

Klinikeres holdninger til oppgaveglidning i spesialisthelsetjenesten

En kvalitativ case-studie

Astrid Eidesvik Lie



*Thesis submitted as a part of the Master of Philosophy Degree in Health Economics, Policy
and Management*

MASTEROPPGAVE

Det medisinske fakultet

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Veileder: Eli Feiring

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2017

Klinikers holdninger til oppgaveglidning i spesialisthelsetjenesten

En kvalitativ case-studie

© Astrid Eidesvik Lie

2017

Klinikeres holdninger til oppgaveglidning i spesialisthelsetjenesten

Astrid Eidesvik Lie

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Mål og problemstilling: Oppgaveglidning ("task shift") er definert som en endring i tradisjonell oppgavefordeling, innad i, eller mellom yrkesgrupper. Denne studien har undersøkt klinikerens holdninger til oppgaveglidning i spesialisthelsetjenesten under problemstillingen: *"Hvordan er holdningene til oppgaveglidning i spesialisthelsetjenesten blant klinikere på en hematologisk avdeling?"*

Bakgrunn: Oppgaveglidning har vært sett på som en løsning for å møte utfordringer med helsepersonellmangel i utviklingsland. Land som England, Finland og USA har også gjort endringer i tradisjonell oppgavefordeling ved å gi sykepleiere utvidete roller i helsevesenet. Oppgaveglidning blir også ansett som en mulig løsning på fremtidige utfordringer i det norske helsevesenet. En endring i oppgavefordelingen mellom helsepersonell kan bedre ressursutnyttelsen og redusere flaskehals, men det er gjort lite forskning på dette temaet i norsk sammenheng til nå.

Metode: Det er utført en kvalitativ case-studie med innledende observasjonsstudier, elleve semi-strukturerte intervjuer og en fokusgruppe. Det er utført en tematisk analyse av dataene. Utvalget har bestått av leger og sykepleiere på en hematologisk avdeling på et universitetssykehus i Norge. Det teoretiske rammeverket består i hovedsak av Abbotts profesjonsteori, men også en utdypende beskrivelse av oppgaveglidning og en definisjon av fire typer oppgaveglidning (diversifisering, spesialisering, vertikal substitusjon og horisontal substitusjon).

Hovedfunn: Utvalget fremhever at dersom man tenker det er teamet som skal levere tjenester kan oppgaveglidning føre til mer fleksibilitet og en bedre utnyttelse av ressursene. Sykepleierne er positive til mer avanserte oppgaver og mener det gir økt motivasjon i jobben. Utvalget ønsker færre merkantile oppgaver, i tillegg verner sykepleierne om sine tradisjonelle oppgaver. Potensielle utfordringer kan være en *for* fragmentert oppgavefordeling, at det dannes interne hierarkier blant sykepleiere og at dagens sykepleierutdanning ikke er god nok. Forutsetninger for vellykket oppgaveglidning er en aksept i det interne miljøet, at en slik endring er ledelsesforankret og at det sørges for god opplæring.

Konklusjon: Resultatene fra denne studien samsvarer i stor grad med Abbotts profesjonsteori, men avviker til dels fra teorien der Abbott mener det vil være en slags dragkamp mellom profesjonene. Utvalget har i hovedsak referert til oppgaveglidning som vertikal substitusjon og stiller seg generelt positive til oppgaveglidning i spesialisthelsetjenesten, gitt en rekke forutsetninger.

Forord

Denne masteroppgaven representerer avslutningen på min utdanning ved Universitetet i Oslo. De siste årene har vært intense, motiverende og svært lærerike. Prosessen med å skrive denne oppgaven har vært interessant og veldig givende. Prosessen har pågått over flere måneder og i den forbindelse er det flere personer som fortjener en stor takk.

Aller først vil jeg takke min veileder Eli Feiring for konstruktiv og motiverende veiledning gjennom hele prosessen. For meg har samarbeidet vært svært lærerikt og økt min interesse for forskning.

Gjennom hele studieperioden har jeg jobbet som sykepleier og også valgt å gjennomføre datainnsamlingen på min egen arbeidsplass. Jeg må derfor først rette en stor takk til alle mine informanter for å ha bidratt med deres tid, erfaring, synspunkter og holdninger til temaet. Det er deres interessante bidrag som har formet denne oppgaven. Jeg vil også takke mine øvrige kollegaer som jeg har opplevd har vist interesse og engasjement for mine studier. Det blir tydelig at man har fantastiske kollegaer når man flere ganger det siste året har blitt tilsendt lenker til nyhetssaker eller artikler de tenker kan være av interesse for meg eller relevant i forhold til min masteroppgave. Mine ledere fortjener også en takk for å ha bidratt med tilrettelegging for gjennomføring av fokusgruppen. I tillegg har de vært svært behjelpelige med å tilrettelegge min turnus slik at det gjennom tre år har vært mulig for meg å studere på fulltid i tillegg til å jobbe som sykepleier.

Sist, men ikke minst må jeg takke min familie - dere er mine største kritikere, men også mine største fans! Tusen takk for konstruktive innspill og motiverende ord gjennom hele oppgaveprosessen og studietiden for øvrig.

Astrid Eidesvik Lie

Mai 2017

Innholdsfortegnelse

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Innledning | 1 |
| 2 | Bakgrunn | 3 |
| 2.1 | Oppgaveglidning for å møte utfordringer i norsk helsevesen | 3 |
| 2.2 | Tidligere forskning og erfaringer med oppgaveglidning | 4 |
| 3 | Teori | 7 |
| 3.1 | Oppgaveglidning | 7 |
| 3.1.1 | Definisjon | 7 |
| 3.1.2 | Fire typer oppgaveglidning | 8 |
| 3.1.3 | Begrepet oppgaveglidning i denne studien | 9 |
| 3.2 | Profesjonsteori | 10 |
| 3.2.1 | Hva er en profesjon? | 10 |
| 3.2.2 | Det organisatoriske og det performative aspektet | 11 |
| 3.3 | Abbotts profesjonsteori | 12 |
| 3.3.1 | Profesjonene i system | 13 |
| 3.3.2 | Jurisdiksjon | 13 |
| 3.3.3 | Jurisdiksjon og kontrollsystemer | 14 |
| 4 | Metode | 15 |
| 4.1 | Kvalitativ metode | 15 |
| 4.2 | Case studie | 15 |
| 4.3 | Datainnsamling | 16 |
| 4.3.1 | Observasjon | 16 |
| 4.3.2 | Individuelle intervjuer | 17 |
| 4.3.3 | Fokusgruppe | 17 |
| 4.4 | Utvalg | 18 |
| 4.5 | Bearbeiding og analyse | 19 |
| 4.6 | Prosjektets kvalitet | 21 |
| 4.6.1 | Reliabilitet | 21 |
| 4.6.2 | Validitet | 21 |
| 4.7 | Etiske overveielser | 22 |
| 5 | Resultater | 24 |
| 5.1 | Team-tenkning | 24 |
| 5.1.1 | Økt fleksibilitet | 25 |
| 5.1.2 | Bedre ressursutnyttelse | 26 |
| 5.2 | Positive til nye arbeidsoppgaver | 26 |
| 5.2.1 | En tillitserklæring | 26 |
| 5.2.2 | Økt motivasjon | 27 |
| 5.3 | Potensielle utfordringer | 27 |
| 5.3.1 | Fragmentering av oppgaver | 27 |
| 5.3.2 | Hierarki og profesjonsskille | 28 |
| 5.3.3 | Stiller krav til sykepleierutdanningen | 29 |
| 5.4 | Fordeling av oppgaver etter kompetanse | 29 |
| 5.4.1 | Vil bli kvitt sekretær oppgavene | 29 |
| 5.4.2 | Verner om sykepleier oppgavene | 30 |
| 5.5 | Forutsetninger for oppgaveglidning | 31 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 5.5.1 | Mengdetrening og god opplæring | 32 |
| 5.5.2 | Ledelse og system | 32 |
| 5.5.3 | Internt miljø og frivillighet | 33 |
| 5.6 | Hvor går grensen? | 34 |
| 5.6.1 | Diagnostisering og vurdering | 34 |
| 5.6.2 | Praktiske oppgaver | 35 |
| 6 | Diskusjon | 37 |
| 6.1 | Oppgaveglidning som vertikal substitusjon | 37 |
| 6.2 | Profesjonenes gjensidige avhengighet | 38 |
| 6.3 | Lettere å flytte på praktisk enn akademisk kunnskap | 39 |
| 6.4 | Klinikernes teoretiske kontrollsystem | 39 |
| 6.5 | Samarbeid fremfor profesjonsstrid | 41 |
| 6.6 | Videre refleksjoner og muligheter for fremtidig forskning | 42 |
| 6.7 | Begrensninger og betraktninger | 44 |
| 7 | Oppsummering og konklusjon | 46 |
| | Litteraturliste | 48 |
| | Vedlegg 1: NSD-godkjenning | 51 |
| | Vedlegg 2: Bekreftelse på endring av daglig ansvarlig (NSD) | 54 |
| | Vedlegg 3: Samtykkeskjema | 55 |
| | Vedlegg 4: Intervjuguide | 57 |
| | Vedlegg 5: Fokusgruppe-guide | 60 |

1 Innledning

Helsevesenet står overfor en rekke fremtidige utfordringer. Stadig økonomisk press, forventet helsepersonellmangel og en kontinuerlig teknologisk utvikling gjør at man må tenke nytt når det kommer til organisering og ledelse av helsetjenestene (Brusselkontoret, 2012). En av løsningene kan være å endre oppgavefordelingen mellom de ulike aktørene og personellgruppene i helsevesenet. En slik omfordeling kalles oppgaveglidning og beskrives som et verktøy for å bedre ressursutnyttelsen og øke fleksibiliteten som kan effektivisere helsetjenester (Meld. St. 13 (2011-2012, s. 43). Det er oppgaveglidning i spesialisthelsetjenesten som er temaet i denne masteroppgaven.

Oppgaveglidning er internasjonalt bedre kjent som «task shift» og er av World Health Organization (WHO) definert som en delegeringsprosess hvor oppgaver er flyttet til mindre spesialisert personell. Dette er presentert som en løsning for å bedre dekningen av helsepersonell og bedre utnyttelsen av tilgjengelige menneskelige ressurser (World Health Organization, 2007). Et gradvis skifte i oppgavefordelingen mellom helsepersonell har vært en naturlig del av helsevesenets utvikling (Frich, 2016). Oppgaveglidning kan derfor ikke sies å være et nytt fenomen, men de senere årene har en slik omfordeling av oppgaver blitt benyttet mer bevisst.

Det har vært en økende interesse for oppgaveglidning i norsk helsevesen og politikk de siste årene. Med yrkesbakgrunn som sykepleier og arbeidserfaring fra spesialisthelsetjenesten har oppgaveglidning blitt et interessefelt for meg gjennom masterstudiet. Det å aktivt gjøre endringer i den tradisjonelle oppgavefordelingen mellom helseprofesjonene kan tenkes å kunne påvirke flere forhold, som arbeidshverdagen til den enkelte arbeidstaker, kvalitet på tjenestene, pasientflyt og organiseringen innad i en avdeling eller enhet. Det er klinikerne som står nærmest både oppgavene og pasientene. Hva tenker de om å begynne å endre på oppgavefordelingen seg i mellom? Det er det jeg forsøker å finne svaret på i denne masteroppgaven.

Problemstillingen i denne oppgaven er: *"Hvordan er holdningene til oppgaveglidning i spesialisthelsetjenesten blant klinikere på en hematologisk avdeling?* For å finne svar på problemstillingen har det blitt utført en case-studie på en hematologisk avdeling på et

universitetssykehus i Norge. Utvalget består av leger og sykepleiere, og datainnsamlingen består av observasjon, semi-strukturerte intervjuer og en fokusgruppe. Alle i utvalget jobber på en avdelingen der det høsten 2016 ble startet et prosjekt hvor en gruppe sykepleiere skulle få opplæring i spesifikke legeoppgaver. Ledelsens hovedmål med prosjektet var å finne ut hvordan de i større grad kunne lykkes i å beholde de mest initiativrike og engasjerte sykepleierne. Tanken er videre at dersom man klarer å redusere turnover blant sykepleiere vil effektivitet komme som en bonus. Denne avdelingen er også min arbeidsplass som gjør at jeg er godt kjent med de lokale rammene rundt informantenes arbeidshverdag. Det innebærer at jeg også har måttet være bevisst min rolle som kollega og forsker gjennom hele prosessen.

Denne oppgaven er begrenset til å belyse klinikers holdninger til oppgaveglidning i spesialisthelsetjenesten. Det vil derfor ikke bli tatt stilling til oppgaveglidning i andre deler av helsevesenet, eller om oppgaveglidning er positivt eller negativt fra et mer overordnet ståsted.

I det følgende vil først bakgrunn og tidligere forskning på temaet presenteres. Deretter vil det teoretiske rammeverket blir nærmere utdypet, som her i hovedsak baserer seg på profesjonsteori. Metoden i studien blir så beskrevet og metodiske valg begrunnet. Resultatene fra datainnsamlingen følger etter metoden som et eget kapittel før resultatene blir drøftet i lys av teorien. Helt til slutt er oppgavens konklusjon.

2 Bakgrunn

Bakgrunnen for valget av tema og problemstilling til denne oppgaven er at en omfordeling av oppgaver mellom helsepersonell i spesialisthelsetjenesten blir sett på som et mulig verktøy for å møte utfordringer i helsevesenet. Demografisk utvikling og en forventet helsepersonellmangel utfordrer dagens organisering og ledelse av helsetjenestene.

I dette kapittelet vil fremtidige utfordringer og oppgaveglidning beskrives nærmere i en norsk sammenheng, før tidligere forskning på temaet belyses.

2.1 Oppgaveglidning for å møte utfordringer i norsk helsevesen

Norge har store fremtidige personellutfordringer i helsesektoren. Prognoser viser at det kan være et samlet underskudd for alle grupper helse- og sosialpersonell på hele 76 000 årsverk i 2035 (Statistisk Sentralbyrå, 2012). På grunn av en markant økning av antall personer over 80 år etter 2020 vil etterspørsel etter personellgruppene i pleie- og omsorg og i spesialisthelsetjenesten være størst (Statistisk Sentralbyrå, 2012).

Helsedirektoratet (2013, a) påpeker at tilstrekkelig antall og optimal sammensetning av helsepersonell er helt avgjørende for kvalitet og kapasitet i helsetjenestene. I norske sykehus arbeider mange ulike profesjoner og alle bidrar med sin kompetanse. I noen tilfeller er kompetansen unik for profesjonen, men ikke alltid. Yrkesgruppene må i økende grad samarbeide tettere, i team, på tvers av profesjoner og kompetansen til hver enkelt må utnyttes maksimalt (Helsedirektoratet, 2013, a).

Norge har ikke tidligere fremhevet oppgaveglidning som et viktig virkemiddel i seg selv for å møte fremtidige personellutfordringer, men har heller fokusert på skjæringspunktet mellom utdanning, kompetanseheving, ressursutnyttelse og oppgavedeling (Brusselkontoret, 2012). Imidlertid ser man at den politiske retningen og fokusområder har endret seg de siste årene.

Den tidligere Helse- og omsorgsministeren, Jonas Gahr Støre, lanserte ti grep for å bedre sykehussektoren og gi pasientene et bedre tilbud (Regjeringen, 2013). Ett av disse var en

bedre og smartere oppgavedeling mellom sykehusansatte. Den nåværende regjeringen følger opp dette fokuset, og i Nasjonal helse- og sykehusplan for 2016-2019 er en omfordeling av oppgaver innad i sykehuset sett på som en løsning for å bedre ressursutnyttelsen.

Regjeringen vil få sykehusene til å utnytte ledig kapasitet enda bedre og oppmuntrer til å endre oppgavedelingen mellom helsepersonell der det kan fjerne flaskehals og skape bedre kvalitet (Meld. St. Nr. 11 (2015-2016), s. 75).

Helselovgivningen i Norge åpner for en slik omfordeling av oppgaver. Det er ikke spesifisert i loven hvilke oppgaver som skal utføres av de ulike yrkesgruppene, men det stilles krav til forsvarlighet.

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.” (Helsepersonelloven, 1999, §4)

Det blir derfor arbeidsgivers ansvar å sørge for en adekvat personalsammensetning, oppgavefordeling og å ivareta krav om faglig forsvarlighet (Meld. St. 11 (2015-2016), s.75)

2.2 Tidligere forskning og erfaringer med oppgaveglidning

Oppgaveglidning har, som nevnt over, ikke vært et fokusområde i Norge før de senere årene. Det er imidlertid andre vestlige land som har vært tidlig ute med å bruke oppgaveglidning som et virkemiddel. USA fremstår som pioner i å gi sykepleiere utvidede roller og innførte den utvidete sykepleierrollen, ”nurse practioner”, på midten av 1960-tallet (Delamaire og Lafortune, 2010). England og Finland er to av landene i Europa som har vært tidligst ute med å fokusere på en endret oppgavefordeling i helsevesenet. England har lang erfaring med å satse på å utvikle sykepleieres ferdigheter i mer avanserte roller og introduserte ”nurse practioners” tidlig på 1970-tallet. Begrunnelsen for dette var å bedre tilgangen på helsetjenester, fremme kvalitet og kontinuitet i behandling, samt kunne respondere mer effektivt på endringer i pasientens behov (Delamaire og Lafortune, 2010). Finland hadde oppgaveglidning som et prioritert område ved tusenårsskiftet. Dette kom som en følge av at landet sto ovenfor en betydelig legemangel. I Finland ble det utarbeidet kriterier for hvilke

kategorier av sykepleiere som skulle få utvidede oppgaver og ansvarsområder, og i 2010 ble det vedtatt et lovforslag om å gi sykepleiere en begrenset rett til å foreskrive legemidler (Brusselkontoret, 2012).

Oppgaveglidning som virkemiddel er først og fremst omtalt av WHO og er sett på som en mulighet til å løse store helseutfordringer i utviklingsland (World Health Organization, 2007). Mye av den tidligere forskningen på oppgaveglidning er derfor gjennomført i utviklingsland. Her er situasjonen en helt annen både med tanke på personellutfordringer og helsevesenet for øvrig, men også med tanke på helsefaglige utfordringer som HIV/AIDS og andre globale helseproblemer.

Etter gjentatte systematiske søk i relevante databaser har det ikke lyktes å finne tidligere forskning som er direkte relevant for problemstillingen i denne oppgaven, med unntak av én artikkel. Det har blitt søkt i Pubmed, Embase, Cinahl og Google Scholar med kombinasjoner av nøkkelord som task shift, task shifting, hospitals, specialist care, high-income countries, clinician, health care personnel, experiences og attitudes. Søkene har gitt mange treff, men etter gjennomgang av titler og et mindre antall abstracts er kun én artikkel ansett som direkte relevant, da de aller fleste andre er basert på prosjekter i utviklingsland.

Dette var et tysk studie som undersøkte legers holdninger til oppgaveglidning i primærhelsetjenesten. Dini et al undersøkte i 2011 tyske allmennlegers villighet til å delegerer oppgaver og utvide rollen til legeassistenter (helsesekretærer). Studien ble gjennomført ved hjelp av anonyme surveys til alle allmennleger i en tysk delstat med uttalt mangel på helsepersonell. De konkluderte med at introduksjonen av nye reformer med oppgaveglidning kan bli utfordrende hvis det ikke tas hensyn til allmennlegers oppfatninger, om både barrierer og fordeler.

Selv om det ikke er gjort nevneverdig mye forskning relatert til holdninger, erfaringer eller synspunkter på oppgaveglidning, så finnes det noen studier som har sett på andre aspekter av oppgaveglidning i industriland. Det finnes for eksempel flere studier som har sett på fordelene ved at sykepleiere kan utføre målrettet ultralyd av hjertet på ulike pasientgrupper, både i en forebyggende og i en diagnostiserende hensikt (Dalen et al, 2015, Gundersen et al, 2015, Kirkpatrick et al, 2005, Mumoli et al, 2016). Hjerteklinikken på St. Olavs hospital har

positive erfaringer med å ha innført en sykepleierdrevet poliklinikk. En omfordeling av arbeidsoppgaver har ført til en bedre utnyttelse av ressursene og utvidet kapasitet (Husby et al, 2014). Koksvik et al (2013) undersøkte pasienters tilfredshet med sykepleierkonsultasjoner på en revmatologisk poliklinikk. Ved å gjennomføre en randomisert kontroll-studie fant de at det var en signifikant økning i pasienttilfredshet i den gruppen som hadde vært til konsultasjoner hos en sykepleier over perioden på 21 måneder.

I norsk sammenheng finnes det også debattinnlegg, kommentarer og artikler som tyder på at flere sykehus har innført oppgaveglidning (Fonn 2016 a, Fonn, 2016 b, Hernæs, 2012, Hustavenes, 2012). Storvik (2015) skriver i Dagens Medisin at sykepleiere stadig utfører mer ”lege-jobb” og at det i første halvdel av 2014 ble utført nærmere 169 000 polikliniske konsultasjoner av sykepleiere i somatiske poliklinikker, som tilsvarer en økning på 16%. Mye tyder på at oppgaveglidning finner sted i flere deler av det norske helsevesenet, men det finnes foreløpig lite forskning på både effekter, erfaringer og holdninger rundt dette.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utførte Helsedirektoratet og Kunnskapssenteret i 2013 en kartlegging av erfaringer med oppgaveglidning i spesialisthelsetjenesten i Norge og andre nordiske land. Det ble søkt etter erfaringer fra seks ulike områder, hvor det kun ble funnet relevante studier på to av disse (Kunnskapssenteret, 2013). Det er naturlig å anta at en slik kartlegging kanskje ville gitt flere resultater i dag. En kartleggingen av helsepersonellens erfaringer ble gjennomført i sommerperioden, noe som kan ha gjort den mangelfull, særlig med tanke på responsen på spørreundersøkelser. Svarene tyder på at prosjekter med oppgaveglidning for mange har vært positive, og har resultert i en god innvirkning på arbeidsmiljø og jobbtildfredshet. De fleste opplevde også bedre effektivitet med hensyn til pasientflyt, samt en bedring i arbeidsflyt. Spørreundersøkelser og intervjuer ble primært sendt til personer i lederstillinger (Helsedirektoratet, 2013, b).

Helsedirektoratet og Kunnskapssenterets kartlegginger fra 2013 kan synes å være noe mangelfull, både med tanke på omfanget av studier som er funnet og svarresponsen på spørreundersøkelsene. Annen tidligere relevant forskning tyder også på at det er et kunnskapshull når det kommer til helsepersonellens holdninger eller forventninger til oppgaveglidning. I denne oppgaven forsøker jeg derfor å utdype klinikernes holdninger til oppgaveglidning, da det er de som står oppgavene nærmest og vil bli mest påvirket av en slik omfordeling.

3 Teori

I dette kapitlet vil det teoretiske rammeverket for studien presenteres. Først vil oppgaveglidning bli nærmere definert og beskrevet, deretter vil profesjonsteori bli presentert. Primært vil Abbotts profesjonsteori bli anvendt i dette kapitlet, da den anses som mest adekvat i forhold til oppgavens tema og problemstilling.

3.1 Oppgaveglidning

3.1.1 Definisjon

WHO var blant de første som omtalte og definerte begrepet oppgaveglidning.

Oppgaveglidning defineres som en delegeringsprosess der oppgaver er flyttet til mindre spesialisert helsepersonell. En slik omorganisering av oppgaver kan føre til en mer effektiv utnyttelse av tilgjengelige menneskelige ressurser (World Health Organization, 2007). Når WHO omtaler oppgaveglidning siktes det til en mulighet for bedre ressursutnyttelse av helsetjenester i utviklingsland.

I Norge og andre utviklede land er tilgangen på helsepersonell og situasjonen for øvrig ganske annerledes, men hensikten med oppgaveglidning er den samme - å utnytte ressursene bedre.

En sakte omfordeling av oppgaver har vært en naturlig del av helsetjenestenes utvikling, men blir nå også ansett som et fenomen eller et hjelpemiddel. Når man henviser til oppgaveglidning som et verktøy innebærer det at oppgaver som tidligere har vært tilknyttet en spesiell profesjon også skal kunne utføres av andre yrkesgrupper for en bedre utnyttelse av ressurser og kompetanse. I en slik sammenheng er det oftest snakk om at helsepersonell med lavere utdanning kan overta oppgaver som tidligere har blitt utført av en gruppe med høyere utdanning, men det kan også å være oppgaveglidning på tvers av yrkesgrupper med samme utdanningsnivå. (Helsedirektoratet, 2013, a).

3.1.2 Fire typer oppgaveglidning

Oppgaveglidning kan deles inn i fire typer: diversifisering, spesialisering, vertikal substitusjon og horisontal substitusjon (Nancarrow og Borthwick, 2005).

Diversifisering og spesialisering innebærer en utvidelse av de profesjonelle grensene innen en spesifikk disiplin – en intern endring innad i profesjonen. Vertikal og horisontal substitusjon representerer derimot en tverrfaglig endring og innebærer en bevegelse utenfor de tradisjonelle grensene, eksempelvis ved at man overtar oppgaver som normalt er utført av en annen yrkesgruppe (Nancarrow og Borthwick, 2005).

Diversifisering er når en profesjon utvider sitt behandlingsmessige eller diagnostiske repertoar eller område. Diversifisering kan forekomme i flere former som ved for eksempel identifisering av nye markeder, nye måter å levere eksisterende tjenester på eller introduksjon av ny teknologi, medisiner eller behandlinger. Eksempelvis har datateknologi gjort at kirurger har fått en ny og utvidet rolle med mulighet for bruk av video-laparoskopi (Nancarrow og Borthwick, 2005).

Spesialisering er når noen medlemmer av en profesjon utvikler seg og tilegner seg økt kompetanse på et spesifikt felt innen faget og hvor en slik spisskompetanse anerkjennes av profesjonen. Muligheten for helseprofesjonene til å spesialisere seg er nøkkelen til arbeidsdeling i helsevesenet (Nancarrow og Borthwick, 2005). Spesialiseringer kan enten være formelle eller uformelle. I medisinen har spesialisering tradisjonelt vært assosiert med større profesjonell autonomi, høyere prestisje og bedre økonomiske betingelser. De medisinske spesialiseringene er satt i et strukturert system og er på den måten formelle. Sykepleiere og annet helsepersonell har historisk sett mindre formelle systemer for spesialisering (Nancarrow og Borthwick, 2005).

Vertikal substitusjon skjer på tvers av etablerte profesjons- og yrkesgrenser og kan skje ved at oppgaver delegeres eller adopteres enten «oppover» eller «nedover» (Nancarrow og Borthwick, 2005). Vertikal substitusjon innebærer at oppgaveglidning skjer mellom to yrkesgrupper med ulike nivåer av utdanning og kompetanse. Ofte er det også ulikheter i maktforhold og autonomi (Nancarrow og Borthwick, 2005). Et eksempel på dette er at

sykepleiere utvider sin rolle ved å adoptere oppgaver som tidligere har tilhørt legene. Selv om vertikal substitusjon kan utvide rollen eller oppgaveomfanget til en profesjon betyr ikke det at status eller belønning øker tilsvarende. For eksempel vil ikke sykepleiere som kan rekvirere legemidler få samme status eller finansielle goder som en lege (Nancarrow og Borthwick, 2005).

Horisontal substitusjon innebærer at personell med likt utdannelsesnivå, men med ulik disiplinær bakgrunn utfører oppgaver som normalt utføres av den andre disiplinen (Nancarrow og Borthwick, 2005). Et eksempel på dette kan være at kliniske psykologer får rett til å skrive ut legemidler, som normalt hører hjemme hos medisinerne (Frich, 2012). Horisontal substitusjon oppstår oftest hos utøvere med lignende roller, og potensialet for substitusjon øker når oppgaver er utydelig definert eller krever tilgang til teknologi.

3.1.3 Begrepet oppgaveglidning i denne studien

Oppgaveglidning, oppgavedeling, jobbglidning eller det engelske ordet «task shift» er begreper som ofte brukes om hverandre for å beskrive samme fenomen. *Oppgaveglidning* blir benyttet for å beskrive dette i denne oppgaven. Når oppgaveglidning blir omtalt videre i denne oppgaven er det i hovedsak snakk om bruk av oppgaveglidning som et virkemiddel eller verktøy, og det refereres da i all hovedsak til vertikal eller horisontal substitusjon

Forståelsen av begrepets innhold kan synes å være noe forskjellig blant ulike aktører i helsevesenet. Hva den enkelte legger i dette kan ha betydning for hvilke meninger og holdninger man har til oppgaveglidning som verktøy. Denne oppgaven søker å avklare klinikers holdninger til oppgaveglidning i spesialisthelsetjenesten og en begrepsavklaring anses derfor nødvendig.

I lys av formålet med oppgavens problemstilling vil Helsedirektoratet (2013, a) sin avklaring av begrepet legges til grunn her. Helsedirektoratet (2013, a) påpeker at en endret oppgavefordeling kan forstås som en formell, permanent overføring av enkelte kompetanseområder eller oppgaver fra en personellgruppe til en annen. En endret oppgavefordeling kan være et verktøy for å effektivisere tjenester, korte ned ventetider eller

fjerne flaskehalsler. Videre kan begrepet også brukes om overføring av oppgaver eller ansvar mellom tjenestenivåene i helsesektoren.

3.2 Profesjonsteori

Oppgaveglidning i spesialisthelsetjenesten innebærer å omfordele oppgaver mellom yrkesgruppene. Helsetjenestene er svært profesjonsstyrt og de største yrkesgruppene i helsevesenet er leger og sykepleiere. Begge kan kalles klinikere, men også profesjoner. Oppgaveglidning vil derfor påvirke de ulike profesjonene og deres arbeidsoppgaver eller ansvarsområder. Det anses derfor i denne sammenheng naturlig å se oppgavens problemstilling i lys av profesjonsteori.

3.2.1 Hva er en profesjon?

Begrepet ”profesjon” er et omstridt begrep, men det utelukker imidlertid ikke en felles forståelse av begrepet. Det er et begrep det er vanskelig å komme utenom da det er en del av et vokabular vi bruker når man omtaler det moderne yrkesliv og samfunn (Molander og Terum, 2008).

En av de enkleste og mest folkelige måtene å omtale profesjoner på er å si at de er en type yrke. Molander og Terum (2008) bruker Max Weber sin definisjon på et yrke. De beskriver det derfor som visse arbeidsoppgaver som er et middel til kontinuerlig forsørgelse. Et yrke består av en spesifisering, spesialisering og kombinasjonen av en persons prestasjoner (Molander og Terum, 2008). En mer akademisk forståelse av profesjonsbegrepet forholder seg mer til en særegen kompetanse og er mer kompleks.

Alle profesjoner er yrker, men ikke alle yrker er profesjoner. Når man beskriver et yrke som en profesjon forventes det også ”profesjonalitet”, som er knyttet til personer som behersker noe på en riktig, god eller forbilledlig måte (Molander og Terum, 2008).

Andrew Abbott sier om profesjoner:

”...professions are exclusive occupational groups applying somewhat abstract knowledge to particular cases.” (Abbott, 1988, s. 8)

Abbott (1988) viser til en såkalt *trekkteori* i sin beskrivelse av hva en profesjon er. En slik trekkteori bygger på at det er visse trekk eller karakteristika som særpreger de yrkesgruppene som er betegnet som profesjoner. Hovedelementene i disse trekkene er: anvendelse av spesialkunnskap, utdanning og opplæring, eksaminasjon, formelle krav og etiske retningslinjer (Abbott, 1988).

3.2.2 Det organisatoriske og det performative aspektet

For å få en dypere forståelse av profesjonsbegrepet kan man se på dets to aspekter: det organisatoriske aspektet og det performative aspektet (Molander og Terum, 2008).

Det organisatoriske aspektet fokuserer på hvordan et yrket er organisert, og tar utgangspunkt i den eksterne og interne kontrollen over en profesjons arbeidsoppgaver. Monopol er en slik form for kontroll. Ved at en profesjon kan reservere bestemte arbeidsoppgaver for personer med en viss type utdanning gir det profesjonen en eksklusivitet. Arbeidsoppgavene er forbeholdt en spesifikk yrkesgruppe som gjør at profesjonen er markedsregulerende – ved å kontrollere adgangen til oppgavene kontrollerer man også tilbudet av tjenester (Molander og Terum, 2008).

Autonomi er også et viktig element av det organisatoriske aspektet. Profesjoner har en intern kontroll som gjør at de har en stor grad av autonomi i utførelsen av sine arbeidsoppgaver. På grunnlag av kunnskapen de forvalter er det profesjonene selv som definerer hvordan arbeidsoppgavene skal utføres (Molander og Terum, 2008).

Selv om profesjonene er autonome kan man også si at det er politisk konstruerte yrker. Staten gir en yrkesgruppe myndighet til å ivareta bestemte arbeidsoppgaver på vegne av felleskapet. En slik institusjonalisering av en yrkesgruppe som profesjon kan sees på som en kontrakt med samfunnet der profesjonen forplikter seg til å tjene enkelte allmenne interesser på best mulig måte (Molander og Terum, 2008).

Det performative aspektet fokuserer på profesjonens handlinger og utførelse av arbeidsoppgaver. Som nevnt over brukes ordet ”profesjonell” mye i hverdagspråket, men

også i tilknytning til profesjonene. Den profesjonelle er dyktig eller erfaren på et spesielt område og i utførelsen av sine oppgaver. I profesjonenes arbeidsoppgaver må formalisert kunnskap anvendes og kombineres med en utøvelse av skjønn. Profesjonene anvender sin kunnskap systematisk på enkelttilfeller, men skjønn blir en nødvendighet fordi tilfellene kan ha ulik egenart og situasjonene er vanskelig å standardisere. Profesjonsutøvelsen skal ikke være tilfeldig, men rettferdig. (Molander og Terum, 2008).

I en vid forstand kan man si at profesjoner yter tjenester. Uavhengig av hvilken type tjeneste man yter kan produksjon være vanskelig å måle og arbeidsprosesser utfordrende å kontrollere (Molander og Terum, 2008). Profesjoner yter tjenester til en klient. Klientene er avhengige mottakere som søker hjelp fra en fagperson. Dette kan være en pasient hos legen eller en klient hos advokaten. Felles for begge er at de trenger bistand for å kunne håndtere betydningsfulle forhold (Molander og Terum, 2008). Klientene tar en viss risiko når han eller hun overlater sin sak i den profesjonelles hender, fordi i profesjonell praksis er det mulighet for feilvurderinger og usikkerhet rundt konsekvenser av handlinger. På samme måte som klienten påtar seg en viss risiko tar den profesjonelle på seg et ansvar ovenfor sin klient (Molander og Terum, 2008).

3.3 Abbotts profesjonsteori

Andrew Abbott har et systemorientert syn på profesjoner og mener at det å definere og karakterisere profesjoner var underordnet det å se dem i relasjon til hverandre (Abbott, 1988). Når man studerer profesjoner er det viktigst å fokusere på relasjonene mellom dem og særlig på hva som skjer i skjæringspunktet mellom to eller flere profesjoner (Abbott, 1988).

På bakgrunn av det overnevnte anses det i denne oppgaven verdifullt å videre fokusere på Abbotts teori og bruke denne som utgangspunkt for senere å drøfte resultatene.

3.3.1 Profesjonene i system

Abbott (1988) understreket at profesjonene ikke eksisterer i et vakuum, men må forholde seg både til samfunnet og til hverandre. Det er fra samfunnet profesjonene innhenter sine klienter eller kunder og det er også samfunnet som gir dem tillatelse til å utøve den tjenesten eller behandlingen de tilbyr. Profesjonene eksisterer i et dynamisk system som stadig er i endring og det er samhandlingen mellom profesjonene som er selve drivkreftene i profesjonsutviklingen. Profesjonene er gjensidig avhengig av hverandre og en endring i en av profesjonene vil få konsekvenser for en eller flere andre profesjoner (Abbott, 1988).

3.3.2 Jurisdiksjon

Profesjonenes jurisdiksjon er et kjerneelement i Abbotts teori. En yrkesgruppe er ingenting dersom den ikke har et sett med arbeidsoppgaver som skal løses, enten det er å yte service, tjeneste eller behandling til personer som trenger bistand. Jurisdiksjon er forholdet mellom en profesjon og dens arbeidsoppgaver. Det er et slikt sett med oppgaver som gir eksklusivitet og dominans over bestemte områder, og det er dette som er en profesjons jurisdiksjon. Selv om en profesjon har eksklusivitet og til dels monopol på sine arbeidsoppgaver betyr ikke det at alle oppgavene innenfor et område er forbeholdt en profesjon. En jurisdiksjon tilhører i utgangspunktet en profesjon, men kan i følge Abbott bli forsøkt erobret av en nærliggende profesjon. Abbott mener dette er en naturlig del av profesjonenes utvikling og at det er nettopp derfor profesjoner må sees i forhold til hverandre.

Det er ikke gitt at enhver arbeidsoppgave kun kan utføres av en profesjon og ingen andre (Abbott, 1988). Det finnes flere eksempler på at enkelte konkrete oppgaver tidligere har blitt utført av noen andre enn de som utfører dem i dag. Et eksempel fra helsevesenet er at intravenøs behandling tidligere var en egen kategori i legearbeidet, mens det i dag tas som en selvfølge at det er andre yrkesgrupper som ivaretar denne oppgaven (Frich, 2016).

3.3.3 Jurisdiksjon og kontrollsystemer

Abbott (1988) fremhever at det er forskjell på akademisk og praktisk kunnskap. Den akademiske kunnskapen er logisk ensartet, idealisert og abstrakt. Den har en oppbygning basert på fornuft og lar seg ikke direkte overføre til praktisk arbeid eller oppgaver. I de fleste profesjoner er de praktiske oppgavene forankret i et akademisk kunnskapssystem.

Som nevnt tidligere kan en profesjons jurisdiksjon eller deler av jurisdiksjonen bli forsøkt overtatt av andre profesjoner. Dette arter seg som en slags dragkamp eller konkurranse mellom de involverte profesjonene. I følge Abbott (1988) er det hovedsakelig to måter en profesjon kan sikre seg kontroll over et arbeidsområde eller en oppgave. Dette er enten gjennom et teknisk basert kontrollsystem eller et teoretisk basert kontrollsystem.

I det *teknisk* baserte kontrollsystemet ligger kontrollen i selve teknikken eller den praktiske utførelsen av oppgaven. De som benytter seg av dette kontrollsystemet er ofte yrkesgruppene med mindre utdanning og disse har derfor et begrenset kunnskapsfundament eller mindre akademisk kunnskap. I et *teoretisk* basert kontrollsystem ligger kontrollen i et kunnskapsfundament og ikke i teknikken. Det er den teoretiske eller akademiske kunnskapen som ligger til grunn for den praktiske utførelsen av oppgaven. Det er denne kunnskapen profesjonene i dette kontrollsystemet bruker for å legitimere hvorfor bestemte oppgaver tilhører deres jurisdiksjon. Profesjoner som benytter seg av dette kontrollsystemet har ofte en lang og typisk akademisk utdanning.

I en konkurranse om oppgaver mellom en profesjon som baserer seg på det tekniske og en som baserer seg på det teoretiske vil den førstnevnte ofte tape. Abbott (1988) begrunner dette med at kunnskap og teori er selve *valutaen* i en slik konkurranse eller byttehandel om oppgaver. De teoretiske profesjonene vil nemlig kunne bruke kunnskap til å redefinere hvorfor oppgaven det er snakk om skal tilhøre deres profesjon.

4 Metode

I dette kapitlet presenteres oppgavens metodiske bakgrunn og valg gjennom forskningsprosessen. Alle metodiske valg er gjort med tanke på å kunne besvare problemstillingen på best mulig måte. Det vil først bli beskrevet valg av forskningsmetode og studiedesign, før forskningsprosessen vil bli nærmere utdypet med tanke på datainnsamling og tematisk analysing av dataene. Studiens begrensninger og metodiske betraktninger vil bli drøftet nærmere i kapittel 6.7.

4.1 Kvalitativ metode

En hovedregel for vitenskapelig forskning er å velge en metode som er adekvat for å besvare problemstillingen (Malterud, 2002). Problemstillingen i denne studien søker å avdekke holdninger til oppgaveglidning og kvalitativ metode ble derfor ansett som mest hensiktsmessig i den sammenheng. Kvalitativ metode er en nyttig metode når man skal studere menneskelige og sosiale erfaringer som forventninger, meninger, holdninger og prosesser (Malterud, 2001). Metoden er velegnet når det finnes lite forskningsbasert kunnskap om temaet fra tidligere. En kvalitativ metode kan videre bidra til å belyse fenomener som er mindre kjent og dermed utvikle velegnede begreper og ny informasjon om slike fenomener (Justesen og Mik-Meyer, 2012). I motsetning til kvantitativ metode, hvor man studerer store utvalg eller en rekke forekomster, vil man i kvalitativ metode heller gå i dybden og studere et lite utvalg. Kvalitativ metode er en mer fleksibel metode og forskeren er en aktiv deltager i utviklingen av ny kunnskap. Kvalitativ forskning er en prosess hvor man systematisk samler, organiserer, tolker og analyserer tekstmateriale utarbeidet fra observasjon, intervjuer eller dokumenter. (Justesen og Mik-Meyer, 2012).

4.2 Case studie

En case-studie er et godt studiedesign når man ønsker å få en holistisk forståelse av et fenomen, en situasjon eller en gruppe der lite er kjent fra før (Kumar, 2014). Det er i dette studiet studert en gruppe (klinikere) som er godt kjent i sin yrkesutøvelse, men deres holdninger til oppgaveglidning er lite undersøkt eller dokumentert. Den grunnleggende ideen

i en case-studie er at et case blir studert i detalj under den metoden som er best egnet, og hvor målet er å utvikle en full forståelse av caset. Gjennom case-studier forsøker man å bevare helheten og integriteten i caset eller situasjonen, men man må imidlertid utvikle en avgrenset problemstilling for å kunne oppnå et visst fokus (Silverman, 2010).

Det vil i en case-studie være svært vanskelig å trekke generelle slutninger eller utlede betraktninger om populasjonen på bakgrunn av studier av *en* gruppe. Likevel kan case-studier være nyttige til å belyse viktige fenomener ut i fra en grundig og helhetlig beskrivelse av ett tilfelle (Kumar, 2014).

4.3 Datainnsamling

Datainnsamlingen har foregått over en periode på fire måneder. Det ble gjort observasjonsstudier i november 2016, mens individuelle intervjuer og et fokusgruppe-intervju ble gjennomført i februar 2017. Det er gjort datatriangulering for å øke intern validitet (Justesen og Mik-Meyer, 2012). Det var i utgangspunktet tenkt å gjennomføre to fokusgrupper, men datainnsamlingen ble avsluttet etter det første da det var oppnådd et metningsnivå. Såkalt «data saturation» oppstår når nye deltagere ikke bidrar med ny informasjon eller nye relevante temaer (Justesen og Mik-Meyer, 2012).

4.3.1 Observasjon

Den første delen av datainnsamlingen ble gjort via deltagende observasjon. Deltagende observasjon innebærer at forskeren er et naturlig medlem av gruppen som blir studert (Justesen og Mik-Meyer, 2012). Det var under observasjonen åpenhet om studiet og på forhånd ble det innhentet muntlig samtykke fra deltagerne som ble observert. Observasjon kan være en nyttig måte å skaffe data på da det gir forskeren muligheten til å få et bedre innblikk i en situasjon, interaksjon eller et fenomen når det finner sted (Kumar, 2014). Det ble observert da sykepleiere fikk opplæring i en spesifikk legeoppgave. Hensikten med å observere var å få et bedre innblikk i prosjektet på den aktuelle avdelingen, samt å få inspirasjon til videre utvikling av en intervjuguide.

4.3.2 Individuelle intervjuer

Det ble utført semi-strukturerte intervjuer over en periode på tre uker. Semi-strukturerte intervjuer ble valgt for å kunne la intervjuobjektene selv bringe samtalen inn på områder som var viktig for dem. Ved at spørsmålene er åpne og intervjuet er mer formet som en strukturert samtale vil man lettere få frem genuine holdninger, tanker og bekymringer rundt oppgaveglidning (Justesen og Mik-Meyer, 2012).

Intervjuguiden ble utarbeidet delvis på bakgrunn av tidligere gjennomført observasjon og delvis med utgangspunkt i litteratur om temaet. På bakgrunn av min kjennskap til intervjuobjektene, samt deres arbeidshverdag og spesifikke fagfelt, var det noe utfordrende å utarbeide en intervjuguide som sørget for at informantene svarte utfyllende på spørsmålene. Som intervjuer var jeg opptatt av at intervjuobjektene ikke skulle utelatte informasjon fordi de antok at jeg visste svaret. Gjennom et intervju er det viktig at man viser intervjuobjektet at man lytter, viser forståelse og er interessert, slik at de blir oppmuntret til å fortsette å prate (Leech, 2002). I en intervjusituasjon er det også viktig å huske at informantene kanskje aldri har tatt del i en akademisk studie før og derfor kan være nervøse. Det er derfor lurt å starte intervjuet litt lett og begynne med å informere om prosjektet og at de når som helst har mulighet til å trekke seg (Leech, 2002).

Det ble gjennomført et pilot-intervju i forkant av øvrige intervjuer for å se om guiden var god nok for å få frem utdypende svar og meninger, samt at jeg som intervjuer fikk en mulighet til å trene på aktiv lytting og bli komfortabel med intervjusituasjonen. Etter pilot-intervjuet ble det gjort små justeringer i spørsmålsformuleringen og lagt til et spørsmål i den opprinnelige intervjuguiden.

Alle intervjuene fant sted på den aktuelle avdelingen og på et egnet rom slik at man unngikk unødvendige forstyrrelser under intervjuet. De fleste intervjuene ble gjennomført i forbindelse med intervjuobjektets arbeidstid – enten før eller etter avsluttet vakt.

4.3.3 Fokusgruppe

En fokusgruppe er en organisert diskusjon med en utvalgt gruppe for å få frem deres synspunkter og erfaringer om et bestemt tema. En fokusgruppe kan enten brukes som eneste

datainnsamlingsmetode eller som et supplement til andre metoder (Gibbs, 1997). Under perioden med individuelle intervjuer ble det lagt merke til at intervjuobjektene ofte ble ”trigget” av små utsagn eller hjelpespørsmål fra meg som intervjuer. Det ble tydelig at jo mer jeg deltok i samtalen, jo mer utfyllende informasjon kom de med. På bakgrunn av dette var det interessant å se om det ville komme frem nye synspunkter dersom man lot de ”trigge” hverandre i en fokusgruppe. Det ble satt sammen en fokusgruppe og utarbeidet en intervjuguide for et fokusgruppe-intervju. En slik intervjuguide skal inneholde brede emner eller spørsmål for diskusjon (Kumar, 2014). Fokusgruppe-guiden tok utgangspunkt i de individuelle intervjuene, men besto av langt færre spørsmål. Formålet var en realistisk tilnærming, hvor fokuset var *hva* de sa og ikke hvordan de forholdt seg til hverandre (Justesen og Mik-Meyer, 2012).

Fokusgruppe skal sees på som en gruppediskusjon fremfor et gruppeintervju, og intervjueren fungerer som ordstyrer (Justesen og Mik-Meyer, 2012). Det ble satt sammen en fokusgruppe på seks personer. På grunn av tidsbegrensninger var det vanskelig å rekruttere andre yrkesgrupper enn sykepleiere. I likhet med de individuelle intervjuene ble det valgt personer med en variert arbeidserfaring til fokusgruppen - både med tanke på antall år i yrket og tidligere arbeidssteder.

4.4 Utvalg

Utvalget i dette studiet er ikke-representativt da det er lite, og kan ikke representere hele populasjonen.

Utvalget er ikke-tilfeldig og det har blitt gjort «purposeful sampling» ved å inkludere personer som kan belyse ulike aspekter av fenomenet (Justesen og Mik-Meyer, 2012). Utvalget er strategisk ved at det bevisst er valgt personer som i første omgang har kjennskap til temaet, men også fordi det er antatt at de kan ha ulike synspunkter og holdninger til fenomenet. På den måten kan dette utvalget belyse temaet fra ulike sider og bidra med essensiell informasjon for å kunne besvare problemstillingen. Noen av personene i utvalget er inkludert ved «snowball sampling», hvor de har blitt foreslått eller anbefalt av andre inkluderte deltagere enten fordi de har spesiell kjennskap til temaet eller utradisjonelle synspunkter (Justesen og Mik-Meyer, 2012).

Utvalget er hentet fra en ansattgruppe ved en somatisk sengepost på et universitetssykehus i Norge. Avdelingen er høyspesialisert, har stor pasientaktivitet og innehar nasjonalt ansvar for enkelte pasientgrupper og behandlingsmetoder. På den aktuelle avdelingen ble det høsten 2016 satt i gang et prosjekt på oppgaveglidning der en gruppe sykepleiere skulle få opplæring i spesifikke legeoppgaver. Denne studien forsøker å belyse klinikers holdninger til oppgaveglidning og det anses derfor hensiktsmessig å samle et utvalg fra et sted hvor dette allerede er kjent som fenomen.

Tabell 1 viser en oversikt over personene i utvalget. Utvalget består av leger og sykepleiere, hvor det er variasjoner i kjønn, alder og arbeidserfaring. Totalt er utvalget på elleve personer, hvorav tre er leger og åtte er sykepleiere. Tre av personene i utvalget har i tillegg til sine kliniske oppgaver også andre roller i avdelingen, én av disse har en lederrolle. Tre av sykepleierne deltar i prosjektet om oppgaveglidning.

Tabell 1:

| Yrkestittel og arbeidserfaring | Antall: |
|--------------------------------|-----------|
| Sykepleier <1 års erfaring | 1 |
| Sykepleier >3 års erfaring | 5 |
| Sykepleier >10 års erfaring | 2 |
| Lege i Spesialisering | 1 |
| Overlege | 2 |
| Totalt: | 11 |

4.5 Bearbeiding og analyse

Alle individuelle intervjuer og fokusgruppen ble tatt opp på lydopptaker og transkribert i sin helhet mellom intervjuene. Allerede under transkriberingen ble sitater og utsagn som utmerket seg notert.

Det har blitt brukt tematisk analyse for bearbeiding og analyse av dataene (Braun og Clarke, 2006). En tematisk analyse er fleksibel og innebærer at man kan tilnærme seg temaer og

deres prevalens på en rekke måter, men det er viktig at dette gjøres konsekvent (Braun og Clarke, 2006). Temaene er sterkt knyttet til selve dataene og de identifiserte temaene har ikke nødvendigvis en direkte tilknytning til spørsmålene som er stilt under intervjuene. Selv om dette kan sies å tilhøre en induktiv tilnærming er det her brukt en teoretisk tilnærming, hvor den tematiske analysen er drevet av teori og forskerens analytiske interesse for feltet (Braun og Clarke, 2006).

Den tematiske analysen ble gjennomført gjennom flere faser og trinn. Den første fasen innebar å bli godt kjent med råmaterialet. Ved at intervjuene ble transkribert manuelt har man tidlig dannet seg et grunnleggende inntrykk av dataene. Da alle dataene var ferdig transkribert ble samtlige lest gjennom på en aktiv måte og viktige seksjoner ble markert. Den andre fasen innebar å generere primære koder. Koding av data er den delen hvor man organiserer dataene inn i meningsfylte grupper (Braun og Clarke, 2006). Det ble jobbet systematisk gjennom hele datasettet og kodene ble markert og satt inn i en tabell for å kunne få en oversikt over alle kodene og deres prevalens.

Etter at kodingen var avsluttet ble det innledet en fase hvor kodene ble satt i system og samlet i kategorier. Disse kategoriene ble senere sett i lys av problemstillingen for å identifisere relevante og meningsfylte temaer. Den neste fasen innebar å gjennomgå, definere og navngi temaene. Her ble det identifisert hvilke temaer som kunne slås sammen og hvilke temaer som var underordnet et annet (Braun og Clarke, 2006). Deretter ble viktigheten av hvert enkelt tema vurdert, samt sett i sammenheng til hverandre og en bredere overordnet sammenheng.

Den siste fasen innebar å se temaene i lys av oppgavens formål for å beslutte hvilke temaer som skulle inkluderes for å kunne besvare problemstillingen. En tematisk analyse er en tidkrevende prosess, men er essensiell for å kunne produsere en analyse som er konsis, sammenhengende, logisk og ikke-repeterende (Braun og Clarke, 2006).

4.6 Prosjektets kvalitet

4.6.1 Reliabilitet

Reliabilitet handler om i hvilken grad et studie kan etterprøves. Det vil si i hvilken grad en studies metode er vel definert, slik at andre i prinsippet skal kunne klare å repetere studien og komme frem til de samme resultatene (Justesen og Mik-Meyer, 2012).

Ved at forskeren i kvalitative studier er en aktiv deltager utvikles dataene gjennom et samarbeid mellom forsker og informanter (Justesen og Mik-Meyer, 2012). I denne studien er jeg som forsker en del av miljøet jeg forsker på og på den måten vil det være umulig å være helt nøytral. For å sikre reliabilitet er det derfor viktig å gjøre prosessen så transparent som mulig ved å detaljert beskrive strategi, metode og analyse. I tillegg vil refleksivitet være vesentlig i en forskningsprosess som dette. Refleksivitet er anerkjennelsen av hvordan forskeren kan ha påvirket forskningsprosessen (Justesen og Mik-Meyer, 2012). Valg av tema, problemstilling og metode er påvirket av min yrkesbakgrunn og jeg har derfor vært bevisst på dette gjennom hele prosessen. Hvordan dette kan ha påvirket prosessen og resultater vil bli drøftet nærmere i kapittel 6.7.

4.6.2 Validitet

Validitet stammer fra det latinske ordet ”validus” som betyr ”sterk” og sikter til prosjektets gyldighet (Justesen og Mik-Meyer, 2012). I følge Malterud (2002) kan validitet styrkes gjennom strategier som triangulering, informantvalidering, refleksivitet og en klar fremstilling av datainnsamling og analyse. I kvalitative studier kan man skille mellom intern og ekstern validitet. Intern validitet sier noe om studien måler det det har som hensikt å måle. Dette innebærer at studiens resultater er i tråd med problemstillingen og underordnede forskningsspørsmål (Silverman, 2010). For å sikre intern validitet har det gjennom forskningsprosessen blitt arbeidet aktivt med intervjuguiden og senere analysering av data for å sikre at problemstillingen blir besvart. Ekstern validitet er i hvilken grad studiens funn og resultater er overførbare til andre lignende situasjoner (Justesen og Mik-Meyer, 2012). I det skriftlige arbeidet er det derfor fokusert på å tegne et bilde av avdelingen utvalget er hentet

fra, hvilke rammer de arbeider under, samt utvalgets medlemmer. På den måten er det lettere for leseren å kunne bedømme overførbarheten til andre settinger.

Hensikten med studien er å undersøke klinikerens holdninger til oppgaveglidning som fenomen i nåtidens helsevesen. Ved å bruke lydopptaker under alle intervjuene og være nøye i transkripsjonsprosessen sørger man for en nøyaktig gjengivelse av det som blir sagt. Som kollega av intervjuobjektene er jeg godt kjent med rammene de arbeider under og det er lett å forstå hvilke situasjoner og eksempler de beskriver. Dette kan gi mindre rom for feiltolkning og øker i seg selv validitet. Likevel vil det alltid være en risiko for misforståelser eller at sitater er tatt ut av sammenheng. For å forsikre seg om at sitater og utsagn fra intervjuobjektene ikke har blitt tatt ut av sin sammenheng eller feiltolket er det lønnsomt å gjøre respondent validering. Dette innebærer at deltagerne i studien har fått mulighet til å lese gjennom resultatene og komme med kommentarer til eget bidrag (Justesen og Mik-Meyer, 2012). Alle informantene har fått tilbud om å lese gjennom egne sitater og bidrag, men ingen har ønsket å gjøre dette.

4.7 Etiske overveielser

Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) med prosjektnummer 50435. Alle deltagerne i studien er informert om hensikten med oppgaven, at det er frivillig å delta og at de når som helst kan trekke seg fra studien. Det ble innhentet skriftlig samtykke fra samtlige informanter i forkant av intervjuer eller observasjon. Alle deltagerne har også fått mulighet til å lese resultatene og eventuelt komme med tilbakemeldinger på deres personlige sitater.

Avdelingens ledelse er informert og godt kjent med studien, de har også vært svært hjelpelige underveis i prosessen. Det er også godt kjent i avdelingen at det gjøres en studie på oppgaveglidning og at flere av de ansatte deltar i studien. Det følte derfor nødvendig å understreke for alle deltagerne at dersom andre ansatte på avdelingen vil lese den ferdige oppgaven er det en viss fare for at de kan bli gjenkjent av sine kollegaer.

På bakgrunn av det overnevnte, samt at oppgavens tema er å anse som lite sensitivt er det ikke blitt tatt andre etiske hensyn enn personvern i dette studiet.

5 Resultater

I dette kapitlet presenteres resultatene fra intervjuer og fokusgruppen i en tematisk rekkefølge. Kapitlet inneholder kun selve resultatene fra datainnsamlingen og analysering og drøfting av resultatene blir presentert i kapittel 6. Det er valgt å la resultatene, med relevante sitater fra informantene, få et eget kapittel for at utvalgets informative bidrag skal komme tydelig frem. Det er i tillegg lettere for leseren å skille mellom datamaterialet og min fortolkning ved å presentere resultatene i et eget kapittel (Everett og Furseth, 2012).

De første delene av kapitlet beskriver informantenes positive holdninger til oppgaveglidning. De neste delene omhandler utfordringer og forutsetninger for oppgaveglidning. Deretter fokuseres det på hvor man skal sette en grense for hvilke oppgaver som egner seg å flyttes på.

5.1 Team-tenkning

Både leger og sykepleiere i utvalget fremhever viktigheten av å tenke at det er et team som skal levere tjenester og ikke enkeltpersoner eller en enkelt profesjon. De fleste av intervjuobjektene påpeker at de ulike utøverne i helsevesenet er avhengig av hverandre for å levere gode tjenester.

”Det forutsetter på en måte at du tenker at vi ikke skal levere som enkeltpersoner, men vi skal levere helsetjeneste som et team” (Lege 2)

En av legene mener at hvem som utfører de ulike oppgavene ikke spiller noen stor rolle, så lenge det organiseres på en slik måte at oppgavene blir løst mest mulig effektivt og på best mulig måte.

I fokusgruppen kom også dette temaet opp, men de utdypet også viktigheten av å inkludere og verdsette alle for den jobben de gjør. Diskusjonen kom på banen etter en drøfting av hvilke oppgaver sykepleierne kunne tenke seg å gi fra seg. Fokusgruppen påpekte at på en slik avdeling er alle oppgavene viktig og alt må gjøres ordentlig og de som gjør det må forstå

helheten og viktigheten i det de bidrar med. En av sykepleierne uttalte følgende om vasking og klargjøring av rom:

"Man må ha en viss kompetanse også for å gjøre de tingene. Vi burde egentlig inkludert vaskepersonalet mer i vår avdeling for at de også må forstå hva for en viktig jobb de gjør! Og det synes jeg mangler fullstendig her... For jeg vet ikke hvor mye de forstår av den jobben de gjør, og hvor viktig det er at de gjør det ordentlig. Vi også må vise at de er en "del av oss" på en måte." (Deltager i fokusgruppe)

5.1.1 Økt fleksibilitet

Flere av intervjuobjektene mener at den store fordelen med oppgaveglidning vil være økt fleksibilitet i arbeidsgruppen eller teamet. Ved at for eksempel sykepleiere kan utføre enkelte legeoppgaver vil det medføre at oppgavene er fordelt på flere hender og hverdagen kan flyte litt lettere. Dette begrunnes i at det til alle døgnets tider er flere sykepleiere enn leger på jobb, og at sykepleierne ofte må vente på en lege for å komme videre i sitt arbeid.

Stort sett hele utvalget enes om at oppgaveglidning på den måten kan føre til økt effektivitet.

"Fordelen er at det blir jo mer fleksibelt hvem som kan utføre ting. Det er jo langt flere sykepleiere enn det er leger, så det kunne jo kanskje effektivisert ting." (Sykepleier 4)

"Hvis noen har det veldig travelt, så kan sykepleierne gjøre det. Og hvis sykepleierne har det veldig travelt gjør legene det – man kan bruke flere til samme oppgaver." (Sykepleier 1)

"Jeg tenker man må se på oppgaver som kan løses av flere personer innad i et team... Både med benmarger og andre prosedyrer også, at man er flere i et team, med ulike roller i teamet som kan løse samme oppgave eller gjøre same prosedyre. Den som har mest kapasitet kan gjøre prosedyren." (Lege 1)

En av sykepleierne peker også på at det blir en hyggeligere arbeidsplass og bedre samarbeid om man er litt fleksibel og ikke er låst til hvem som eier de ulike oppgavene.

En annen sykepleier gir et eksempel på at legene også kan spare tid på å gjøre enkelte oppgaver selv.

"Men jeg tenker de gangene sykepleiere tar over oppgaver fra leger er det jo ikke fordi ikke legen kan gjøre det selv, men fordi at de har tidspress. Ikke sant, som at det at en

lege bruker fem minutter for å lete etter en sykepleier skal ta et blodtrykk, da kan du jo like gjerne gjøre det selv.” (Sykepleier 4)

5.1.2 Bedre ressursutnyttelse

Flere i utvalget understrekte at oppgaveglidning kan føre til at man får utnyttet de menneskelige ressursene bedre og mer riktig. I tillegg til rene praktiske prosedyrer er det mange pasienter som skal vurderes av lege rent rutinemessig. En av legene påpeker at i mange tilfeller kan erfarne sykepleiere gjøre en slik vurdering like godt som legene. På den måten kan legen få frigjort mer tid til de mer kompliserte eller sykere pasientene.

”Vi kan bruke mer tid på det bare vi kan gjøre! Kanskje nettopp å ta seg av de pasientene som er dårlige, som det er noe med, som man kanskje får for kort tid til å fundere på fordi alle de rutinetingene tar mye tid.” (Lege 3)

”...Og hvis vi kan få bort oppgaver sånn at legene kan gjøre det de er gode på og det de skal gjøre, så kan sykepleierne sørge for at ting blir gjort. Og at man alltid da kan gjøre det på lavest mulig nivå, det er jo forså vidt et poeng det også” (Sykepleier, 7)

5.2 Positive til nye arbeidsoppgaver

Nesten alle intervjuobjektene påpeker at nye utfordringer er viktig for personlig utvikling i jobben. Det å få nye oppgaver oppleves av sykepleierne i utvalget som spennende, og noen opplever dette som en tillitserklæring som fører til økt motivasjon.

5.2.1 En tillitserklæring

Flere av sykepleierne i utvalget anser det å få tildelt oppgaver fra legene som en tillitserklæring.

”Spennende for sykepleiere som vil gjøre det å gjøre det... det er jo på en måte en tillitserklæring ... Ved at man stoler på at sykepleiere kan utføre en oppgave som tidligere har blitt ansett som en legeoppgave - man ser på de som kompetente hvis de får den rette opplæringen.” (Sykepleier 1)

Flere av sykepleierne påpeker at de føler jobben de gjør er verdsatt når legene stoler på at sykepleierne kan utføre oppgavene like forsvarlig og godt som dem selv.

"At leger og ledelsen synes det er forsvarlig at vi gjør det, det sier jo litt om den jobben vi gjør da. At folk er fornøyd og synes vi kan bidra på et mer avansert plan, det synes jeg er kult!" (Sykepleier 3)

5.2.2 Økt motivasjon

Flere mener at det å få nye utfordringer i sykepleieryrket gir økt motivasjon. Det at man har jobbet på samme arbeidsplass lenge gjør at man kan føle seg litt utlært og trenger nye utfordringer for å ha motivasjon til å fortsette på samme arbeidsted.

"Det handler jo om selvrealisering og mestringsfølelse. Hvis man jobber på et sted hvor man gjør det samme i ti år, så blir man til slutt ganske lei. Det blir jo som en boost da, eller motivasjonboost." (Sykepleier 1)

Enkelte peker også på at dette kan bidra til at sykepleiere som kanskje hadde vurdert å bytte arbeidsplass heller velger å bli på avdelingen.

"Og så tror jeg at hvis vi skal holde på sykepleiere så må vi gi de nye utfordringer! Det blir det samme som i skolevesenet at de som er fryktelig gode i matte ikke skal sitte å kjede seg." (Sykepleier 7)

5.3 Potensielle utfordringer

Alle intervjuobjektene er positivt innstilt til oppgaveglidning mellom leger og sykepleiere, men de peker også på noen potensielle utfordringer.

5.3.1 Fragmentering av oppgaver

Oppgaveglidning sees på som hensiktsmessig i mange tilfeller og det er positivt at for eksempel en gruppe sykepleiere får ekstra opplæring i å utføre oppgaver som tradisjonelt har tilhørt legene. Både leger og sykepleiere fremhever imidlertid at det ikke er hensiktsmessig og dele opp oppgavene for mye. Ved at man deler opp oppgavene i forskjellige

spesialoppgaver vil det føre til at enda flere personer er involvert i samme pasientbehandling, hvilket ikke er fordelaktig.

"Det som er viktig tenker jeg, at jo flere personer man involverer rundt da behandling, undersøkelse, prosedyre rundt en pasient jo større fare er det for at viktig informasjon ikke kommer frem, som igjen kan føre til komplikasjoner." (Lege 1)

En annen ulempe ved en *for* fragmentert oppgavedeling er at pasienten må forholde seg til enda flere personer, som er en unødvendig belastning. En av sykepleierne uttrykker at det blir svært gammeldags, og man mister noe av helheten hvis man skal dele opp sykepleieroppgavene rundt en pasient på flere sykepleiere.

"...noe av det handler om å "gjøre alt". Vi skal servere mat, stelle, gi medisiner, vurdere medisiner, være med på visitt. Ikke gå tilbake igjen til sånn vi gjorde før "du stelte, du gikk med pilletralla og du hang opp medisiner." (Sykepleier 7)

5.3.2 Hierarki og profesjonsskille

En av utfordringene eller ulempene ved at noen sykepleiere tar over legeoppgaver er at det kan dannes et slags sykepleierhierarki. Både leger og sykepleiere påpeker at dette kan bli et uheldig utfall av oppgaveglidning.

"Jeg føler at da blir det en slags sånn hierarkisk struktur på det da, for da vil sikkert de ha mer lønn, for de føler de er, holdt på å si, bedre sykepleiere, enn de som faktisk tilbringer tid sammen med pasienten." (Sykepleier 8)

Det fremstår som at de fleste intervjuobjektene synes en slik hierarkisk struktur ville vært uheldig da alle oppgavene er viktige og man er helt avhengig av de som bare gjør de "vanlige oppgavene" også.

"...men det må ikke bli sånn at vi setter de oppgavene høyere enn de som gjør en god sykepleierjobb" (deltager i fokusgruppe)

En av sykepleierne påpeker imidlertid at det ved avdelingen lenge har vært noen som har ekstra ansvarsområder eller oppgaver utover de vanlige sykepleieroppgavene, og opplever ikke at det har blitt noe hierarkisk struktur av dette og ser derfor ikke på dette som et potensielt problem.

En av sykepleierne påpeker at skillet mellom lege og sykepleier kan bli mindre ved at sykepleierne får delegerte legeoppgaver. I tillegg nevner en av legene at det finnes en mulighet for at oppgaver som tradisjonelt har tilhørt den ene eller andre profesjonen får lavstatus og dermed blir nedprioritert.

5.3.3 Stiller krav til sykepleierutdanningen

Noen av sykepleierne påpeker at selve sykepleierutdanningen ikke er god nok slik den er i dag. Dersom utviklingen fortsetter i en retning hvor sykepleiere overtar flere og flere avanserte oppgaver stiller det enda høyere krav til sykepleierutdanningen. En av sykepleierne uttrykker at hun i jobben gjør ting som hun ikke kunne sett for seg at hun skulle gjøre da hun tok utdanningen. Flere sykepleiere i utvalget føler ikke det er samsvar mellom utdanningen og den jobben de faktisk gjør.

"Og så tenker jeg at hvis sykepleierne skal gjøre mer legeoppgaver så må jo også lønn osv stilles deretter og så må det være høyere krav i sykepleierutdanningen. Jeg føler ikke at den er i samsvar med det man gjør her. (Sykepleier 3)

De sykepleierne som tok opp problemet med deres utdanning hadde varierende erfaring, men var svært enige i at sykepleierutdanningen ikke er en god nok forberedelse til de utfordringene de møter i den jobben de har.

"... og at det kanskje ikke er helt samsvar med det man lærer i grunnutdanning. Altså det er jo ikke mye vi lærte på skolen, som vi har lært her. Egentlig for å kunne komme til en avdeling sånn som det her så tenker jeg at det skulle vært mer opplæring på mange ting i grunnutdanningen." (Sykepleier 5)

5.4 Fordeling av oppgaver etter kompetanse

5.4.1 Vil bli kvitt sekretæroppgavene

Flere av intervjuobjektene var svært tydelige på hvilke oppgaver som krever mest av deres tid. Dette er oppgaver som flere betegnet som sekretæroppgaver og innebærer det å ringe

rundt for å få tak i riktig informasjon, bestille prøver, fylle ut skjemaer, gå med prøver og generell logistikk.

"... Og sitte å rive av navnelapper og legge på og sånne ting, det er verken en lege eller sykepleieroppgave mener jeg da. Rive av lapper, legge i permer og gå bort på laben med det osv" (Lege 1)

Dette ble beskrevet som oppgaver som kan kreve mye tid og oppleves som uhensiktsmessig at utdannet helsepersonell skal gjøre. Både leger og sykepleiere viste et sterkt engasjement rundt dette og mente at mye tid ville bli frigjort til mer pasientnær tid, og viktigere oppgaver dersom man kunne slippe å gjøre disse oppgavene.

"Jeg ser jo på det som mye mer problematisk at vi gjør sekretæroppgaver. Det er en ufattelig misbruk av ressurser tenker jeg, hvis man tenker at legeressurser er begrenset" (Lege 3)

"Som for eksempel hvis man har en ganske dårlig pasient, så kan man ende opp med å stå inne hos den pasienten en hel vakt og hele tiden ha ting å drive på med og når man da plutselig skal få sånne ting i tillegg, så føler man at man ikke får hodet over vannet i det hele tatt." (Deltager i fokusgruppe)

I tillegg påpeker fokusgruppen at de nok bruker nok ekstra mye tid på slike oppgaver fordi de ikke er erfarne nok med mye av det sekretærene gjør på dagtid. Eksempelvis trekkes det frem at noe så enkelt som å bestille en taxi kan ta mye tid fordi systemene er tungvinte og man ikke er godt nok kjent med hvordan de fungerer. Dette gjør at det blir ekstra krevende når man også er mindre helsepersonell på jobb på de tidene det heller ikke er sekretærer.

"Det lager oss så mye jobb, og så vet jeg heller ikke helt hvordan det skal gjøres. Og så bruker man mye tid på sånne ting. Ofte så synes jeg det er for det meste papirarbeid og eksterne ting som faller på oss i helgene..." (Deltager i fokusgruppe)

5.4.2 Verner om sykepleieroppgavene

Flere av sykepleierne bruker setningen "vi er jo som poteten" når de skal beskrive hva de gjør – de gjør alt mulig.

"Sykepleiere er jo allerede en diffus potet som brukes til veldig mye rart og som skal strekke seg i alle retninger for å avlaste og sørge for at det blir nettopp glidende

overganger da. Så noen ganger er det kanskje på tide å stoppe litt opp og tenke "hva er egentlig sykepleie og hva er vår profesjon." (Sykepleier 8)

Mange er positive til å påta seg mer avanserte oppgaver, men er samtidig bekymret for at det for noen kan bli for mye. De viser nemlig liten interesse for å gi fra seg så mange av sine oppgaver til mindre utdannet personell.

"Hmm... det kan jo være enkle stell, men det skjer jo også at assistenter gjør det. Men det er også viktig at vi som sykepleiere gjør det, for vi observerer mye i stellet" (Sykepleier 1)

"Det blir på en måte; ja det er kult å lære noe nytt å ta for eksempel beinmarg eller blodgass, men likevel må det være så lite av det at man ikke mister det man allerede har, fordi ja.. man skal jo komme til legen på visitt og svare på ganske mye ting om alt fra vitale tegn, til ernæring til avføring. Du skal ha ganske god innsikt i pasienten hver eneste dag. Og da er det en fordel å ha vært med på det selv." (Sykepleier 5)

De fleste sykepleierne er åpne for å kunne vurdere enn ny oppgavefordeling av sine egne oppgaver. Samtidig uttrykker enkelte en bekymring for å miste noe av helheten i sin egen profesjon.

"Og så er det noe av det med å få helheten i forhold til det å ta målinger selv og gjøre vurderinger og være inne hos pasienten og snakke med pasienten. Altså man kan godt delegere det å rydde på rommet ellet hva enn, men da får man ikke de møtepunktene med pasientene som jeg tror er viktig som sykepleier også da" (Sykepleier 8)

5.5 Forutsetninger for oppgaveglidning

Både i de individuelle intervjuene og i fokusgruppen kommer det frem en rekke forutsetninger for at oppgaveglidning skal være hensiktsmessig på en spesialisert sykehusavdeling. Flere sikter til at det vil variere fra avdeling til avdeling når det er hensiktsmessig å ha oppgaveglidning.

"Og jeg tror kanskje det vil være forskjellig i ulike avdelinger hvilke oppgaver det er hensiktsmessig å ha oppgaveglidning på. Det kommer ann på ressursene hva som er flaskehalsen der man er da, og det vil jo sikkert være veldig forskjellig." (Lege 3)

I tillegg er det en bred enighet om at mengdetrening, god opplæring, tydelig ledelse og en aksept i det interne miljøet er forutsetninger for en vellykket gjennomføring av oppgaveglidning.

5.5.1 Mengdetrening og god opplæring

Alle i utvalget mente god opplæring var det aller viktigste når man skal ta over en oppgave fra en annen yrkesgruppe.

"Nei, jeg ser jo ikke noe problem med det så lenge man har god opplæring. En sykepleier kan jo bli like flink til å gjøre det som en lege. Hvis bare man har ordentlig opplæring, og legene har jo ikke nødvendigvis ordentlig opplæring en gang." (Sykepleier 4)

I tillegg ble mengdetrening trukket frem som en vesentlig faktor dersom det er snakk om praktiske oppgaver som for eksempel benmargsprøver.

"Man må ha god opplæring. Og så må man på en måte føle at man behersker det før man får det fulle ansvaret for det. Og hvis det skal ha noe nytte i det, så må det være noe som er såpass mye volum så det forsvarer den opplæringen, for det vil jo også ta sykepleierne ut fra andre oppgaver. Så det må jo være noe som totalt sett sparer arbeid da." (Lege 3)

5.5.2 Ledelse og system

En annen forutsetning for at oppgaveglidning skal være gjennomførbart og vellykket er at det må være ledelsesforankret. Det må settes i et system og være en plan for både opplæring, gjennomføring og evaluering.

"Jeg synes det er viktig å være bevisst på det. Og jeg synes det er viktig at det sitter noen, for eksempel ... og ... (ledere) på dette kontoret og har en oversikt over hvor mange oppgaver som absorberes av denne plastiske massen og at det kan sitte noen å bestemme at "nei, akkurat det må legene gjøre" (Sykepleier 7)

Noen av sykepleierne mener de må få nok tid til opplæring og derfor frigjøres fra andre oppgaver. De uttrykker bekymring for at hvis det baseres på at man skal få opplæring innimellom alt annet vil det bli vanskelig å gjennomføre.

5.5.3 Internt miljø og frivillighet

For at oppgaveglidning skal være vellykket på en sykehusavdeling påpeker utvalget at kulturen og det interne miljøet på arbeidsplassen er en viktig faktor. Det pekes på at en slik endring må ha en aksept blant de ansatte og at både den gruppen som skal gi fra seg og den som skal ta over oppgaver må være positivt innstilt.

”Det må ha en legitimitet i de to gruppene det handler om.” (Lege 2)

En av sykepleierne uttalte at implementering av nye rutiner ofte går bedre når det blir drøftet med de berørte gruppene i forkant.

”Det bør jo drøftes og høre med de som skal gjøre det hvordan de stiller seg til det. Det er jo kjipt å innføre noe som en gruppe er kritiske til å starte med, da blir det ofte motgang.” (Sykepleier 1)

Flere i utvalget peker på at det alltid vil være noen som er negative til nye rutiner eller andre oppgaver og gir eksempler på tidligere endringer i avdelingen som møtte motstand, men som i dag fungerer bra. Noen mener også at i en såpass stor avdeling vil det derfor ikke være hensiktsmessig å drøfte *alle* endringer på forhånd, for det er rett og slett for mange ansatte.

Flere påpeker at hvis man vet *hvorfor* man gjør endringer og at man selv ser hensikten med det skaper det en større aksept og vilje for å gjennomføre en endring.

”Og så tenker jeg så lenge sykepleierne vet at det er blitt gjort et godt forarbeid for hvorfor man har valgt å gjøre det. Og at man har sånne testgrupper for å se, og at de kanskje kan stå litt frem. Hvor de kan få lov til å si sin mening og være ærlig og si om de synes det er greit eller ikke og om det er forsvarlig. Det må jo gjøres en vurdering på det.” (Sykepleier 3)

Noen peker også på at det kan være hensiktsmessig og basere overtagelsen av nye oppgaver på frivillighet – at det er de som ønsker nye utfordringer som tar over oppgaver. Spesielt når det er snakk om tidligere legeoppgaver.

”Mye av det må kanskje være litt sånn frivillig. Hvis det er noe som er ansett som en typisk legeoppgave, at man ikke føler man får tredd det over seg.” (Lege 3)

"... og at de som skal gjøre det føler seg trygge og at det er frivillig. At de føler det er noe de velger selv, og det må være lov å si nei, at dette føler jeg ikke er noe jeg kan gjøre" (Sykepleier 1)

Det understrekes likevel fra flere i utvalget at det ikke alltid vil la seg gjøre å basere endringer i oppgavefordelingen på frivillighet. Enkelte ganger må man bare akseptere nye oppgaver, dersom dette er oppgaver det er bestemt at alle i en yrkesgruppe skal gjøre.

5.6 Hvor går grensen?

Det å definere en grense for oppgaveglidning og hvilke oppgaver som kan og ikke kan flyttes på synes nesten alle i utvalget var vanskelig. Mange mente at flere oppgaver kan omfordeles, men at man må tenke på hvor kompetansen og ressursene er best utnyttet. Imidlertid mente samtlige i utvalget at de oppgavene som er lettest overførbare til andre yrkesgrupper er de praktiske oppgavene. Alle i utvalget understrekte at en omfordeling av oppgaver aldri må gå på bekostning av pasientsikkerheten eller kvaliteten på tjenesten.

5.6.1 Diagnostisering og vurdering

Flere påpekte at det viktigste var at diagnostisering og avgjørende behandlingsbeslutninger forble en legeoppgave.

"Ja, jeg tenker mer sånn vurderinger om diagnose og behandling. Det kanskje er mer vårt domene da... Og også det med tolkningene av en benmarg, det er jo ikke noe grunn til at en sykepleier ikke skal kunne gjøre det heller, men det er på en måte et skritt videre igjen - for det vil ha behandlingsmessige konsekvenser" (Lege 3)

Flere sykepleiere påpekte at det er viktig at de kjenner til diagnostiske kriterier, men at det bare er legene som kan stille en diagnose.

"Nei, jeg synes jo at diagnostisering skal gjøres av leger. Og at det å diagnostisere handler ofte om å utelukke en masse greier også" (Sykepleier 7)

"Det er grunn til at legene går sin utdanning og vi går vår. Og i forhold til diagnostisering og sånn, så føler jeg jo legene både har et juridisk ansvar og faglig ansvar, at de har større forståelse for hva de faktisk driver med." (Sykepleier 8)

Flere peker til at pasientsikkerhet er det aller viktigste og derfor må beslutninger som kan ha behandlingsmessige konsekvenser forbli hos legene. Det gjelder også for ordinasjon av legemidler. Sykepleierne kan på denne avdelingen gi definerte legemidler uten legeordinasjon som de synes er greit, men få mener at denne listen av legemidler skal utvides. Det begrunnes i at i noen pasienttilfeller kan det være motforestillinger mot å gi enkelte legemidler, hvor sykepleiere ikke har tilstrekkelig kompetanse til å bedømme dette.

"Jeg tenker på sånn dosering av cellegift og alt sånne ting – jeg ville aldri begitt meg inn på det, og begynt å regne ut og finne ut om noen skulle hatt redusert cellegift for eksempel." (Sykepleier 3)

"Antibiotika dosen ordineres ut i fra hva pasienten veier, og ja det kunne vi sikkert vi klart.. men så er det alle disse tingene; MEN, på grunn av sånn og sånn, så kan han ikke få det.. De (legene) er jo lært i å se alt i en sammenheng ... Vi mangler den kunnskapen og kompetansen." (Deltager i fokusgruppe)

I tillegg påpeker flere sykepleiere at de setter seg ikke like inngående inn i alle pasientene som legene gjør og at pasientsikkerheten blir bedre ved at man har et skille mellom ordinerer og administrering av legemidler.

"Jeg synes det er greit at det er en som ordinerer og en som administrerer. Akkurat som at legene har jo ikke tilgang til medisinerrommet, de kan ordinere men de kan ikke... Det tenker jeg at det er en ting som gjør at det er større sikkerhet." (Deltager i fokusgruppe)

5.6.2 Praktiske oppgaver

Det var bred enighet om at praktiske oppgaver er de som er best egnet for oppgaveglidning i en spesialisert sykehusavdeling. Enkelte i utvalget mente også at det var lurt å dra grensen ved de praktiske oppgavene. Praktiske oppgaver er lettere å lære seg og utvalget mener det ikke påvirker kvaliteten på tjenestene så lenge det er brukt tilstrekkelig tid på opplæring.

"De oppgavene det er greiest å oppgaveglide det er jo praktiske ting. Det handler jo om et minimum av teoretiske og bakgrunnskunnskaper og det er ikke noe problem. Det er praktisk øvelse som skal til for å få det til." (Lege 2)

"Å ta en benmarg, det er en praktisk oppgave – eller en legedelegert oppgave. Du gjør prosedyren. Men å analysere den – de (legene) har utdannelse som hjelper de å analysere den prøven – og jeg har ikke det" (Deltager i Fokusgruppe)

Selv om utvalget tror at pasienter kanskje kan være skeptiske til at sykepleiere skal gjøre oppgaver de er vant til at legen gjør, mener utvalget at kvaliteten vil være den samme. Dette fordi at det handler om opplæring, øvelse og at man er praktisk anlagt – ikke om profesjon og utdanning.

”Det finnes praktikere i sykepleierstaben som det finns i legestaben. Og det finnes de som ikke er praktiske i det hele tatt i doktorstaben, uansett om de har medisinsk embetseksamen som aldri blir gode” (Lege 2)

De fleste i utvalget hevder at pasientene ikke forventer å treffe den ene eller andre profesjonen når det skal utføres praktiske ting – de forventer å treffe noen som kan.

”Jeg tror det viktigste er at den som utfører det er trygg og at det ikke gjør vondt, og da spiller det ingen rolle hvem det er.” (Sykepleier 3)

”Jeg opplever ikke at det handler om profesjon, det handler om at de vil ha noen som har gjort det mange ganger. Som en pasient ville blitt like skeptisk om det kommer en ung lege som fremstår veldig usikker på prosedyren, tror jeg.” (Sykepleier 4)

Noen av sykepleierne tror til og med at kvaliteten kan bli bedre ved at sykepleiere tar over en oppgave som benmargsprøver.

”Og sånn som med benmarg, jeg tror nok at vi er mer skånsomme. Vi er mer opptatt av hvordan pasienten har det. Og sikkert i forhold til både hygieniske prinsipper og kommunikasjon og fintfølelse og disse tingene her, ville nok vært fordelaktig for pasientene” (Sykepleier 8)

Flere sykepleiere uttrykker at de har bedre tid enn legene og derfor tar seg bedre tid under sånne prosedyrer. De skal nødvendigvis ikke videre til et flertall pasienter etterpå, men skal være hos den pasienten den vekten - både før og etter prosedyren

6 Diskusjon

I det følgende kapitlet vil først studiens resultater drøftes i lys av det teoretiske rammeverket. Deretter vil resultatene analyseres med henblikk på muligheter for videre forskning, før jeg til slutt vil drøfte studiens begrensninger, styrker og svakheter.

6.1 Oppgaveglidning som vertikal substitusjon

Oppgavens tema er oppgaveglidning i spesialisthelsetjenesten. Dette temaet er, som beskrevet, ikke noe nytt fenomen. Oppgaver har blitt naturlig omfordelt gjennom helsevesenets historie, men nytt nå er at oppgaveglidning er sett på som et virkemiddel eller verktøy i organiseringen av helsetjenester. Det finnes ikke en veletablert teori om oppgaveglidning, men heller en utdypende definisjon og beskrivelse av begrepet.

Det er definert fire typer av oppgaveglidning, men resultatene tyder på at informantene utelukkende har diskutert oppgaveglidning som vertikal substitusjon. I kapittel 3.1.3 er det gjort en begrepsavklaring og denne har også blitt benyttet under datainnsamlingen. Det ble derfor tidlig under intervjuene skapt en felles forståelse av begrepet oppgaveglidning, og hvor det da i hovedsak var snakk om å flytte oppgaver *mellom* yrkesgrupper. Således kan dette begrunne hvorfor ikke diversifisering og spesialisering har blitt nevnt av informantene, men ingen har heller fokusert særlig på horisontal substitusjon. På den ene siden kan man si at dette kan tyde på at de anser oppgaveglidning i form av vertikal substitusjon som mest hensiktsmessig eller at det er her det er ”mest å hente”. På den andre siden, kan det også være at dette synes å være gjort mest av, og at det er vertikal substitusjon som først og fremst forbindes med oppgaveglidning. Utvalget bestod av to profesjoner som jobber på samme arbeidssted og hoveddelen var sykepleiere. Sykepleiere er den største yrkesgruppen på en slik avdeling og utfører stort sett den samme jobben og avlaster hverandre gjennom en turnusordning – så for disse vil horisontal substitusjon være mindre aktuelt. Innenfor så spesialiserte rammer som informantene jobber under vil det være rimelig å anta at en lokal form for horisontal substitusjon vil være utenkelig.

Utvalget har ikke bare begrenset seg til å fokusere på vertikal substitusjon, men de har også i all hovedsak fokusert på vertikal substitusjon fra lege til sykepleier. Resultatene er også i stor grad sykepleiefokusert. Dette kan, som nevnt over, handle om at de jobber innenfor svært spesialiserte forhold, men det kan også være en annen forklaring. For det første, er åtte av elleve informanter sykepleiere. For det andre, ser legene i utvalget på det som uproblematisk og gi fra seg enkelte oppgaver til sykepleierne. Sykepleiere blir derfor den mottagende gruppen og mest berørt av en slik oppgaveglidning. Når de da i tillegg er litt motvillige til å gi fra seg sine egne oppgaver videre til mindre utdannet personell, er det de som lettest kan peke på utfordringene med oppgaveglidning.

6.2 Profesjonenes gjensidige avhengighet

Som det blir beskrevet i teorikapittelet er Abbott (1988) opptatt av å studere profesjonene i et system og relasjonene mellom dem. I resultatene kommer det frem at det å tenke team fremfor enkeltpersoner er vesentlig når det er snakk om oppgaveglidning. Oppgaveglidning vil være et ikke-tema dersom man ikke anerkjenner at helsevesenet er et vesen sammensatt av flere yrkesgrupper hvor mange av disse er gjensidig avhengig av hverandre.

Flere i utvalget peker på at en oppgaveglidning på tvers av tradisjonelle profesjongrenser kan øke fleksibiliteten og gjøre at man kan levere helsetjenester bedre og mer effektivt som et team. Dette støtter Abbotts teori, hvor profesjonene må sees i relasjon til hverandre, og man må fokusere på skjæringspunktene mellom dem, fremfor å se på hver enkelt profesjon. For å kunne vurdere hvor oppgaveglidning er hensiktsmessig må man se på nettopp skjæringspunktet mellom de ulike profesjonene i helsevesenet og deres eksisterende jurisdiksjon.

Teorien deler også profesjonsbegrepet inn i to aspekter – det organisatoriske og det performative aspektet (Molander og Terum, 2008). I lys av det organisatoriske aspektet hvor det fokuseres på hvordan profesjoner er organisert kan man se at de overordnede holdningene i resultatene gjenspeiler en slik teori. Det at de samlede resultatene peker mot at klinikerne i utvalget er positive til å omfordele enkelte typer oppgaver, fordi de mener det kan føre til en bedre fleksibilitet og mer effektive tjenester, viser de indirekte at de føler et ansvar for å tjene enkelte allmenne interesser på best mulig måte. Dette bekreftes videre ved at de er opptatt av

at både kvalitet og pasientsikkerhet må ligge til grunn i en vurdering om å innføre oppgaveglidning.

6.3 Lettere å flytte på praktisk enn akademisk kunnskap

Abbott (1988) skiller på praktisk og akademisk kunnskap. Likevel er de fleste praktiske oppgaver også forankret i et akademisk kunnskapssystem. Dette er også tilfellet i de helsefaglige profesjonene, og resultatene viser til at informantene mener at praktiske oppgaver er de letteste å overta fra eller flytte til andre yrkesgrupper. Begrunnelsen er at det ved praktiske oppgaver i all hovedsak handler om god opplæring, så lenge man har en viss teoretisk bakgrunnskunnskap. Dette samsvarer med Abbotts teori. Det var vanskelig for de fleste informantene å sette en grense for hvilke oppgaver som egner seg til oppgaveglidning, men også her viser resultatene tendenser til at det settes et skille mellom praktisk og akademisk kunnskap. Flere av informantene mente at selv om sykepleiere kunne overta enkelte praktiske oppgaver, som ulike former for prøvetaking, var det en legeoppgave å analysere prøvene – fordi de har utdannelsen og kunnskapen til å gjøre nettopp dette. Her brukes altså den akademiske kunnskapen som en begrunnelse for at leger skal beholde oppgaver som vurdering, analysering og diagnostisering. I lys av Abbotts teori kan man si at sykepleiere har mange praktiske oppgaver i sin jurisdiksjon, men de har også et akademisk kunnskapssystem som ligger til grunn for de praktiske oppgavene. Likevel er legenes kunnskapssystem større og både leger og sykepleiere i utvalget ser ut til å bruke dette som begrunnelse når de blir utfordret til å sette en grense for oppgaveglidning.

6.4 Klinikernes teoretiske kontrollsystem

Jurisdiksjon er forholdet mellom en profesjon og dens arbeidsoppgaver. En profesjons jurisdiksjon kan forsøkes erobret av andre og det kan føre til en slags dragkamp mellom to nærliggende profesjoner (Abbott, 1988). Resultatene viser få tendenser til at dette er gjeldende når det diskuteres oppgaveglidning på en sykehusavdeling. Legene og sykepleierne i utvalget fremstår opptatt av samarbeid seg i mellom og gir uttrykk for at oppgaveglidning mellom disse yrkesgruppene er uproblematisk. Imidlertid kommer det frem tendenser til en

såkalt dragkamp når det er snakk om å flytte, eller overta, oppgaver fra andre yrkesgrupper i helsevesenet, som pleieassistenter, helsefagarbeidere eller helsesekretærer.

Flere av sykepleierne i utvalget verner om de tradisjonelle sykepleieroppgavene og fremstår tvilende til å eksempelvis gi fra seg stell av pasienter til mindre utdannet personell. Ut i fra hva de svarer kan man se at de bruker et teoretisk basert kontrollsystem for å argumentere for hvorfor denne oppgaven tilhører dem - de observerer mye under stellet. Det pekes også på at hvis man flytter mange sykepleieroppgaver over til andre yrkesgrupper vil de miste en del av kontaktpunktene med pasientene, som fremheves som synd eller uheldig, når de skal skaffe seg et helhetlig bilde av pasienten. Sykepleierne bruker her sitt teoretiske kontrollsystem for å beholde oppgaver i sin jurisdiksjon.

Det kommer også frem av resultatene at når oppgaveglidning fører til at sykepleiere skal utføre mer avanserte oppgaver må det stilles høyere krav til sykepleierutdanningen. Andre påpekte også at man til tider må stoppe opp og tenke gjennom hva som egentlig er sykepleie og hva som faller inn under denne profesjonen - man må unngå at sykepleiere bare blir «avlastere» for andre yrkesgrupper. I lys av Abbotts teori kan man si at dette viser tendenser til at denne yrkesgruppen ikke føler det er et tydelig nok forhold mellom deres profesjon og jurisdiksjon. Ved å stille høyere krav til utdanningen kan dette også sies å være et forsøk på å kunne utvide sin akademiske kunnskap for å på den måten videre kunne få en sterkere teoretisk kontroll over deres nåværende og potensielt utvidete jurisdiksjon.

I utvalget er det en bred enighet om at det som betegnes som sekretæroppgaver er oppgaver klinikere anser som uhensiktsmessig at de bruker tiden sin på. En av informantene uttaler at både sykepleiere og leger er overkvalifisert til å sitte å klistre lapper på rekvisisjoner, gå med prøver o.l. De sier samtidig at deres praktiske kunnskap på merkantile oppgaver er begrenset. De uttrykker de bruker unødvendig mye tid på slike oppgaver fordi de ikke alltid vet hvordan det skal gjøres. Her kan man også si at de bruker sitt teoretiske kontrollsystem for å ekskludere slike oppgaver fra sin arbeidshverdag. I følge Abbott er teori selve valutaen i en konkurranse eller byttehandel om oppgaver mellom profesjonene. Helsesekretærene, som utvalget antyder er den rette eier av disse oppgavene, vil nok tape en dragkamp om slike merkantile oppgaver da de kan sies å basere seg på et teknisk kontrollsystem. Likevel er nok ikke problemet at helsesekretærene ikke vil gjøre disse oppgavene selv. Ut i fra hva utvalget beskriver er den største utfordringen at det ikke er helsesekretærer på jobb utover det som kan

kalles ordinær arbeidstid. Dette tyder på at det kan være verdifullt å vurdere utvidet bruk av helsesekretærer når man skal innføre oppgaveglidning på en sykehusavdeling.

6.5 Samarbeid fremfor profesjonsstrid

Resultatene i denne studien samsvarer i stor grad med Abbotts teori om profesjoner, men Abbott baserte mye av sin teori på at det til stadighet vil være dragkamp mellom nærliggende profesjoner. Det kommer frem i resultatene at det er en overordnet positiv innstilling til oppgaveglidning blant klinikerne i utvalget – særlig rundt de praktiske oppgavene. Utvalget er lite, men består likevel av to profesjoner som samarbeider tett i helsevesenet, og de fremstår som opptatt av å tenke nytt og finne en løsning på oppgavedeling som er hensiktsmessig for både klinikere og pasienter. Gjennom resultatene er det stadige utsagn som viser vilje og evne til å samarbeide om oppgavene i et team og det er lite i resultatene som tyder på en dragkamp mellom profesjonene. Dette kan nok ha sammenheng med at leger og sykepleiere er blant de som best forstår sammenhengen mellom ressursmangel og kvalitet på tjenester – de fremstår først og fremst opptatt av å finne en god løsning til pasientens beste. I denne sammenheng bør det også nevnes at det fra utvalgets side i all hovedsak ble fokusert på oppgaveglidning mellom leger og sykepleiere og veldig få av informantene nevnte andre helseprofesjoner under intervjuene. Leger og sykepleiere på samme avdeling jobber svært tett sammen og er avhengig av samarbeidet seg i mellom. Dersom andre yrkesgrupper i helsevesenet, som sosionomer, fysioterapeuter, bioingeniører eller ernæringsfysiologer hadde blitt ilagt mer fokus, kunne muligens resultatene vært noe annerledes. Det kan da tenkes at det hadde vært tendenser til en slags profesjonsstrid. Mens leger og sykepleiere på en sykehusavdeling ofte har en klar oppgavefordeling seg i mellom, så er det nok mer overlappende områder med andre helseprofesjoner. Eksempelvis er både sykepleieren og fysioterapeuten ansvarlig for mobilisering av pasienten. Dersom en pasient er underernært kan både legen, sykepleieren og ernæringsfysiologen sette i gang tiltak for å bedre ernæringsstatusen. Som eksemplene viser kan flere yrkesgrupper ha ansvar for samme område i pasientarbeidet. Disse yrkesgruppene kan også ha ulike forestillinger om hva som er viktigst i de ulike pasientsituasjonene og på den måten kan det tenkes at det er større tendenser til profesjonsstrid mellom yrkesgrupper med overlappende ansvarsområder.

6.6 Videre refleksjoner og muligheter for fremtidig forskning

Problemstillingen i denne oppgaven er begrenset til å undersøke klinikers holdninger til oppgaveglidning. I resultatene kommer det frem noen utsagn fra informantene som ikke har blitt drøftet særskilt i forhold til det teoretiske rammeverket i denne oppgaven, men som kan gi interesse til videre forskning på temaet.

En av sykepleierne påpeker for eksempel at dersom sykepleiere skal utføre flere avanserte oppgaver bør sykepleieryrket få større anerkjennelse og høyere lønn. Med en fremtidig personellmangel er ikke dette en helt utenkelig utvikling, men sett i lys av hensikten med oppgaveglidning kan dette være litt motstridende. Som beskrevet i kapittel 2.1 er en av hensiktene med å innføre oppgaveglidning å utnytte ressursene bedre. Dette kan også inkludere å benytte seg av billigere arbeidskraft der det er mulig. Kan det føre til at oppgaveglidning på lengre sikt blir et paradoks? Ved at man innfører et verktøy for å bedre ressursutnyttelsen, men verktøyet i seg selv er en drivkraft til høyere lønninger for den mottagende yrkesgruppen?

Sett fra en annen side, så påpeker utvalget at nye utfordringer gir økt motivasjon i jobben. Kan innførelsen av mer avanserte sykepleieroppgaver redusere turnover i spesialisthelsetjenesten eller bedre rekrutteringen til yrket, slik at oppgaveglidning også kan bli et verktøy for å rekruttere flere til sykepleierutdanningen?

I resultatene fremkommer det at utvalget ikke ser at verken pasientsikkerheten eller kvaliteten på tjenestene blir truet ved at sykepleiere tar over flere legeoppgaver. Noen påpeker til og med at kvaliteten på enkelte praktiske prosedyrer kan bli bedre hvis sykepleiere utfører dem, fordi de ofte tar seg bedre tid, kjenner kanskje pasientens behov bedre og er mer praktisk anlagt. Men forsvinner da også noe av hensikten med oppgaveglidning? Hvis oppgaveglidning skal føre til mer effektivitet, blir det ikke da mindre effektivt hvis man flytter oppgaver over på en yrkesgruppe som bruker lengre tid på å utføre de samme oppgavene?

Delamaire og Lafortune (2010) har forfattet en OECD-rapport om sykepleiere i avanserte roller i 12 industriland. De beskriver at deler av motstanden mot sykepleiere i mer avanserte roller stammer fra legers bekymring for hvem som har ansvaret dersom noe går galt. Noen av informantene i min studie påpeker at oppgaveglidning kanskje kan føre til et mindre profesjonsskille mellom leger og sykepleiere. Kan det tenkes at et mindre skille mellom profesjonene gjør oppgaveavgrensningen og tilhørende ansvar mindre tydelig? Utvalget peker på at det å fordele samme oppgave på flere yrkesgrupper innad i teamet vil føre til mer fleksibilitet. Vil det at flere kan utføre samme oppgave føre til en mindre tydelig ansvarsgrense, og pasientsikkerheten likevel kan bli truet?

Utvalget peker også på at oppgaveglidning kan føre til et internt sykepleierhierarki på avdelingen dersom det kun er en utvalgt gruppe som overtar legeoppgaver. Land som USA og England har kommet langt med oppgaveglidning ved å ha utviklet sykepleieres rolle og innført "nurse practitioners" (jfr. Kap 2.2). De kan derfor sies å ha innført et slikt sykepleierhierarki. Et sykepleierhierarki fremstår lite ønskelig blant utvalget, men de er likevel positive til en ny oppgavefordeling. Formelle roller som "nurse practitioners" har ikke blitt drøftet verken i intervjuer eller i oppgaven for øvrig. Min forståelse av dette er at de ikke ønsker et *uformelt* hierarki hvor det blir en slags "konkurranse" om hvilke oppgaver som er viktigst eller mest verdsatt på en avdeling.

Det er en bred enighet blant sykepleierne i utvalget om at de er positive til nye oppgaver og nye utfordringer. Enkelte påpeker likevel at dette også kan bli *for* mye. Sykepleierne får nye oppgaver, men ønsker ikke å gi fra seg så mange av sine tradisjonelle oppgaver til mindre utdannet personell. Er det riktig å skape en ny trend i organiseringen av helsetjenester hvor man legger flere oppgaver til yrkesgrupper, som sykepleiere og helsefagarbeidere, hvor alle prognoser viser at det vil bli en dramatisk mangel på innen de neste 15 årene?

På en annen side kan det være at det i enkelte deler av helsevesenet er et større problem med legemangel enn sykepleiermangel. For eksempel beskrives det fra informantene i denne studien at de har en god sykepleierdekning, og at man ser på legeressurser som en flaskehals i deler av avdelingens virksomhet. På den måten ligner dette på situasjonen i Finland sto overfor når de innførte oppgaveglidning (jfr. Kapittel 2.2). Dette tyder på at en innføring av oppgaveglidning i Norge bør videre forskes på innenfor lokale rammer.

Som nevnt tidligere er det forsket lite på oppgaveglidning i norsk sammenheng til nå. Sett i lys av helsevesenets fremtidige utfordringer og forespeilet personellmangel vil det være interessant å evaluere effekten av oppgaveglidning med tanke på kapasitet, kostnadseffektivitet, turnover og kvalitet på tjenester.

6.7 Begrensninger og betraktninger

Denne studien har forsøkt å belyse klinikers holdninger til oppgaveglidning i spesialisthelsetjenesten. Oppgaven begrenser seg til et utvalg fra én enkelt sykehusavdeling og resultatene kan derfor ikke generaliseres til å være gjeldene for alle klinikere.

Utvalget er hentet fra en sykehusavdeling som jobber utelukkende med hematologiske pasienter. Dette er en gren av indremedisinen som inneholder få praktiske prosedyrer på legesiden. Dersom utvalget hadde vært hentet fra en annen avdeling, som for eksempel en mer prosedyretung avdeling eller en kirurgisk avdeling, ville kanskje de hatt andre holdninger til oppgaveglidning. Resultatene tyder også på at informantene i stor grad deler den samme innstillingen og holdningen til oppgaveglidning – denne er gjennomgående positiv. Dersom utvalget hadde vært hentet fra flere ulike avdelinger eller sykehus er det rimelig å anta at det ville vært større variasjoner av holdninger innad i utvalget. Utvalget består kun av to grupper klinikere – leger og sykepleiere. Dette er to profesjoner som dominerer i helsevesenet, men likevel er det naturlig å tenke at dersom utvalget hadde inkludert flere klinikergrupper, som fysioterapeuter, helsefagarbeidere eller radiografer, kunne det kommet frem flere variasjoner av holdninger og synspunkter.

Utvalget er hentet fra kun en arbeidsplass av to årsaker. For det første er dette en avdeling som har begynt en prosess med oppgaveglidning, og det var derfor hensiktsmessig og samle et utvalg der fenomenet er kjent. For det andre hadde studien en viss tidsramme som gjorde at tiden til å samle et utvalg var begrenset, og det var derfor tidsbesparende å samle alle informantene fra samme arbeidsplass. Studien er godt kjent i den aktuelle avdelingen og også blant ledelsen, og det er rimelig å anta at resultatene av studien vil bli kjent i arbeidsmiljøet. Det er derfor viktig å være bevisst på at noen kan ha deltatt i studien med en tanke om å utnytte muligheten til å få formidlet sine meninger anonymt til ledelsen, med studien som

talerør. Imidlertid kommer det ikke frem noe i resultatene som gjør at det er grunnlag for å tro dette.

Den aktuelle avdelingen har også vært min arbeidsplass siden 2014. Interessen for temaet og valg av problemstilling er preget av min yrkesbakgrunn som sykepleier. Ved å gjennomføre en studie på min egen arbeidsplass gjør det at det er vanskelig å være nøytral, men kvalitativ forskning er likevel ikke en objektiv prosess. Det at jeg som forsker har kjennskap til fagfeltet utvalget arbeider med gjør at risikoen for misforståelser eller feiltolkninger under datainnsamlingen er minimal.

Det har vært vesentlig for meg gjennom hele prosessen å ikke være forutinntatt av egne holdninger eller hypoteser om temaet. Forskningsprosessen påvirkes alltid av forskerens forforståelse, men bevissthet om egen forforståelse er nødvendig for å forhindre at egne interesser, ønsker eller holdninger kommer inn i materialet og forårsaker feiltolkninger (Malterud, 2001). I perioden før de individuelle intervjuene forsøkte jeg derfor å ikke lage egne hypoteser eller tanker om hva slags holdninger informantene ville avdekke under intervjuene.

Det er viktig å påpeke at det å være kollega av informantene har kunnet påvirke resultatene ved at informantene har ordlagt seg annerledes eller holdt tilbake informasjon. På en annen side kan det også tenkes at de har turt å snakke friere nettopp på grunn av deres forhold til meg som intervjuer, og at de anser meg som en «likemann» i denne sammenheng. Før intervjuperioden startet har jeg vært tilbakeholden med å dele mine egne meninger og synspunkter med mine kollegaer, da jeg ikke har villet påvirke deres holdninger til temaet før intervjuene. Gjennom prosessen med å transkribere datamaterialet har det av samme grunn blitt lagt stort fokus på nøyaktig gjengivelse av det som har blitt sagt.

Selv om oppgavens resultater ikke kan generaliseres er det mulig funnene kan være av en viss nytte for andre spesialiserte sykehusavdelinger som vurderer oppgaveglidning.

7 Oppsummering og konklusjon

Jeg har i denne masteroppgaven forsøkt å finne svar på hvilke holdninger klinikere på en hematologisk avdeling har til oppgaveglidning i spesialisthelsetjenesten. Det er benyttet en kvalitativ metode og utført en case-studie med et utvalg bestående av leger og sykepleiere på en hematologisk avdeling.

Resultatene viser at det er en overordnet positiv innstilling til oppgaveglidning blant informantene i utvalget. De peker på at dersom man tenker at det er teamet, og ikke enkeltpersoner, som skal utføre tjenestene så kan oppgaveglidning føre til økt fleksibilitet og bedre utnyttelse av de menneskelige ressursene. Sykepleierne opplever det også som positivt med nye oppgaver og uttrykker at det vil gi økt motivasjon.

Informantene peker imidlertid også på noen potensielle utfordringer ved å innføre oppgaveglidning på en sykehusavdeling. En ny oppgavefordeling kan føre til en for stor fragmentering av oppgaver, som vil være uheldig ikke bare for pasientene, men også for arbeidsflyten. Sykepleierne ser det som uheldig dersom oppgaveglidning vil føre til et uformelt sykepleierhierarki internt på avdelingen. De mener også at dersom sykepleierne skal overta mer avanserte oppgaver stiller det høyere krav til sykepleierutdanningen.

Sykepleierne i utvalget viser tendenser til å verne om de tradisjonelle sykepleieroppgavene, men utvalget ser muligheter for å redusere arbeidsbelastningen ved at de frigjøres fra merkantilt arbeid. Det er en bred enighet i utvalget om at det er uhensiktsmessig bruk av ressurser at leger og sykepleiere bruker mye tid på såkalte sekretæroppgaver. Dette er oppgaver de gjerne gir fra seg i en prosess med oppgaveglidning.

Det pekes på at det må ligge en rekke forutsetninger til grunn for at oppgaveglidning skal være hensiktsmessig. Pasientsikkerheten og kvaliteten på tjenestene er det som er viktigst å ta hensyn til når man vurderer å endre på oppgavefordelingen. En innførelse av oppgaveglidning må i tillegg være forankret i ledelsen og ha en aksept i det interne miljøet på en avdeling. Ved en innføring av oppgaveglidning krever de god opplæring av ansatte og en tydelig plan for innføring, gjennomføring og evaluering.

Det å sette en grense for hvilke oppgaver som egner seg for oppgaveglidning synes utvalget er utfordrende. Det understrekes at de letteste oppgavene å flytte på er de praktiske oppgavene og at et skille bør settes ved diagnostisering og andre vurderinger som kan ha behandlingsmessige konsekvenser – disse oppgavene bør forbli legeoppgaver. Det fremheves også at det å fortsatt ha et skille mellom ordinerer og administrering av legemidler er viktig for pasientsikkerheten.

Det er i denne oppgaven definert fire typer av oppgaveglidning; diversifisering, spesialisering, vertikal substitusjon og horisontal substitusjon. Det er lagt mest vekt på vertikal substitusjon og det er også dette utvalget i hovedsak diskuterer når de snakker om oppgaveglidning.

Resultatene er drøftet i lys av Abbotts profesjonsteori. Mange av funnene i denne studien samsvarer med Abbotts teori, og styrker således denne teorien. En sentral del av Abbotts teori er imidlertid at det vil oppstå en dragkamp eller konkurranse mellom nærliggende profesjoner når deres jurisdiksjon blir forsøkt erobret av andre. Den eneste gangen det er tendenser til en såkalt dragkamp er når leger og sykepleiere diskuterer de såkalte sekretæroppgavene, som de mener ikke tilhører deres jurisdiksjon. Det er der i mot ingen tydelige tegn eller tendenser til dragkamp blant informantene i utvalget når de snakker om oppgaveglidning mellom leger og sykepleiere. Det fremstår som det er en gjennomgående vilje til å tenke samarbeid, team og oppgaveløsning fremfor profesjonsstrid. Disse funnene, sett i lys av oppgavens begrensninger, svekker således denne delen av Abbotts teori.

Litteraturliste

Abbott, A. (1988) *System of Professions: Essay on the Division of Expert Labour*. Chicago: University of Chicago Press

Braun, V. og Clarke, V. (2006) *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology* [Internett] 2 (3) s. 77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa

Brusselkontoret (2012) *Nye oppgaver – nye roller. Europas Helsevesen i Endring*. Oslo: Brusselkontoret AS.

Dalen, H., Gundersen, G. H., Skjertne, K., Haug, H. H., Norekvål, T. M., Graven, T. (2015) *Feasibility and reliability of pocket-size ultrasound examinations of the pleural cavities and vena cava inferior performed by nurses in an outpatient heart failure clinic*. *European Journal of Cardiovascular Nursing* [Internett] 14 (4) s. 286-293. DOI: 10.1177/1474515114547651

Delamaire, M. og Lafortune, G. (2010) *Nurses in Advanced roles: A description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries* [Internett] OECD Health Working Papers, No. 54. OECD Publishing. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en> (Lest: 20.02.17)

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). s 448-454. DOI: 10.1093/fampra/cm127

Everett, E. L. og Furseth, I. (2012) *Masteroppgaven: Hvordan begynne – og fullføre*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget

Fonn, M. (2016, a) *Sykepleier setter anestesi for raskere smertelindring*. Sykepleien [Internett], 18.04.2016. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2016/04/sykepleier-setter-anestesi-raskere-smertelindring> (Lest: 04.09.16)

Fonn, M. (2016, b) *Akuttmottaket i Drammen: - Vi er ikke lenger legens håndlangere*. Sykepleien [Internett], 18.04.2016. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2016/04/vi-er-ikke-lenger-legens-handlangere> (Lest: 04.09.16)

Frich, J. C. (2012) *Jobbglidning – et ledelsesperspektiv*. *Overlegen*. 1 (Februar), s. 6-8

Frich, J. C. (2016) *God bruk av legers arbeidstid?* *Tidsskrift for Den norske legeförening* [Internett] 136 (16) s. 1321. DOI: 10.4045/tidsskr.16.0661 (Lest 21.02.17)

Gibbs, A. (1997) *Focus Groups*. *Social Research Update* [Internett] 19 (1) . Tilgjengelig fra: <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU19.html> (Lest: 04.04.17)

Gundersen, G. H., Norekval, T. M., Haug, H. H., Skjetne, K., Kleinau, J.O., Graven, T., Dalen H. (2015) *Adding point of care ultrasound to assess volume status in heart failure*

patients in a nurse-led outpatient clinic. A randomized study. Heart [Internett] 102 (1). s. 29-34. DOI: 10.1136/heartjnl-2015-307798

Helsedirektoratet (2013, a) *Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten: Utredning av hvorvidt endret oppgavedeling kan bidra til reduserte ventetider og mer effektiv pasientbehandling* [Internett]. Rapport IS-2122. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/149/Oppgavedeling-i-spesialisthelsetjenesten-IS-2122.pdf> (Lest: 20.01.17)

Helsedirektoratet (2013, b) *Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten: Kartlegging av erfaring med endret oppgavedeling i Norge og andre nordiske lang.* [Internett] Rapport IS-2108. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/150/Oppgavedeling-i-spesialisthelsetjenesten-IS-2108.pdf> (Lest: 20.01.17)

Helsepersonelloven. Lov 2. Juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.

Husby, M. I., Antonsen, A-E., Nilsem, H. O., Ryggvik, T. og Gjeilo, K. H. (2014) *Bedre tilbud til hjertesyke.* Sykepleien. 14. s. 66-69 DOI: 10.4220/sykepleiens.2014.0169

Hustavenes, M. (2012) *Oppgaveglidning ved Lovisenberg Diakonale Sykehus.* Overlegen. 1 (Februar), s. 12-14.

Hernæs, N. (2012) *Doserer Marevan.* Sykepleien [Internett], 08.06.12. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2012/06/doserer-marevan> (Lest: 04.09.16)

Justesen, L. og Mik-Meyer, N. (2012) *Qualitative research methods in organisation studies.* København: Hans Reitzels Forlag.

Kirkpatrick, J. M., Belka, V., Furlong, K., Balasia, B., Jacobs, L. D., Corcoran, M., Anderson, A. S., Pastoret, A., Spencer, K. T. (2005) *Effectiveness of echocardiographic imaging by nurses to identify left ventricular systolic dysfunction in high-risk patients.* The American Journal of Cardiology [Internett] 95 (10) s. 1271-1272. DOI:10.1016/j.amjcard.2005.01.067

Koksvik, H. S., Hagen, K. B., Rodevand, E., Mowinkel, P., Kvien, T. K., Zangi, H. A. (2013) *Patient satisfaction with nursing consultations in a rheumatology outpatient clinic: a 21-month randomised controlled trial in patients with inflammatory arthritides.* Annals of the Rheumatic Diseases. 72 (6). s 836-843. DOI: 10.1136/annrheumdis-2012-202296

Kumar, R. (2014) *Research methodology; a step-by-step guide for beginners.* London: SAGE Publications Ltd.

Kunnskapscenteret (2013) *Effekter av oppgavedeling for noen utvalgte helsetjenester i sykehus.* Rapport Nr 12 – 2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.

Leech, B. L (2002) *Asking Questions: Techniques for Semistructured Interviews.* Political Science and Politics [Internett] 35 (4) s. 665-668. DOI:10.1017/s1049096502001129

Malterud, K. (2001). *Qualitative research: standards, challenges and guidelines*. The Lancet [Internett] 9280 (358) s. 483-488. DOI: 10.1016/s0140-6736(01)05627-6

Malterud, K. (2002) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger*. Tidsskrift for den Norske Legeforening [Internett] 122 (25) s. 2468-2472. Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter> (Lest: 04.04.17)

Meld. St. Nr 13 (2011-2012) *Utdanning for velferd: samspill i praksis*.

Meld. St. Nr 11 (2015-2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*.

Molander, A. og Terum, L. I. (2008) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Mumoli, N., Vitale, J., Giorgi-Pierfranceschi, M., Cresci, A., Cei, M., Basile, V., Brondi, B., Russo, E., Giuntini, L., Masi, L., Cocciolo, M., Dentali, F. (2016) *Accuracy of Nurse-Performed Lung Ultrasound in Patients With Acute Dyspnea*. Medicine [Internett] 95 (9) s. 1-5. DOI: 10.1097/md.0000000000002925

Nancarrow, S. A. og Borthwick, A. M. (2005) *Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce*. Sociology of Health and Illness. [Internett] s. 897-919. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2005.00463.x

Regjeringen (2013) *Tale til sykehusene 30.01: Politiske mål og forventninger til spesialisthelsetjenesten* [internett] Oslo: Regjeringen. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/politiske-mal-og-forventninger-til-spesi/id713002/> (Lest: 22.01.2017)

Silverman, D. (2010) *Doing qualitative research*. 3rd edition. London: SAGE Publications Ltd.

Statistisk Sentralbyrå (2012) *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035* [internett] Rapport 14/2012. Oslo: Statistisk Sentralbyrå. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201214/rapp_201214.pdf (lest: 12.02.17)

Storvik, A. G. (2015) *Økning i sykepleierkonsultasjoner*. Dagens Medisin [Internett] 03.04.2015. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/03/04/okning-i-sykepleier-konsultasjoner/> (Lest: 22.01.2017)

World Health Organization (2007) *“Task shifting to tackle health worker shortages”*. WHO/HSS/2007.3. (Internet) Available from: http://www.who.int/healthsystems/task_shifting_booklet.pdf (Lest 29.08.16)

Vedlegg 1: NSD-godkjenning



Ivan Spehar
Institutt for helse og samfunn Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 31.10.2016

Vår ref: 50435 / 3 / AGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.10.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

| | |
|-----------------------------|--|
| 50435 | <i>Oppgaveglidning i spesialisthelsetjenesten; klinikerens holdninger og erfaringer i implementeringsprosessen</i> |
| <i>Behandlingsansvarlig</i> | <i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens overste leder</i> |
| <i>Daglig ansvarlig</i> | <i>Ivan Spehar</i> |
| <i>Student</i> | <i>Astrid Eidesvik Lie</i> |

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Agnete Hessevik

Kontaktperson: Agnete Hessevik tlf: 55 58 27 97

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 50435

DATAINNSAMLING

I følge prosjektmeldingen er utvalget helsepersonell ved en spesialisthelsetjeneste. Datamateriale med personopplysninger skal innhentes gjennom observasjon av og intervjuer med helsepersonell. Personvernombudet forutsetter at det ikke registreres opplysninger om pasienter i datamaterialet.

FORSKNING PÅ EGEN ARBEIDSPASS

Vi gjør oppmerksom på at når man forsker på sin egen arbeidsplass må man være bevisst sin dobbeltrolle. Det kan oppleves vanskelig å si nei til å delta når man har et profesjonelt forhold til potensielle deltakere i prosjektet. Ved rekruttering via eget nettverk er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltagelse ivaretas.

Som student kan du ikke behandle personopplysninger i prosjektet hentet fra andre kilder enn hva informanten har samtykket til, selv om du kjenner til eller har tilgang til flere opplysninger gjennom ditt arbeid.

Vi viser for øvrig til vår temaside om å forske på egen arbeidsplass:

<http://www.nsd.uib.no/personvern/forskningstemaer/egenarbeidsplass.html>

TAUSHETSPLIKT

Siden studenten arbeider ved sykehuset, vil ikke taushetsplikten være til hinder for å være til stede og observere på sykehuset. Studenten må likevel være svært bevisst at hun ikke kan benytte opplysninger som hun allerede kjenner til på grunn av sitt arbeidsforhold, verken om ansatte eller pasienter, i datamaterialet uten å innhente samtykker fra den det gjelder. Helsepersonell kan ikke oppgi opplysninger om enkeltpasienter på lydopptak, selv om de ikke er bundet av taushetsplikten overfor studenten i rollen som kollega.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltagelse. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring er noe mangelfullt utformet. Vi ber derfor om at følgende endres/tilføyes:

- oppgi at datamaterialet vil anonymiseres ved prosjektslutt
- oppgi kontaktinformasjon til daglig ansvarlig (Ivan Spehar)

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Oslo sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

PUBLISERING

Det informeres om at deltakerne kan bli gjenkjent i publikasjonen. Vi anbefaler at deltakerne gis anledning til å lese igjennom egne opplysninger og godkjenne disse før publisering.

PROSJEKTSLUTT

Forventet prosjektslutt er 15.05.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

Vedlegg 2: Bekreftelse på endring av daglig ansvarlig (NSD)

Projektnr: 50435. Oppgaveglidning i spesialisthelsetjenesten; klinikers holdninger og erfaringer i implementeri... — □ ×
Sikker | <https://mail.uio.no/owa/#viewmodel=ReadMessageItem&ItemID=AAMkAGRhOTc1ZjA2LWZmY2EtNDdjNS05Y>

Projektnr: 50435. Oppgaveglidning i spesialisthelsetjenesten; klinikers holdninger og erfaringer i implementeringsprosessen

✕ SLETT ← SVAR ⇐ SVAR ALLE → VIDERESEND ⋮



Agnete Hessevik <agnete.hessevik@nsd.no>

on 22.02.2017 09:12

Marker som ulest

Til: Astrid Eidesvik Lie; Eli Feiring;

Kopi: Ivan Spehar;

BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Hei, viser til endringsskjema registrert hos personvernombudet 20.02.2017.

Vi har nå registrert Eli Feiring som ny daglig ansvarlig for prosjektet.

Personvernombudet forutsetter at prosjektopplegget for øvrig gjennomføres i tråd med det som tidligere er innmeldt, og personvernombudets tilbakemeldinger.

Med vennlig hilsen

--

Agnete Hessevik

Rådgiver | Adviser

Seksjon for personverntjenester | Data Protection Services

T: (+47) 55 58 27 97

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS | NSD – Norwegian Centre for Research Data

Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen

Vedlegg 3: Samtykkeskjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Oppgaveglidning i spesialisthelsetjenesten: klinikeres holdninger og erfaringer”

Bakgrunn og formål

I forbindelse med masterprogrammet ”Health Economics, Policy and Management” ved Universitet i Oslo skal jeg våren 2017 levere min masteroppgave. Oppgaven har som formål å undersøke klinikeres holdninger til oppgaveglidning i spesialisthelsetjenesten. Fenomenet ”oppgaveglidning” innebærer at oppgaver flyttes fra en profesjon til en annen. Masteroppgaven tar utgangspunkt i et prosjekt på [REDACTED]. Her er det er planlagt at en gruppe sykepleiere skal få opplæring i å kunne utføre benmargsprøver og biopsier som er en nåværende legeoppgave. Masteroppgaven har problemstillingen: *”Hvordan er klinikeres holdninger til oppgaveglidning i spesialisthelsetjenesten?”* Forskningsspørsmål under problemstillingen er: Hvilke faktorer fremmer og hemmer oppgaveglidning? Er det noen forskjeller i oppfatninger og holdninger til oppgaveglidning mellom leger og sykepleiere?

Utvalget vil bestå av sykepleiere og leger ved din arbeidsplass.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltagelse i studien vil innebære at man deltar på et individuelt intervju eller i et fokusgruppeintervju. For deltagere som får opplæring i benmargsbiopsier kan det også være aktuelt med observasjonsstudier. Observasjonen er primært for at jeg skal få et bedre innblikk i prosjektet og som en forberedelse til individuelle intervjuer. Intervjuene vil fokusere på deltakernes individuelle erfaringer og holdninger til temaet oppgaveglidning generelt, og prosjektet man tar del i spesielt.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det anses ikke som nødvendig å innhente eller lagre direkte personopplysninger.

Som deltager i prosjektet blir man anonymisert i oppgaven og kun referert til ved yrkestittel. Dersom resultatene tyder på forskjeller i holdninger er avhengig av for eksempel arbeidserfaring, kan det bli nødvendig å spesifisere dette i den skriftlige oppgaven. Ettersom utvalget er lite og alle er fra samme arbeidsplass er det muligheter for at man kan bli gjenkjent på bakgrunn av informasjon om arbeidserfaring, videreutdanning eller lignende.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i mai 2017. Eventuelle lydopptak fra intervjuer vil bli slettet og datamaterialet vil anonymiseres ved prosjektets slutt.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Astrid Eidesvik Lie (Tlf: 97591834). Daglig ansvarlig og veileder for studien er Eli Feiring ved Universitetet i Oslo.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4: Intervjuguide

Intervjuguide

Jeg intervjuer deg nå i forbindelse med min masteroppgave ved Universitetet i Oslo. Formålet med masteroppgaven er å undersøke klinikers holdning til oppgaveglidning i spesialisthelsetjenesten. Grunnen til at du har blitt spurt om å delta er fordi du er ansatt ved denne avdelingen hvor det er satt i gang et prosjekt med oppgaveglidning. Dette intervjuet vil fokusere på spørsmål som handler om dine erfaringer og synspunkter til oppgaveglidning som et generelt verktøy, men også i lys av at det er et pågående prosjekt ved din arbeidsplass.

Alle personopplysninger vil bli anonymisert og opptaket av dette intervjuet vil bli slettet når arbeidet med oppgaven er ferdig. Det er frivillig å delta, og du kan når som helst trekke deg fra deltagelse i denne studien.

Bakgrunn:

- Hva er din stilling i avdelingen?
- Har du noen videreutdanning eller annen utdanning i tillegg?
I tilfelle hvilken?
- Hvor mange år har du jobbet ved denne avdelingen?
- Har du arbeidserfaring fra andre deler av helsevesenet?
Evt. fra hvor?

(Kjønn og alder: _____)

Oppgavefordeling:

1. Hvordan vil du beskrive oppgavefordelingen mellom de ulike profesjonene eller yrkesgruppene på avdelingen du jobber i?
 - Er det tydelig og avgrenset oppgaveinndeling («hvem som gjør hva»)?
 - Er det bestemte ansvarsområder eller oppgaver knyttet til de ulike yrkesgruppene?
 - Finnes det noen oppgaver som overlapper hos de ulike yrkesgruppene?

Oppgaveglidning:

2. Er du kjent med fenomenet oppgaveglidning (også kalt jobbglidning eller task shifting)?
 - Hvis JA: Hva legger du i dette begrepet?
 - Hvis NEI; «Oppgaveglidning er definert som en endring i oppgavefordeling, enten innad i en yrkesgruppe eller mellom yrkesgrupper. Her er det snakk om oppgaver som tidligere tilhørte en yrkesgruppe eller profesjon blir overført en annen. En slik endring av oppgavefordeling 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 oppgaveglidning som et virkemiddel for å øke effektivitet og bedre ressursutnyttelse «

Spesielt til sykepleiere:

- Deltar du i opplæring for å kunne utføre benmargsutstryk og biopsier?
 - Hvis **JA**; hvorfor valgte du å delta på dette prosjektet?
 - Hvis **NEI**; hvorfor valgte du ikke å delta på dette prosjektet?
 - **Er det fordi det var snakk om benmargsprøver spesielt?** Er det andre legeoppgaver du kunne tenkt deg å utføre?

Til alle:

- I denne avdelingen får noen av sykepleierne spesiell opplæring for å kunne utføre benmargsutstryk og biopsier, hva er ditt synspunkt på dette?
- I lys av de arbeidsoppgavene du har i dag, er det noen av oppgavene du anser hadde vært mer hensiktsmessig utført av en annen profesjon?
 - spesielle/konkrete oppgaver sykepleiere kunne overtatt fra leger?
 - Oppgaver andre yrkesgrupper kan ta over fra sykepleiere?
- Kan du beskrive hva du mener kan være fordelene med oppgaveglidning på en sykehusavdeling slik som denne? (uavhengig av profesjonene oppgavene glis mellom)
 - Og ulempene?
- Ser du noen ulemper eller utfordringer ved at *sykepleiere tar over oppgaver fra leger*?
 - På denne avdelingen?
 - I helsevesenet i Norge generelt?
- Hva tenker du kan være fordelene med at *sykepleiere tar over oppgaver fra leger*?
 - På denne avdelingen?
 - I helsevesenet i Norge generelt?
- Hva tenker du er forutsetningen for at oppgaveglidning skal være hensiktsmessig/effektivt i en slik sykehusavdeling som denne?
 - Generelt?
 - Spesifikt med at sykepleiere tar over oppgaver for leger?
- Hvor ville du satt grensen for hvilke oppgaver eller prosedyrer som egner for oppgaveglidning?
 - Kompetanse, ansvar, effektivitet, praktisk gjennomføring?

- I lys av dine erfaringer, tror du pasientene har spesielle preferanser på hvem som utfører enkelte prosedyrer?
 - Tror du oppgaveglidning, for eksempel med benmargsprøver, kan påvirke kvaliteten av tjenestene?
- Hva mener du er forutsetningene for at en innføring av oppgaveglidning skal være vellykket på en avdeling som denne?
- Synes du dette temaet (oppgaveglidning) er en viktig problemstilling?
 - Bør det drøftes og vurderes før man starter en endring i oppgavefordelingen?
 - Er det ikke så farlig?
- Er det noe annet du vil legge til?

Vedlegg 5: Fokusgruppe-guide

FOKUSGRUPPE

Dere er invitert til denne fokusgruppen i forbindelse med min masteroppgave ved Universitetet i Oslo. Formålet med masteroppgaven er å undersøke klinikers holdninger til oppgaveglidning i spesialisthelsetjenesten. Denne fokusgruppen vil bli bedt om å diskutere sine erfaringer og synspunkter på oppgaveglidning som et generelt verktøy.

Alle personoppglysninger vil bli anonymisert og opptaket av dette intervjuet vil bli slettet når oppgaven er ferdig. Det er frivillig og delta, og du kan når som helst trekke deg fra deltagelse i denne studien.

Før vi begynner tenkte jeg å gi en meget kort innføring av hva oppgaveglidning er: Oppgaveglidning er definert som en endring i oppgaverfordelingen der en oppgave som tradisjonelt har tilhørt en profesjon blir flyttet til en annen. Dette har vært en naturlig del av helsevesenets historie, men i de senere årene har både politikere og arbeidsgivere begynt å se på oppgaveglidning som et virkemiddel for å øke effektivitet og bedre ressursutnyttelsen.

Spørsmål 1:

På denne avdelingen er det en gruppe sykepleiere som får opplæring i å kunne utføre benmargsutstryk og biopsier. Hva er deres synspunkter på dette?

- Fordeler
- Ulemper

Spørsmål 2:

Er det noen oppgaver som dere har, eller som andre yrkesgrupper har, som dere tenker hadde vært mer hensiktsmessig utført av en annen yrkesgruppe?

Spørsmål 3:

Hvilke type oppgaver kan glis? Hvor skal man sette grensen hvor hvilke oppgaver eller prosedyrer som kan glis?

Spørsmål 4:

Hva tenker dere er forutsetninger for at oppgaveglidning skal være hensiktsmessig i en avdeling som denne?

