R., & Ackerman, P. L. (1989). Motivation and cognitive abilities: An integrative/aptitude treatment interaction approach to skill acquisition. *Journal of Applied Psychology*, 74(4), 657-690. Doi: 101037/0021-9010.74.4.657
- Karlsson, J.Ch. (2008). *Den smidiga mellanchefen – och andra motståndsberättelser*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Kaufmann, G. & Kaufmann, A. (2016). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

- Klemsdal, L. (2008). *Den intuitive organisasjonen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kunnskapscenteret. (2013). *Effekter av oppgavedeling for noen utvalgte helsetjenester i sykehus* (rapport 12/2013). Oslo Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2013/rapport\\_2013\\_12\\_oppgavedeling\\_i\\_sykehus.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2013/rapport_2013_12_oppgavedeling_i_sykehus.pdf)
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kuvaas, B. (2009). A Test of Hypotheses Derived from Self-determination Theory among Public Sector Employees. *Employee Relations*, 31(1), 39-56. Doi: 10.1108/01425450910916814
- Lai, L. (2017). *Strategisk kompetanseledelse*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Leonardsen, A.C. (2013). Operasjonssykepleier opplever minst støtte. *Tidsskriftet sykepleien*, 101(13), 58-61. Hentet fra <https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/1365601.pdf>
- Leonardsen, A.C. (2015). Tverrfaglig samarbeid i operasjonsteamet. *Nordisk sygeplejeforskning*, 5(2), 218-227.
- Levin, M. (2012). Den norske arbeidslivsmodellen. *Magma Econas tidsskrift for økonomi og ledelse*, (4), 20-23. Hentet fra <https://www.magma.no/den-norske-arbeidslivsmodellen>
- Liamputtong, P. (2010). *Qualitative Research Methods*. (3.utg) South Melbourne: Oxford University Press.
- Lindner, J. R. (1998). Understanding Employee Motivation. *The Journal of Extension*, 36(3), Research in Brief//3RIB3
- Malterud, K., Siersma, V.D. & Guassora, A.D. (2015). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research*. Doi: 10.1177/1049732315617444
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Meld. St.11.((2015-2016)). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*. Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>
- Merriam, S.B. & Tisdell, E.J. (2016). *Qualitative research – A Guide to Design and Implementation*. San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Brand.
- Mintzberg, H. (1979). *The Structuring of Organizations*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Monsen, A. M. (2017, 17.mai). Flyt gir arbeidsglede. Hentet fra <https://www.ledernytt.no/flyt-gir-arbeidsglede.5946025-355436.html>

- Nakamura, J. & Csikszentmihalyi, M. (2009). The Concept of Flow. I C.R. Snyder & S.J. Lopez (Red.), *Oxford handbook of positive psychology* (s. 89-105). USA: Oxford University Press. Hentet fra <http://eweaver.myweb.usf.edu/2002-Flow.pdf>
- Nancarrow, S.A. og Borthwick, A.M. (2005). Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology og Health and Illness*, 897-919. Hentet fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1467-9566.2005.00463.x>
- Nesheim, B-I. (2018, 3. september). laparoskopi. Hentet fra <https://sml.snl.no/laparoskopi>
- Nielsen, J.C. R. & Ry, M. (2014). *Annerledes tanker om Leavitt – en klassiker i ny belysning*. Fredriksberg: Samfundsvidenskaberne.
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- NSFs Landsgruppe av operasjonssykepleiere. (2015). Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse. Hentet fra <https://nsflos.no/fag-og-fagutvikling/operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse/>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Oslo Universitetssykehus. (2019, 17 oktober). Kontinuerlig forbedring og lean. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/kontinuerlig-forbedring-og-lean>
- Park, R., E., & Burgess, E., W. (1924). *Introduction to the Science of Sociology*. Chicago: University of Chicago Press
- Parsons, E. C. (1936). *Mitla, Town of Souls*. University of Chicago Publications in Anthropology. Chicago: University of Chicago Press.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Ramsdal, H., Skorstad, E.J. & Strøm, Ø. (2009). *Fleksible organisasjoner: alternative strategier og arbeidsmiljømessige konsekvenser*. (2009:1) Halden: Høgskolen i Østfold.
- Regjeringen.no. (u.å). Sykehus. Hentet 9 april 2020 fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/id10935/>
- Riksrevisjonen. (2013-2014). *Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus. Dokument 3 serien*.
- Riksrevisjonen. (2017-2018). *Undersøkelse av effektivitet i sykehus. Del av dokument 3:2*. Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2017-2018/undersokelse-av-effektivitet-i-sykehus>
- Sander, K. (2019). «Flow-modellen (Csikszentmihályi)» [Bilde]. Hentet fra <https://estudie.no/mihalyi-csikszentmihalyis-flyt-teori/>

- Sandberg, H. (2009). Det godaste teamet. I J. Berlin, E. Carlström & H. Sandberg (Red.), *Team i vård, behandling och omsorg – erfarenheter och reflektioner*. (s.217-237). Lund: Studentlitteratur.
- Sekhar, C., Patwardhan, M. & Singh, R. (2013). A literature review on motivation. *Global Business Perspectives*, 1:471-487, doi: 10.1007/s40196-013-0028-1
- Skorstad, E.J. (2014). *Organisasjonsformer – kontinuitet eller forandring?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Steiro, T. J. & Torgersen, G-E. (2011). *Bedre motivasjon*. Stjørdal: Læringsforlaget DA.
- Tinnå, M. & Flesland, Ø. (2010, 8. mars). Trygg kirurgi – sjekklister. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/pasientsikkerhet/trygg-kirurgi-sjekklister>
- Wiley, C. (1997). What motivates employees according to over 40 years of motivation surveys. *International Journal of Manpower*, 18(3), 263-280.
- World Health Organization. (2008). *Task shifting – Recommendations and Guidelines*. Hentet fra <https://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf>
- Yukl, G. & Lepsinger, R. (2004). *Flexible leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.

## Vedlegg 1: Intervjuguide operasjonssykepleier

### Rammesetting

- Hverdagssnakk, sjekk ut stemningen. Sliten, trøtt, glad, trist, nervøs.
- Presentasjon av oss selv
- Informere om prosjektet og hva vi kommer til å stille spørsmål om. Dette handler om at du som ansatt i en operasjonsavdeling forteller om din arbeidshverdag og dine erfaringer med å dele oppgaver med lege i spesialisering. En del av spørsmålene vil kunne virke like og gi en opplevelse av at du svarer på det samme. Dette er for å sikre riktige svar.
- Si litt om betydningen om å være med på intervjuet. Vi jobber med en masteravhandling (hvordan publiseres dette?) og alle som har vært deltakere får tilbakemelding om resultatet. (Publiseres ikke andre steder enn ved HIØ, hvis du vil ha tilbakemeldinger om resultater så får du det).
- Hvordan dokumenterer vi intervjuet. Hva som gjøres med materialet etter prosjektet avsluttes. **Ivaretagelse av datamaterialet, og sikring av anonymitet**, vil gjennomføres ved at lydbånd og transkribert materiale oppbevares sammen i et låst skap på en fast adresse, nøkkel til skapet oppbevares på en annen adresse. Opplysninger anonymiseres ved å starte lydopptak med nr på informant. Oversikt over tilhørende informant til nr oppbevares skriftlig i perm, innelåst i separat skap. Nøkkel til dette skapet vil oppbevares på en annen adresse. Alt datamateriale makuleres etter ferdigstilling og godkjenning av masteravhandlingen.
- Informere om at jeg som intervjuer vil ta noen notater underveis
- Garantere anonymitet.
- Informere om informantens rett til å avbryte intervjuet når som helst.
- Antyde hvor lenge intervjuet vil vare maks 1 time.
- Er noe uklart eller er vi klare til å starte?

### Opptak starter

Dato, hvem som er til stede, intervjuer/intervjuere navngis, informant identifiseres med nummer. Presentasjon av prosjektet:

### Innledning

#### Hva er interesseområdet og bakgrunnen for undersøkelsen

I denne undersøkelsen er vi interessert i å høre om **din arbeidshverdag, hvilke oppgaver** du har i rollen som operasjonssykepleier og **hvilke erfaringer** du har med å assistere under inngrep og inneha operasjonssykepleiers assisterende funksjon.

**Oppgavens tema er oppgavedeling.** I denne sammenhengen definert som oppgaver som veksler mellom leger i spesialisering og deg som

operasjonssykepleier. Dette vil ofte handle om den **assisterende rollen under et inngrep**. For noen er det veldig klart hvem som skal gjøre hva, mens for andre er det mer **utydelige profesjongrens**. Det er i dette skiftet av oppgaver vi ønsker å ha fokuset i vår undersøkelse, og som er bakgrunnen for de spørsmål vi videre vil stille.

### Demografiske data

- Hva er stillingstittelen din / hvilken stilling har du i avdelingen?
- Hvor lenge har du jobbet som operasjonssykepleier?
- Hvor lenge har du jobbet på din nåværende arbeidsplass?

### Hvilken kunnskap har den enkelte ansatte om oppgavedeling

- **Hvilke oppgaver har du på operasjonsstuen? Kan du beskrive oppgavene du har inne på operasjonsstuen gjennom hele operasjonsforløpet (før, under og etter operasjonene)?** (beskrivelse av oppgavene – hva slags oppgaver er det? Eks. leiring – hva legger du i det?)
- **Hva legger du i det å skulle assistere under inngrepet?** Hva gjør du når du assisterer?
- **Kjenner du til begrepet oppgavedeling?**
  - Hvis **JA**; Hva legger du i begrepet oppgavedeling? Beskriv? Bruker man begrepet oppgavedeling i avdelingen?
  - Hvis **NEI** eller ikke i samsvar med begrepsdefinisjon; vi må forklare for informanten hva dette innebærer. Oppgavedeling er definert som en endring i oppgavefordeling, mellom yrkesgrupper. I denne sammenhengen er det snakk om at oppgaver som tidligere tilhørte en yrkesgruppe eller profesjon blir overført til en annen profesjon eller yrkesgruppe. Oppgavedeling har vært en mer eller mindre naturlig del av helsetjenestens utvikling, men i de senere år har både politikere og arbeidsgivere begynt å se på oppgavedeling som et virkemiddel for å øke effektiviteten og bedre ressursutnyttelsen. I praksis vil derfor enkelte oppgaver på operasjonsstuen være sammenfallende for operasjonssykepleiere med assisterende funksjon og LIS. Operasjonssykepleiernes fagforening diskuterer formalisering av den assisterende funksjonen samtidig som fagforeningen for leger i spesialisering stiller spørsmål ved dette da de er bekymret for mangelfull kirurgisk praksis. Vi er ute etter dine erfaringer når det gjelder dette temaet – oppgavedeling.
- **Hvordan vil du beskrive oppgavedeling mellom de ulike profesjonene eller yrkesgruppene på operasjonsstuen?**
  - Er det tydelig og avgrenset oppgaveinndeling (hvem som gjør hva)?
  - Er det bestemte ansvarsområder eller oppgaver knyttet til de ulike yrkesgruppene?



## Hvilke erfaringer har den ansatte med oppgavedeling på en operasjonsstue

- Kan du beskrive den utviklingen som har vært de siste årene når det gjelder oppgaver du gjør/har ansvar for? Gjør du oppgaver i dag som du ikke ville gjort for et år eller flere år siden? Har det vært endringer de siste årene?
- Finnes det noen oppgaver som overlapper hos de ulike yrkesgruppene? / Oppgavene du har beskrevet, er dette noe du er alene om å utføre eller er det noe du bytter med andre faggrupper? Har du assistert under inngrep og ivaretatt oppgaver som en lis lege kunne gjort?
- Hvordan foregår oppgavedeling? Hvem tar initiativ? Hvordan besluttes det at oppgaver skal deles?
- I hvilke situasjoner forekommer oppgavedeling? (hver dag?, hele tiden? Ved enkelte situasjoner? Eks. personalmangel?)
- Kan du nevne eksempler på situasjoner hvor oppgavedeling har vært en fordel?
  - På hvilken måte har det vært en fordel? Beskriv
  - Hvis ikke, beskriv hvorfor du mener at dette ikke har vært en fordel.

Påvirkes du av oppgavedeling? Har du erfaring med å få nye oppgaver? Gi fra deg oppgaver? Eller erfarer du begge deler? Hva synes du om å få nye oppgaver?

## Hvordan kan (uformell)oppgavedeling fremme/hemme arbeidsmotivasjonen

- Hva motiverer deg på jobben? Hva motiverer deg til å gå på jobb?
- Hva er en god dag på jobb for deg? Hvorfor er dette en god dag, og hva føler du da?
- Hva legger du i meningsfullt arbeide? Hva inspirerer deg på jobben? – Hvordan påvirker nye oppgaver deg? (beskriv hva nye oppgaver gjør med arbeidsmotivasjonen din)
- Hva legger du i team arbeid på operasjonsstuen? Har du erfart skifte av oppgaver innad i teamet? Kan du beskrive hva som skjedde? /Hva med teamsamarbeidet?
- Hva tenker du om at operasjonssykepleiere i større grad enn leger i spesialisering har begynt å assistere under inngrep? Vil dette være fordelaktig (fremme) eller til ulempe (hemme) for teamsamarbeidet? Eller for deg som operasjonssykepleier?
- Har du opplevd å gjøre LIS sine oppgaver under et kirurgisk inngrep som du ikke var forberedt på? Hvordan opplevdes dette?
- Har du erfaring med forut for et kirurgisk inngrep å ha gjort avtaler om å ha oppgaver som kirurgisk assistent under inngrepet? Hvem tok initiativ til dette? Hvordan opplevde du situasjonen? Ble opplæring gitt?
- Hva tror du kan være årsak til at du blir bedt om å ta over LIS sine oppgaver med å assistere under et inngrep? Er det organisasjonsmessige hensyn? Personlig? (kompetanse – anerkjennelse – belønning)
- Dersom du blir bedt om å overta den assisterende funksjonen under et inngrep, hva vil din umiddelbare reaksjon være? Har du et valg? Kan du

si nei?

- Hva er dine tanker rundt rolleklarhet på operasjonsstuen? Bør rollene være avklart før inngrepet?
- Hvordan vil du beskrive de krav som ligger i stillingen din og egen kompetanse? Hvordan føler du at din kompetanse passer med oppgaven å assistere under operasjon? Kan du assistere under alle inngrep? (i stedet for en lege?)
- Hva tenker du kan være fordelene med at sykepleiere overtar oppgaver fra leger?
- Ser du noen utfordringer eller ulemper ved at operasjonssykepleier overtar oppgaver fra leger?
- Hva tenker du er forutsetninger for at oppgavedeling skal kunne gjennomføres på en operasjonsavdeling?
  - Generelt
  - Spesifikt med at sykepleiere tar over oppgaver for leger.
- Hvilke grenser ville du satt for å overta nye oppgaver?
  - Kompetanse, ansvar, praktisk rammer, opplæring,
- Hva tenker du om at det å assistere ved kirurgiske inngrep kan bli en del av utdannelsen til operasjonssykepleiere?

### **Avslutning**

- Synes du dette temaet (oppgavedeling) er viktig?
- Bør deling av oppgaver drøftes og vurderes før man starter?
  - Er det ikke så farlig?
- Er det noe du vil legge til?

## Vedlegg 2: Intervjuguide lege i spesialisering (LIS)

### Rammesetting

- Hverdagssnakk, sjekk ut stemningen. Sliten, trøtt, glad, trist, nervøs.
- Presentasjon av oss selv
- Informere om prosjektet og hva vi kommer til å stille spørsmål om. Dette handler om at du som ansatt i en operasjonsavdeling forteller om din arbeidshverdag og dine erfaringer med å dele oppgaver med operasjonssykepleiere. En del av spørsmålene vil kunne virke like og gi en opplevelse av at du svarer på det samme. Dette er for å sikre riktige svar.
- Si litt om betydningen om å være med på intervjuet. Vi jobber med en masteravhandling (hvordan publiseres dette?) og alle som har vært deltakere får tilbakemelding om resultatet.
- Hvordan dokumenterer vi intervjuet. Hva som gjøres med materialet etter prosjektet avsluttes. **Ivaretagelse av datamaterialet, og sikring av anonymitet**, vil gjennomføres ved at lydbånd og transkribert materiale oppbevares sammen i et låst skap på en fast adresse, nøkkel til skapet oppbevares på en annen adresse. Opplysninger anonymiseres ved å starte lydopptak med nr på informant. Oversikt over tilhørende informant til nr oppbevares skriftlig i perm, innelåst i separat skap. Nøkkel til dette skapet vil oppbevares på en annen adresse. Alt datamateriale makuleres etter ferdigstilling og godkjenning av masteravhandlingen.
- Informere om at jeg som intervjuer vil ta noen notater underveis
- Garantere anonymitet.
- Informere om informantens rett til å avbryte intervjuet når som helst.
- Antyde hvor lenge intervjuet vil vare ca. 30 minutter til maks 1 time.
- Er noe uklart eller er vi klare til å starte?

### Opptak starter

**Dato, hvem som er tilstede**, intervjuer/intervjuere navngis, informant identifiseres med nummer. Presentasjon av prosjektet:

### Innledning

#### Hva er interesseområdet og bakgrunnen for undersøkelsen

I denne undersøkelsen er vi interessert i å høre om **din arbeidshverdag, hvilke oppgaver** du har i rollen som LIS kirurgi og **hvilke erfaringer** du har med å assistere under inngrep og inneha den assisterende rollen under et inngrep. **Oppgavens tema er oppgavedeling**. I denne sammenhengen definert som oppgaver som kan veksle mellom deg som LIS og operasjonssykepleier med assisterende funksjon. Dette vil ofte handle om den **assisterende rollen** under

et inngrep. For noen er det veldig klart hvem som skal gjøre hva, mens for andre er det mer **utydelige profesjongrensener**. Det er i dette skiftet av oppgaver vi ønsker å ha fokuset i vår undersøkelse, og som er bakgrunnen for de spørsmål vi videre vil stille.

### **Demografiske data**

- **Hva er stillingstittelen din / hvilken stilling har du i avdelingen?**
- **Hvor lenge har du jobbet som LIS lege?**
- **Hvor lenge har du jobbet på din nåværende arbeidsplass?**

### **Hvilken kunnskap har den enkelte ansatte om oppgavedeling**

- **Hvilke oppgaver har du på operasjonsstuen? Kan du beskrive oppgavene du har inne på operasjonsstuen gjennom hele operasjonsforløpet (før, under og etter operasjonen)?** (beskrivelse av oppgavene – hva slags oppgaver er det? Hva legger du i det?)
- **Hva legger du i det å skulle assistere under inngrepet?** Hva gjør du når du assisterer?
- **Kjenner du til begrepet oppgavedeling?**
  - Hvis **JA**; Hva legger du i begrepet oppgavedeling? Beskriv? Bruker man begrepet oppgavedeling i avdelingen?
  - Hvis **NEI** eller ikke i samsvar med begrepsdefinisjon; vi må forklare for informanten hva dette innebærer. Oppgavedeling er definert som en endring i oppgavefordeling, mellom yrkesgrupper. I denne sammenhengen er det snakk om at oppgaver som tidligere tilhørte en yrkesgruppe eller profesjon blir overført til en annen profesjon eller yrkesgruppe. Oppgavedeling har vært en mer eller mindre naturlig del av helsetjenestens utvikling, men i de senere år har både politikere og arbeidsgivere begynt å se på oppgavedeling som et virkemiddel for å øke effektiviteten og bedre ressursutnyttelsen. I praksis vil derfor enkelte oppgaver på operasjonsstuen være sammenfallende for operasjonssykepleiere med assisterende funksjon og LIS. Operasjonssykepleiernes fagforening diskuterer formalisering av dette samtidig som fagforeningen for leger i spesialisering stiller spørsmål ved dette da de er bekymret for mangelfull kirurgisk praksis. Vi er ute etter dine erfaringer når det gjelder dette temaet – oppgavedeling.
- **Hvordan vil du beskrive oppgavedeling mellom de ulike profesjonene eller yrkesgruppene på operasjonsstuen?**
  - Er det tydelig og avgrenset oppgaveinndeling (hvem som gjør hva)?
  - Er det bestemte ansvarsområder eller oppgaver knyttet til de ulike yrkesgruppene?

## Hvilke erfaringer har den ansatte med oppgavedeling på en operasjonsstue

- **Kan du beskrive den utviklingen som har vært siden du startet som LIS kirurgi når det gjelder oppgaver du gjør/har ansvar for?** Gjør du oppgaver i dag som du ikke gjorde for et år eller lenger siden? Har du mistet noen oppgaver som du tidligere gjorde? Hvem gjør i så fall disse oppgavene for deg i dag?
- **Finnes det noen oppgaver som overlapper hos de ulike yrkesgruppene? /**  
Oppgavene du har beskrevet, er dette noe du er alene om å utføre eller er det noe du bytter med andre faggrupper? Gjør du oppgaver i den operasjonsforberedende fasen inne på operasjonsstuen, underveis i inngrepet etter avslutningsvis som en operasjonssykepleier kunne ha gjort eller tidligere gjorde?
- **Hvordan foregår oppgavedeling?** Hvem tar initiativ? Hvordan besluttes det at oppgaver skal deles?
- **I hvilke situasjoner forekommer oppgavedeling?** (hver dag?, hele tiden? Ved enkelte situasjoner? Eks. personalmangel?)
- **Kan du nevne eksempler på situasjoner hvor oppgavedeling har vært en fordel?**
  - På hvilken måte har det vært en fordel? Beskriv
  - Hvis ikke, beskriv hvorfor du mener at dette ikke har vært en fordel.
- **Påvirkes du av oppgavedeling?** Har du erfaring med å få nye oppgaver? Gi fra deg oppgaver? Eller erfarer du begge deler? Hva synes du om å miste oppgaver?

## Hvordan kan (uformell) oppgavedeling fremme/hemme arbeidsmotivasjonen

- **Hva motiverer deg på jobben?** Hva motiverer deg til å gå på jobb?
- **Hva er en god dag på jobb for deg?** Hvorfor er dette en god dag, og hva føler du da?
- **Hva legger du i meningsfullt arbeide?**
- **Hva inspirerer deg på jobben?**
- **Hvordan påvirker endring av oppgaver deg?** (beskriv hva nye oppgaver eller tap av oppgaver gjør med arbeidsmotivasjonen din)
- **Hva legger du i et team arbeid på operasjonsstuen?** Har du erfart skifte av oppgaver innad i teamet? Kan du beskrive hva som skjedde?/Hva med teamsamarbeidet?
- **Hva tenker du om at operasjonssykepleiere i større grad enn LIS har begynt å assistere under inngrep?** Vil dette være fordelaktig (fremme) eller til ulempe (hemme) for teamsamarbeidet? Eller for deg som LIS?
- **Har du opplevd at en operasjonssykepleier gjør dine oppgaver?** Hvordan opplevdes dette?  
Hvis **JA**; har du vært delaktig i **opplæring** av den som overtok din oppgave?

- **Har du opplevd at operasjonssykepleier blir bedt om å gjøre dine oppgaver under et kirurgisk inngrep uten at dette var avklart med deg i forkant?** Hvordan opplevdes dette?
- **Har du erfaring med forut for et kirurgisk inngrep å ha gjort avtaler om å overlate dine assistent oppgaver til operasjonssykepleier under inngrepet?** Hvem tok initiativ til dette? Hvordan opplevde du situasjonen? Hvilke oppgaver ble du satt til å gjøre?
- **Dersom andre tar avgjørelsen for deg: Hva tror du kan være årsak til at du blir bedt om å overlate oppgaver med å assistere under et inngrep?** Er det organisasjonsmessige hensyn? Personlig? (kompetanse – mangel på anerkjennelse – straff)
- **Dersom du blir bedt om å overlate den assisterende funksjonen under et inngrep, hva vil din umiddelbare reaksjon være?** Har du et valg? Kan du si nei?
- **Hva er dine tanker rundt rolleklarhet på operasjonsstuen?** Bør rollene være avklart før inngrepet?
- **På hvilken måte har du blitt fratatt oppgaver?** Hvordan opplevdes dette? Beskriv.
- **Hvordan vil du beskrive tap av arbeidsoppgavers innvirkning på egen arbeidshverdag?** (demotiverende?)
- **Hvilke tanker gjør du deg om tap av å assistere ved kirurgi i forhold til opprettholdelse eller utvikling av egen kompetanse?**
- **Hvor ville du satt grensen for at operasjonssykepleiere kan gjøre en legeoppgave?** (hvilke oppgaver)
- **Hva tenker du kan være fordelene med at sykepleiere overtar oppgaver fra leger?**
- **Ser du noen utfordringer eller ulemper ved at sykepleiere overtar oppgaver fra leger?**
- **Hva tenker du er forutsetning for at oppgavedeling skal kunne gjennomføres på en operasjonsavdeling?**
  - Generelt
  - Spesifikt med at sykepleiere tar over oppgaver for leger.
- **Hvilke grenser ville du satt for å overta nye oppgaver?**
  - Kompetanse, ansvar, praktisk rammer, opplæring
- **Hva tenker du om at det å assistere ved kirurgiske inngrep kan bli en del av utdannelsen til operasjonssykepleiere?** Har du noen tanker om hvordan dette vil kunne påvirke din jobb/spesialistutdanning?

## **Avslutning**

- Synes du dette temaet (oppgavedeling) er viktig?
- Bør deling av oppgaver drøftes og vurderes før man starter?
  - (Er det ikke så farlig)?
- Er det noe du vil legge til?

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD  
NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Uformell oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten

Referansenummer

899786

Registrert

01.05.2019 av Sara Nordal Jones - sara.n.jones@hiof.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Østfold / Avdeling for økonomi, samfunnsfag og språk

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Sol Skinnarland, sol.skinnarland@hiof.no, tlf: 95182115

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Sara Nordal Jones, sara.nordal@hotmail.com, tlf: 47969227

Prosjektperiode

01.06.2019 - 15.05.2020

Status

02.05.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

---

02.05.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 02.05.2019.

Behandlingen kan starte. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: [https://nsd.no/personvemombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvemombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html) Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.11.2020. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES

RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art.

5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)



## Vedlegg 4: Personvernombudets tilråding

### INTERNT NOTAT

<b>Til:</b> FOU-rådgiver [...]	<b>Kopi til:</b> Klinikksjef [...] Fagdirektør
<b>Fra:</b> Personvernombudet	<b>Ref.:</b> <b>Sak [...]</b> Studentprosjekt - Mastergrad – Spørreundersøkelse – Uformell oppgavedeling – Høgskolen i Østfold
<b>Dato:</b> 11.07.2019	

## PERSONVERNOMBUDETS TILRÅDING

### Innsamling og behandling av personopplysninger for prosjektet

«Hvordan påvirkes arbeidsmotivasjonen til operasjonssykepleiere og leger i spesialisering, ved uformell oppgavedeling på en operasjonsstue?»

### Prosjektbeskrivelse (Fra FOU-rådgiver i [...]'s oppsummering)

«Masteroppgave utgående fra Høgskolen i Østfold. Kvalitativ induktiv metode. Spørreundersøkelse – intervjuguide med åpne spørsmål. Dybdeintervju av 6 stk LiS (innenfor operativt fag uten nærmere spesifisering) og 6 stk operasjonssykepleiere. Prosjektet vi forsøke å belyse/forstå/tillegne seg viten om hva de ansatte opplever, hvordan de tolker sine opplevelser, og hvilke erfaringer de har med uformell oppgavedeling og dennes påvirkning av egen arbeidsmotivasjon. Til operasjonssykepleiere og leger i spesialisering (LIS). Problemstilling: Hvordan påvirkes arbeidsmotivasjonen til operasjonssykepleiere og leger i spesialisering, ved uformell oppgavedeling på en operasjonsstue? Forskningsspørsmål: Hvilken kunnskap har den enkelte ansatte om uformell oppgavedeling? Hvilke erfaringer har den ansatte med uformell oppgavedeling på en operasjonsstue? Hvordan kan uformell oppgavedeling fremme arbeidsmotivasjonen? Hvordan kan uformell oppgavedeling hemme arbeidsmotivasjonen?»

### Mottatte dokumenter – grunnlag for tilrådingen

- Prosjektskisse MOL3 – Masteroppgave – Høgskolen i Østfold (HiØ) 03.06.2019
- e-post fra veileder 19.06.2019; Prosjektskissen er godkjent av HiØ
- Prosjektet er godkjent av ledelsen i kirurgisk klinikk 19.06.2019
- Kopi av NSDs vurdering 02.05.2019 (Norsk Senter for forskningsData, ref.nr. 899786)
- Kopi av informasjon-/samtykkeskriv til deltakerne og kopi av intervjuguide (ettersendes)

### Behandling av person-/helseopplysninger i forbindelse med mastergrad – behandlingsgrunnlag

Personvernombudet i [...] har mottatt melding om behandling av alminnelig kategori personopplysninger fra mastergradsstudenter, HiØ.

Lokalt personvernombud skal på vegne av dataansvarlig vurdere prosjektet ut fra personvernkonsekvenser og om kravene til informasjonssikkerhet og internkontroll ivaretas. Dette følger av personvernforordningen art. 39 nr. 1 a) - c).

Det er et absolutt krav at det foreligger adgang til behandling av personopplysninger (behandlingsgrunnlag jf. personvernforordningen art. 6 og 9 i nasjonale lovbestemmelser).

[...] har mottatt NSD sin vurdering av prosjektet. NSD er personvernrådgiver for Høgskolen i Østfold.

Personvernombudet i [...] slutter seg til NSDs vurderinger og konkluderer slik:

- Det anses å foreligge et lovlig behandlingsgrunnlag; det skal gjøres en samtykkebasert behandling av alminnelige kategorier personopplysninger i tråd med personvernforordningen art. 4 nr. 11 og art. 7. Behandlingsgrunnlaget er ut fra det personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a). Prinsippene for behandling av personopplysninger anses ivarettatt jf. personvernforordningen art 5.1 a - e
- Informasjonen som deltakerne mottar ifm spørreundersøkelsen oppfyller personvernforordningens krav til form og innhold jf. art. 12 nr.1 og art. 13.
- Innhenting og lagring:  
Det skal gjennomføres enkeltvis dybdeintervju av ca. 6 operasjonssykepleier og ca.6 LIS som design for undersøkelsen. Gjennomføringen av dybdeintervjuene tilrettelegges best mulig for informanten, ved at det bookes et møterom i nærheten av informantens arbeidsplass. Tidspunkt for gjennomføring avtales med den enkelte informant. Det lages en intervjuguide med tema og spørsmål på forhånd. Det skal benyttes lydopptakutstyr i tillegg til at det tas notater under intervjuene.  
Ivaretagelse av datamaterialet og sikring av anonymitet, skal gjennomføres ved at lydbånd og transkribering oppbevares sammen i låst skap på en fast adresse, nøkkel til skapet oppbevares på en annen adresse. Opplysninger anonymiseres ved å starte lydopptak med et nummer på informanten. Oversikt over tilhørende informants nummer oppbevares skriftlig i perm, innelåst i separat skap. Nøkkel til dette skapet vil oppbevares på annen adresse. Lydopptak, transkribert materiale, navn og kontaktopplysninger makuleres 6 måneder etter at avhandlingen er ferdigstilt og godkjent.

Ut fra dette anses det at krav til sikkerhet art. 32 (lovlighet, rettferdighet og åpenhet, formålsbegrensning, dataminimering, riktighet, integritet og konfidensialitet samt lagringsbegrensning.)

### **Personvernombudet [...] sin tilråding**

Personvernombudet **tilrår** at personopplysninger utleveres til/brukes i forbindelse med mastergradsprosjektet under disse forutsetningene:

1. Databehandlingsansvarlig: Høgskolen i Østfold (HiØ)  
Prosjektansvarlig: Sol Skinnarland, veileder HiØ  
Mastergradsstudenter: Sara Nordal Jones og Annelene Skaug

Prosjektperiode: 01.06.2019 – 15.05.2020

2. Behandling av personopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i prosjektbeskrivelsen, meldingen til NSD og øvrige dokumenter i saken. Dersom formålet eller databehandlingen endres må personvernombudet [...] informeres om dette.
3. Personopplysningene behandles i henhold til krav til sikkerhet jf. personvernforordningen art. 32.
4. Når resultatene fra studien blir publisert skal alle data være anonymisert og det vil ikke være mulig å gjenkjenne enkeltpersoner.
5. Mastergradsstudentene sender sluttmelding til [...] ved prosjektets slutt.

Klinikkledelsen i kirurgisk klinikk har godkjent gjennomføringen av spørreundersøkelsen. Fagdirektør er orientert om studentprosjektet.

Personvernombudet er ansvarlig kontaktperson [...].

Prosjektet er registrert i oversikten over tilrådinger og uttalelser til forskning og kvalitetsprosjekter som Personvernombudet fører for sykehuset. Oversikten er offentlig tilgjengelig.

[...]  
Personvernombud  
[...]

e-post: [...]

## Vil du delta i forskningsprosjektet

### *”Uformell oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten”?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke innvirkningen uformell oppgavedeling mellom operasjonssykepleiere og Leger i Spesialisering har for den enkeltes arbeidsmotivasjon. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Dette prosjektet er en masteroppgave i organisasjon og ledelse som gjennomføres av Sara Nordal Jones og Annelene Skaug ved Høgskolen i Østfold, avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag.

I november 2015 ga regjeringen Solberg ut en nasjonal helse- og sykehusplan (NHS), gjeldende for 2016-2019, samt en drøfting av utviklingstrekk av spesialisthelsetjenesten fram mot 2040. Regjeringens NHS-plan baseres på funn i Riksrevisjonens rapport og undersøkelse om effektivitet i norske sykehus fra 2013. Bakgrunnen for Riksrevisjonens rapport og undersøkelse var store produktivitetsforskjeller mellom landets helseforetak, der man ønsket å se om og hvordan norske sykehus kan bli mer effektive. Et av funnene var at bedre utnyttelse av operasjonsstueene vil redusere helsekøene og gjøre driften mer effektiv. Riksrevisjonsrapporten fant at en måte bedre å utnytte operasjonsstueene på var systematisk tverrfaglig samarbeid og økt oppgavedeling. Oppgavedeling forstås her som deling av oppgaver tidligere forbeholdt en profesjon til en annen yrkesgruppe eller profesjon.

I litteratur beskrives oppgavedelingen som en formell prosess der arbeidsoppgaver skifter mellom to profesjoner. Et slikt formelt skifte er nøye planlagt og risikovurdert for den part som overtar oppgaven. I tillegg vil opplæring og kursing før innføring av ny oppgave være gitt. I praksis derimot gjenfinnes en uformell oppgavedeling der formen på oppgavedelingens innføring savner alle formaliserte rammer. Uformell oppgavedeling kan defineres som et skifte av oppgaver som ikke er planlagt og organisert på forhånd.

Formålet med denne undersøkelsen er å kartlegge hva uformell oppgavedeling gjør med den enkelte ansattes arbeidsmotivasjon ved å intervjuer de ansatte involvert i prosessen.

Problemstillingen er:

«Hvordan påvirkes arbeidsmotivasjonen til operasjonssykepleier og leger i spesialisering ved uformell oppgavedeling på en operasjonsstue?»

Forskningsspørsmål som skal analyseres for å belyse problemstillingen handler om hvilken kunnskap den enkelte ansatte har om uformell oppgavedeling, hvilke erfaringer den ansatte har med uformell oppgavedeling på en operasjonsstue og

hvordan uformell oppgavedeling kan fremme og/eller hemme arbeidsmotivasjonen.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Høgskolen i Østfold er ansvarlig for prosjektet.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Som ansatt i en elektiv operasjonsavdeling anser vi det som sannsynlig at du har noe erfaring med oppgavens tema. Vi har vært i kontakt med ledelsen ved din arbeidsplass og fått tillatelse til å sende ut forespørsel om deltakelse i dette forskningsprosjektet. Ledelsen ved din arbeidsplass har vurdert kriteriene for inklusjon i prosjektet. Inklusjonskriteriene er at du som operasjonssykepleier har minst to års erfaring som operasjonssykepleier, at du er ansatt i en elektiv operasjonsvirksomhet ved et offentlig sykehus samt at du assisterer ved kirurgiske inngrep. Som LIS har din leder vurdert at du er i praksis ved en elektiv operasjonsvirksomhet ved et offentlig sykehus samt at du assisterer ved kirurgiske inngrep. Det er også et kriterium for å kunne delta i studien at du ikke innehar en ledelsesfunksjon /stilling eller er involvert i en pågående konflikt på arbeidsplassen. Informasjon om forskningsprosjektet og kartlegging av aktuelle informanter har blitt gjort i alle elektive operasjonsvirksomheter i Helse Sør-Øst.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Datainnsamlingen vil skje gjennom dybdeintervju. Dybdeintervju er en metode som er velegnet til å undersøke emner som har liten erfaringskunnskap, det gir oss muligheter for å gå i dybden og oppklare eventuelle uklarheter eller misforståelser med det samme. Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du:

- Deltar i et intervju med en av de ansvarlige for prosjektet. Det vil ta deg ca. 1 time.
- Intervjuet finner sted på din arbeidsplass eller et annet egnet sted i nærheten av din arbeidsplass
- Intervjuet ledes ved hjelp av en intervjuguide. Spørsmålene omhandler uformell oppgavedeling og erfaringer knyttet til dette.
- Intervjuet registreres ved lydopptak og notater.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Ansvarlige studenter for prosjektet vil være de eneste som har tilgang til personopplysninger gitt i undersøkelsen.

- Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data. Alt materiale vil lagres innelåst i skap, der navnelisten lagres i låst skap separat fra annet materiale. Nøkler til skapene oppbevares på en annen adresse.

Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen. Demografiske data som publiseres er stillingstittel, ansenitet som operasjonssykepleier/LIS og ansenitet i nåværende stilling.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes mai 2020. Lydopptak, transkribert materiale, navn og kontaktopplysninger makuleres 6 måneder etter at avhandlingen er ferdigstilt og godkjent.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Østfold har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskolen i Østfold ved student Sara Nordal Jones, på epost ([sara\\_nordal@hotmail.com](mailto:sara_nordal@hotmail.com)) telefon: 47969227 eller student Annelene Skaug på epost ([anneleneskaug@gmail.com](mailto:anneleneskaug@gmail.com)) telefon: 97672126 eller veileder Sol Skinnarland på epost ([sol.skinnarland@hiof.no](mailto:sol.skinnarland@hiof.no)) telefon: 69608425 / 95182115
- Vårt personvernombud: Martin Gautestad Jakobsen
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Sara Nordal Jones / Annelene Skaug / Sol Skinnarland

Prosjektansvarlig  
(Forsker/forsker/veileder)

---

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet uformell oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at mine personopplysninger lagres etter prosjektslutt, til prosjektet/masteroppgaven er godkjent og bestått

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. juni 2020

---

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)