

Hvilke erfaringer har helsepersonell med oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten, relatert til behandling av pasienter med aldersrelatert makuladegenerasjon?

Mona Benedicte Nordvik

Masteroppgave i
Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og
helseøkonomi



Universitetet i Bergen
Det medisinsk-odontologiske fakultet
Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Våren 2016

Forord

Veien fra prosjektskisse til en ferdig mastergradsoppgave har vært en interessant reise, og har gitt meg mye nyttig kunnskap og erfaring underveis.

En spesiell takk til alle som har stilt velvillig opp til intervju i studien og delt av sine erfaringer, og til alle de som tok seg tid til å svare på min spørreundersøkelse i en travel arbeidshverdag.

Tusen takk til min veileder Inger Lise Teig for all veiledning, gode råd og faglige diskusjoner - du har en egen evne til å motivere!

Mange takk til min nærmeste leder, avdelingsdirektør Kirsten Stordal, som har støttet meg underveis og lagt til rette for gjennomføring av mastergrad i kombinasjon med mitt arbeid ved Øyeavdelingen - det har jeg satt stor pris på. Takk også til Helse Bergens lederutviklingsprogram som har tildelt meg stipend til gjennomføring av mastergradsprosjektet. En spesiell takk også til rådgiver Inger Elise Engelund for gode råd og opplæring i bruk av dataverktøyet Corporate Surveyor, og til bibliotekar Regina Lein for gode tips om bruk av Endnote.

Familie, venner og kollegaer – takk for all oppmuntring og støtte underveis!

Mastergradsprogrammet ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin har vært inspirerende og lærerikt, og masteroppgaven har gitt meg mersmak på videre forskning og arbeid med kvalitetsutvikling og ledelse i helsetjenesten.

Mona Nordvik

Bergen, 21.03.2016

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	
1.1. Tema og bakgrunn	1
1.2. Problemstilling og forskningsspørsmål	3
1.3. Litteraturgjennomgang	3
1.4. Avgrensning og oppgavens oppbygging	5
2. Metode	
2.1. Forforståelse	7
2.2. Vitenskapsteori og valg av metode	7
2.3. Datainnsamling	8
2.3.1 Intervju	8
2.3.2 Spørreundersøkelse	11
2.4. Studiens pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet	13
2.5. Etske refleksjoner	15
3. Teori	
3.1. Hva er oppgavedeling?	17
3.2. Profesjon	17
3.2.1 Jurisdiksjon og autonomi	18
3.2.2 Profesjoner som del av et system	18
3.2.3 Ulike former for jurisdiksjon	19
3.3 Profesjongrenser i helsevesenet	19
3.4 Endringsprosesser i helsevesenet	22
3.4.1 Barrierer og insentivers rolle i endringsprosesser	23
3.4.2 Indre og ytre drivkrefters rolle i endringsprosesser	24
3.4.3 Ledelse av profesjonelle	25
4. Presentasjon av funn	
4.1 Regionfordeling av funn	27
4.2 Oppgavedeling i øyeavdelinger	28
4.2.1 Hvilke yrkesgrupper er involvert i oppgavedeling og på hvilke fagområder?	28

4.2.2 Oppgavedeling innen AMD-behandling	30
4.3 Bakgrunn, effekt og forberedelser	31
4.3.1 Bakgrunn for at oppgavedeling ble gjennomført	31
4.3.2 Hvilke forberedelser ble gjort før endringen?	32
4.3.3 Effekter av oppgavedeling	33
4.4 Hva hemmer og fremmer oppgavedeling?	34
4.4.1 Hvilke barrierer/utfordringer møtte dere ved planlegging og implementering?	34
4.4.2 Hva kan være med å fremme oppgavedeling i øyeavdelinger?	34
4.4.3 Hva kan være med å hemme oppgavedeling i øyeavdelinger?	35
5. Diskusjon og analyse	
5.1 Bakgrunnen for oppgavedeling; «AMD-forløpet er et område som har ekspandert hinsides de flestes fantasi»	37
5.1.1 Indre og ytre drivkrefter	38
5.1.2 Motivasjon for endring	42
5.2 Profesjongrensener i endring	45
5.2.1 Kan sykepleiere utføre legeoppgaver?	46
5.2.2 Flere merkantile oppgaver til leger?	48
5.3 Profesjonskamp til hinder for oppgavedeling?	49
5.3.1 Profesjonskamp eller usikkerhet om ansvar?	51
5.4 Resultater og effekter av oppgavedeling	53
5.5 Helsepolitisk kontekst for oppgavedeling	55
5.6 Oppsummering av diskusjon og analyse	56
6. Avslutning	58

Referanseliste

Vedlegg:

Vedlegg 1 Spørreundersøkelse

Vedlegg 2 Samtykkeskjema

Vedlegg 3 Intervjuguide

Vedlegg 4 Godkjenning NSD



Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Universitetet i Bergen

Oppgavens tittel og undertittel Helsepersonells erfaringer med oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten, relatert til behandling av pasienter med aldersrelatert makuladegenerasjon (AMD)				
Forfatter Mona Benedicte Nordvik				
Forfatterens stilling og arbeidssted Fagkonsulent, Haukeland Universitetssykehus Øyeavdelingen				
Dato for godkjenning av oppgaven		Veileder Inger Lise Teig		
Antall sider 81	Språk oppgave Norsk	Språk sammendrag Norsk	ISSN-nummer	ISBN-nummer
Sammendrag Bakgrunn: Helsevesenet står overfor kapasitetsproblemer knyttet til demografisk utvikling med høyere levealder og flere med aldersrelaterte helseproblemer. Øyeavdelinger opplever dette spesielt knyttet til AMD-behandling, og oppgavedeling er tatt i bruk i varierende grad for å oppnå mest mulig effektiv ressursutnyttelse. Hensikt: Kartlegge omfanget av oppgavedeling i landets øyeavdelinger, og undersøke hvilke erfaringer helsepersonell har med oppgavedeling. Materiale: Spørreundersøkelse rettet mot ledere ved landets øyeavdelinger, og intervju med et utvalg helsepersonell ved øyeavdelinger. Metode: Kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode. Spørreundersøkelse med avkryssing og fritekstsvar, og semistrukturerte intervju med et utvalg helsepersonell. Intervjumaterialet ble transkribert og kategorisert tematisk for analyse. Resultat av spørreundersøkelse ble analysert ved bruk av Corporate Surveyor og Excel, i tillegg kategorisering av fritekstsvar. Begge deler ble brukt til å belyse og diskutere problemstilling og besvare forskningsspørsmålene. Resultat: Oppgavedeling tas i bruk i økende grad ved øyeavdelingene, spesielt innenfor AMD-behandling, og overføring av oppgaver mellom lege og sykepleier er mest vanlig. Bakgrunnen er kapasitetsproblemer og økende etterspørsel. Effekten av oppgavedeling er i materialet økt kapasitet og fleksibilitet, frigjøring av legetimer til andre oppgaver og økt jobbtilfredshet for både leger og sykepleiere. Lokal kontekst er viktig for grad av oppgavedeling, personellsammensetning og avdelingens rekrutteringssituasjon kan være både fremmende og hemmende for oppgavedeling. Profesjonskamp er lite fremtredende i intervjumaterialet, men spørreundersøkelsen viser at det er en viktig potensiell hindring for oppgavedeling. Konklusjon: I dagens helsepolitiske kontekst oppfordres det til økt bruk av hensiktsmessig oppgavedeling for å oppnå en best mulig ressursutnyttning i møtet med kapasitetsproblemer knyttet til økt etterspørsel etter helsetjenester. Grensene mellom profesjoner utfordres og roller endres. Oppgavedeling tas i bruk i økende grad i øyeavdelingene, men det er ikke alltid en utvikling som drives frem av profesjonene i konkurranse om nye domener slik profesjonsteori antyder. Oppgavedeling i øyeavdelingene er derimot et aktivt tiltak i møte med et behov for effektivisering mer enn en del av en gradvis medisinsk utvikling. Kompetansesammensetningen i personalgruppen og avdelingens rekrutteringssituasjon har betydning for grad av oppgavedeling, og kan være både en muliggjørende og en begrensende faktor.				
Nøkkelord Oppgavedeling, oppgaveglidning, AMD, oftalmologi, profesjon, profesjonskamp, endring				



**Dissertation submitted for the degree of
Master in Health Management, Quality Improvement and Health
Economics in The University of Bergen**

Title and subtitle of the dissertation				
Healthpersonnel experiences with task-shifting in hospitals, related to the patient pathway of Age related macular degeneration (AMD)				
Author				
Mona Nordvik				
Author's position and address				
Assistant Head Nurse, Department of Ophthalmology, Haukeland University hospital				
Date of approval		Supervisor Inger Lise Teig		
Number of pages	Language dissertation	Language abstract	ISSN-number	ISBN-number
81	Norwegian	English		
Summary				
Background				
Health services in Norway are facing capacity challenges in connection with our demographic development with high life expectancy and more age related health issues. Ophthalmology departments see this especially with the patient group of Age related macular degeneration, and task-shifting are being suggested to achieve the most efficient use of available resources.				
Purpose: Mapping the extent of task-shifting being used in Norwegian ophthalmology departments, and investigate experiences health personnel have with task-shifting.				
Material: Survey and interviews				
Methods:				
Combination of qualitative and quantitative methods; a survey among health leaders and semi structural interviews with health personnel. Interview material transcribed and categorized by themes. Survey results analysed in Corporate Surveyor and Excel, in addition to categorization of text answers. Both materials are analyzed and discussed in light of my research questions.				
Results:				
Task-shifting is increasingly used at the Norwegian ophthalmology departments, especially within patient pathway for age related macular degeneration. Task-shifting between doctor and nurse is most common. The background for this change is an increasing demand causing capacity issues. The effects of task-shifting in my material is increased capacity and more flexibility, freeing up time for doctors to take on other tasks, and improved job satisfaction for both doctors and nurses. Local context is important for the degree of task-shifting being uses; personnel composition and recruitment situation can be both promotional and retardant for the measure task-shifting. Disagreements between the professions were not prominent in the material, but was mentioned as an important potential obstacle for successful task-shifting.				
Conclusion:				
Today's health politics encourage task-shifting to achieve a best possible exploitation of available resources, in a situation with increasing demand for health services. The boundaries between professions are challenged, and roles are changing. Task-shifting is increasing in the ophthalmology departments, but not always as a development of competitive professions as suggested in theories of professionalism. Task-shifting is more a controlled initiative caused by the need for efficient health care services than part of a gradually medical development. The personnel composition as well as the recruitment situation seems to be important for the degree of task-shifting achieved.				
Key word				
Task-shifting, ophthalmology, leading change, organization, AMD, professionalism, profession				

Kapittel 1 Innledning

1.1 Tema og bakgrunn

Antall voksne og eldre vil øke mye fremover, særlig kraftig blir veksten blant de eldre i følge befolkningsframskrivninger fra Statistisk sentralbyrå (2014). I 2060 vil hver femte person i Norge være over 70år, og personer over 80 år vil utgjøre 10 % av befolkningen mot drøye 4 % i dag. Med økt levealder og flere eldre vil det også bli flere med aldersrelaterte sykdommer, som spesielt berører øyehelse der pasientgrupper med aldersrelaterte øyesykdommer utgjør en betydelig andel av pasientgrunlaget. Øyefaget har også en hurtig medisinsk-teknisk utvikling med stadig nye og bedre behandlingsmuligheter.

Aldersrelatert makuladegenerasjon¹ (AMD) er en aldersrelatert øyesykdom som skader skarpsynet og kan gi permanent redusert syn hvis ikke behandling iverksettes til rett tid, og er den hyppigste årsak til blindhet eller alvorlig synsreduksjon i den vestlige verden. Fra 2006 ble behandling tilgjengelig i Norge i form av injeksjoner som settes inn i øyet med jevnlig intervaller, behandlingen kan stoppe sykdomsutviklingen hos deler av pasientgruppen og dermed bevare synsfunksjon hos pasienten. Pasientgruppen har rett til rask behandling for å unngå prognosetap. Det forventes en prosentvis økning i AMD pasienter på 76 % fra 2009 til 2030, når framskrivning av antall konsultasjoner er sammenholdt med forventet demografisk utvikling ifølge Norsk oftalmologisk forening (2012)

For tiden tilbys behandlingen kun ved landets øyeavdelinger i spesialisthelsetjenesten og ikke av privatpraktiserende øyeleger. Øyeavdelingene står derfor overfor et stort kapasitetsproblem knyttet til den raskt økende pasientgruppen med behandlingstrengende AMD. Hver pasient krever et omfattende og langvarig behandlingsforløp som legger beslag på mye ressurser både i form av personell, lokaler, utstyr og økonomi. Mange AMD- pasienter trenger behandling og kontroller resten av sin levetid og utviklingen omtales internt i fagmiljøet som «AMD-bølgen».

¹ Ved AMD dør sansecellene i den gule flekk, som er det lille området hvor skarpsynet sitter. På folkemunne kalles AMD «forkalkninger». Det er en variant «tørr AMD» der sansecellene går langsomt til grunne over flere år og en «våt AMD» der sansecellene kan bli ødelagt på få uker. Førstnevnte kan ikke behandles, sistnevnte kan behandles med injeksjoner i øyet. De to typene vil bli omtalt med samlebetegnelsen AMD i oppgaven.

Ifølge SSB (Andreassen 2010) var det 4,8 yrkesaktive pr pensjonist i 2010, og prognosen sier det vil være 2,5 i 2050. Hvor stor andel av disse som kommer til å jobbe innen helse? Det er uvisst, men en knapphet på helsepersonell er å forvente. Fremtidig knapphet på helsepersonell sammen med den demografiske utvikling, rask medisinsk utvikling og sterke pasientrettigheter vil kreve at vi må jobbe smartere for å kunne innfri forventningene til hva helsevesenet skal tilby. Vi kan ikke regne med å ha ubegrenset tilgang på hverken helsepersonell eller økonomiske midler – helsevesenet utfordres til å finne mer fleksible og effektive måter å løse sine oppgaver på. Oppgavedeling er å overføre oppgaver fra en yrkesgruppe til en annen, som oftest fra en yrkesgruppe med lengre utdanning til en med kortere. Slik frigjøres tid for spesialisten til andre spesialistoppgaver, og kapasiteten kan øke både for håndtering av rutineoppgaver og spesialistoppgaver.

Oppgavedeling i øyeavdelinger

Oppgavedeling tas i bruk i økende grad ved øyeavdelingene, og da spesielt innenfor behandling av AMD-pasienter. Jeg ble spesielt interessert i fenomenet intravitreale injeksjoner overført fra leger til spesialopplærte sykepleiere, kanskje fordi dette var mye omdiskutert i fagmiljøet og det så ut til å være sterke argumenter både for og imot.

Ved oppstart av min mastergradsoppgave våren 2014 var det kun en øyeavdeling i Norge som hadde startet med oppgavedeling i form av sykepleieradministrerte intravitreale injeksjoner², men dette hadde vært praktisert i flere år både i Storbritannia, Sverige og Danmark. I prosjektperioden har det vært en økende interesse for denne løsningen, og flere avdelinger har startet opplæring og utprøving eller er i planleggingsfasen. Utviklingen med å nyttiggjøre seg av sykepleiere til spesialoppgaver i øyefaget er ikke kommet like langt i Norge som f.eks. i Storbritannia der de har «*nurse-practitioners*», spesialiserte sykepleiere, innen flere fagområder som har svært selvstendige arbeidsoppgaver og noen ganger også foreskriver medikamenter.

Jeg har ikke funnet noen norske eller nordiske studier publisert knyttet til oppgavedeling i øyefaget, og heller ingen oversikt over hva som gjøres av oppgavedeling og hvilke erfaringer man har hatt med dette. Mange avdelinger sitter hver for seg og strever med de samme utfordringene, og forsøker å finne løsninger lokalt.

² Injeksjon som settes inn i øyet

Jeg ønsket å undersøke omfanget av oppgavedeling i øyeavdelingene i Norge, hva som er bakgrunnen for å gjøre disse endringene og hvilke erfaringer de har hatt med oppgavedeling. Hva fremmer og hemmer oppgavedeling? Sykehusene er kunnskapsorganisasjoner med profesjoner med lange tradisjoner, hvilken rolle spiller profesjonsinteresser for oppgavedeling? Kanskje kan det være både hemmende og fremmende for oppgavedeling? Eller stemmer det inntrykket man kan få fra samfunnsdebatten om at profesjonskamp er det som hindrer oppgavedeling? Hvilke effekter opplever avdelingene å oppnå med oppgavedeling? Og hvorfor får de det så godt til noen steder og andre steder ikke? Resultat av gjennomført spørreundersøkelse og intervju med helsepersonell fra øyeavdelinger blir i oppgaven diskutert i lys av relevant teori og tilgjengelig forskning på temaet.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Problemstilling: Hvilke erfaringer har helsepersonell i spesialisthelsetjenesten med oppgavedeling, relatert til behandling av pasienter med aldersrelatert makuladegenerasjon?

Forskningsspørsmål jeg ønsket å undersøke:

- Hvilket omfang har oppgavedeling i øyeavdelinger?
- Hva er bakgrunnen for å ta i bruk oppgavedeling?
- Hvilke effekter opplever helsepersonell av oppgavedeling?
- Hva kan være med å hemme og fremme oppgavedeling?
- Hvilken rolle spiller profesjon i oppgavedeling?

Ved å kartlegge omfanget av oppgavedeling i landets øyeavdelinger, og undersøke hva som er bakgrunn for at oppgavedeling tas i bruk gir dette et bakgrunnsbilde av den konteksten som intervjupersonene befinner seg i når de deler sine erfaringer med oppgavedeling. Jeg ønsket også å undersøke hva de mener kan være med å hemme eller fremme oppgavedeling, hvilken rolle profesjon har i denne sammenheng og hvilke effekter de opplever oppgavedeling har gitt.

1.3 Litteraturgjennomgang – hva finnes av forskning og litteratur om oppgavedeling?

Før jeg valgte problemstilling for min mastergradsoppgave gjorde jeg først et åpent litteratursøk på temaet oppgavedeling på norsk og engelsk, og deretter mer spesifikke søk etter forskning og litteratur om sykepleieradministrerte intravitreale injeksjoner.

Den åpne starten i litteratursøket var nyttig for å få et overblikk over forskning på området og for å gjøre en avgrensning av tema og velge en problemstilling jeg ønsket å se nærmere på, nemlig helsepersonells erfaringer med oppgavedeling i AMD-pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten.

I forhold til oppgavedeling i form av sykepleieradministrerte intravitreale injeksjoner har jeg ikke funnet noen norske eller nordiske publikasjoner, men det finnes et par mastergradsoppgaver med temaet oppgavedeling innen radiologisk og medisinsk avdeling (Sælid 2013, Vikestad 2012, Vigeland 2010, Kjesbu 2015) Det finnes derimot mye debattinnlegg, kronikker og lignende om oppgavedeling skrevet av fagfolk fra ulike profesjoner. I Storbritannia er det publisert en del artikler og studier relatert til temaet, blant annet en oppsummeringsartikkel (Li et al.2015) som tar for seg de tilgjengelige studienes resultat og vurderer pasientsikkerhet og økt effektivitet i klinikkene presentert i studiene. Siden det er få studier og begrenset til kun Storbritannia vil det være en begrenset generaliserbarhet, men studiene har inkludert til dels høye antall injeksjonsbehandlinger og viser positive resultater både knyttet til lav forekomst av komplikasjoner, økt effektivitet og kapasitet i klinikkene og høy pasienttilfredshet. Det er også tilgjengelig en del britiske evalueringer, rapporter og artikler om oppgavedeling innen øyehelse, pasientforløp og pasienttilfredshet relatert til denne pasientgruppen (Amoaku et al 2012, Amoaku 2013, Gibbons et al 2011, Hartry 2007, Shah et al 2013)

I Nederland er det gjort noen relevante studier av fordelingen av oppgaver mellom de ulike aktører innen øyehelse (Stevens et al 2000, 2002, 2007), og det finnes flere artikler som beskriver hvordan oppgavedeling i helsevesenet foregår i form av horisontal og vertikal substitusjon (Nancarrow og Bortwick 2005, Dubois og Singh 2009).

Helsedirektoratet og kunnskapssenteret har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet flere oppsummeringsrapporter og gjort kartlegginger av oppgavedeling i deler av spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet 2013, Kunnskapssenteret 2013). Helsemyndigheter vektlegger bedre og smartere oppgavedeling mellom ansatte i sykehusene for bedre utnyttelse av samlet kompetanse og ressurser sine styringsbudskap og forventninger til sykehusene, og dette gjenspeiles i viktige helsedokumenter som f.eks. Nasjonal helse- og sykehusplan (2015).

Det finnes mye litteratur om profesjon og profesjonskamp, jeg har søkt å finne litteratur om profesjon som beskriver de generelle trekk ved profesjoners dynamikk som f.eks. Abbott (1988), og har i tillegg brukt noe nyere oppsummerende litteratur om temaet (Orvik 2015). For å se på hvordan endringsprosesser blant helsepersonell foregår har det også vært relevant å søke litteratur om endring (Grol og Wensing 2004, Jacobsen 2004).

Innenfor temaet oppgavedeling er det også publisert en god del internasjonale studier knyttet til u-lands problematikk, oppgavedeling i primærhelsetjenesten og i enkelte høyspesialiserte intensivavdelinger. En del studier har også fokus på ledelse og bemanningsbehov innen helsevesenet. Dette har ikke direkte relevans for problemstillingen i denne oppgaven.

Søkeord:

Norsk: Oppgavedeling, oppgaveglidning, jobbdeling, jobbgilding, substitusjon

Engelsk: Task-shifting, skill-mix, role-substitution, role-delegation, task-substitution

Oppgavedeling + oftalmologi og oppgavedeling + profesjon, i tillegg til kombinasjoner med søkeord som Aldersrelatert makuladegenerasjon, intravitreale injeksjoner, og sykepleier. Alle kombinasjoner både på engelsk og norsk, og i flere ulike databaser som PubMed, Cinahl, Web of Science, Web of knowledge og Swemed. I tillegg til dette også generelle internettsøk med de aktuelle søkeord.

1.4 Avgrensning og oppgavens oppbygging

Jeg har i oppgaven hatt fokus på respondentenes erfaringer med oppgavedeling, og har ikke gjort en vurdering av om oppgavedeling som fenomen er positivt eller negativt for helsevesenet. Jeg har heller ikke tatt standpunkt for eller imot denne type tiltak brukt i øyeavdelinger. Målet har vært å beskrive omfang av oppgavedeling i øyeavdelinger, og presentere noen erfaringer med denne endringsprosessen sett i sammenheng med relevant teori og den helsepolitiske kontekst endringen skjer i.

Maktproblematikk har jeg også valgt å ikke i særlig grad gå inn i, utfra materialet og hva informantene var opptatt av valgte jeg å fokusere mest på endringsprosesser og drivkrefter for å gå inn i disse endringsprosessene. Jeg har heller ikke analysert begrepet ansvar utover det som ligger i profesjonsbegrepet.

Med hensyn til oppgavens omfang har jeg fokuset på vertikal oppgavedeling innad i sykehusene og holdt horisontal oppgavedeling utenfor. Det ville være et eget og omfattende

tema å analysere oppgavefordeling mellom sykehus og andre del av øyehelsetjenesten som optikere, privatpraktiserende øyeleger m.fl. Den horisontale oppgavedeling er også litt på siden av materialet jeg har samlet inn og min problemstilling, blant annet fordi AMD-behandling i dag hovedsakelig foregår i sykehusene.

Kapittel 2 Metode

2.1 Forforståelse

Alle ting man skal tolke har man en forforståelse for, som påvirker hvordan man tolker eller oppfatter hendelser eller fenomener. Ingen kan være fullstendig nøytral, man vil være påvirket av sine erfaringer og den kontekst man kjenner best til. Denne forkunnskap eller forforståelse kan oppfattes som støy som kan påvirke resultatet – eller det kan brukes som en ressurs. Jeg opplever at min forforståelse for oppgavedeling i øyeavdelinger gjorde meg genuint interessert i å finne ut mer om fenomenet jeg har valgt å studere, og at forforståelsen kan brukes til min fordel så lenge jeg er bevisst på at den er der.

Oppgavedeling handler mye om endring, og min forforståelse for temaet endring i organisasjoner har jeg fra flere år i ledergruppen ved avdelingen jeg jobber, og de ulike endringsprosesser vi har jobbet med internt. Jeg har også fått en teoretisk forkunnskap om tematikken under mastergradsstudiet. Som ansatt i øyeavdeling i spesialisthelsetjenesten i over 10 år har jeg også en forforståelse for øyefaget og øyeavdelingenes utfordringsbilde - – både fra et perspektiv som sykepleier, i fagutviklingsstilling og som leder. Min erfaring i dette arbeidsfeltet og i denne konteksten farger min måte å forstå temaet oppgavedeling.

2.2 Vitenskapsteori og valg av metode

Hvorfor og hvordan valgte jeg å kombinere kvalitativ og kvantitativ metode?

Med bakgrunn i temaet oppgavedeling og mitt ønske om å vite noe om helsepersonells erfaringer med dette var det naturlig å velge kvalitativ metode, i form av semistrukturerte intervju. Jeg ønsket å høre direkte fra helsepersonell hvilke erfaringer de har hatt med oppgavedeling, og intervjuformen muliggjør en dynamisk dialog der kunnskapen produseres i fellesskap mellom forsker og informant. Det gir muligheter for å følge opp aktuelle tema som kommer frem underveis med oppfølgingsspørsmål og etterspørring av eksempler for å presisere eller avklare ting, i motsetning til en kvantitativ variant av å innhente kunnskap om erfaringer - der er spørsmålene statiske og man begrenser informasjonen til de spørsmål og svaralternativ man på forhånd har satt opp. En av styrkene til kvalitativ metode er at den kan bidra til å forstå prosesser, bidra med detaljert informasjon om noe, og man har muligheten til å tydelig få frem deltakernes stemme i form av f.eks. sitatbruk.

Kvalitative intervju er kontekstavhengige, og jeg var også nysgjerrig på omfanget av oppgavedeling i øyeavdelinger, og hva som var bakgrunnen for at de satte i gang med disse endringsprosessene ved avdelingene. Hva så de for seg å få ut av en slik endring, hvilke utfordringer møtte de og hvilke resultat opplevde de å oppnå? Derfor valgte jeg å også bruke kvantitativ metode, i form av å utarbeide en elektronisk spørreundersøkelse rettet mot ledere ved landets 21 Øyeavdelinger. Dette materialet bidrar til en bakgrunnsinformasjon og innramming av intervjuene, samtidig som det som fremkommer kan sammenlignes med intervjumateriale og bidra til større bredde i datamaterialet. Spørreundersøkelsen var utformet med en kombinasjon av ferdig definerte avkryssings spørsmål, og åpne fritekst spørsmål.

Ved å bruke både kvalitative og kvantitative data til å belyse oppgavens problemstilling kan man dra nytte av begge metodenes styrker og kanskje minske noen av svakhetene ved at metodene utfyller hverandre og gir et bredere bilde av temaet som undersøkes. Kvantitativ forskning kartlegger at noe skjer, mens kvalitativ forskning avdekker hvordan eller hvorfor det skjer. Kombinasjonen av kvalitative data i tekstform med kvantitative data i numerisk form kan oppnås for eksempel ved å diskutere resultatene samlet, gjerne først presentere det kvantitative resultat etterfulgt av sitater eller funn som støtter eller motsier de kvantitative resultat. Kombinasjonen kan også gjøres ved figurer som viser både kvalitative og kvantitative resultat. Mine funn har jeg beskrevet først med deskriptive data fra spørreundersøkelsen for å beskrive situasjonen og gjengi hovedtrekk, og deretter har jeg gått dypere inn i materialet ved å analysere det som kom frem i intervjuene sett opp mot momenter som kom frem i spørreundersøkelsen. Funnene er så diskutert opp mot aktuell litteratur. Kombinasjonen av kvalitativ og kvantitativ metode har slik gitt meg mulighet til å skissere et «tilstandsbilde» av oppgavedeling i øyeavdelinger, men også å diskutere forståelsen av hvorfor eller hvordan det skjer ved å knytte sammen teori og empiri.

2.3 Datainnsamling

2.3.1 Intervju

Hvorfor denne metoden?

Mitt litteratursøk på temaet oppgavedeling viste at det var lite å finne om helsepersonells erfaringer med oppgavedeling, noe som også var påpekt i ulike rapporter fra Helsedirektoratet (2013) og Kunnskapssenteret (2013). Utfra tematikk og problemstilling i min oppgave syns

jeg det var interessant å få et innblikk i dette temaet i form av intervju med helsepersonell, og at dybdeintervjuene ville kunne utfylle de skjematiske svarene en spørreundersøkelse kan gi – til sammen ville disse to metoder kunne gi et spennende materiale å jobbe videre med i diskusjonsdelen av oppgaven.

Hvem ble inkludert i utvalget?

Jeg ønsket å ha med representanter fra både mindre og større øyeavdelinger, og både leger og sykepleiere. Jeg henvendte meg på epost til ledere ved flere aktuelle avdelinger med prosjektbeskrivelse og forespørsel om de kunne tenke deg å la avdelingen delta i prosjektet og om de kunne forespørre sine ansatte om noen av villige å stille til intervju.

Utfra min kjennskap til Øyeavdelingene visste jeg at en av øyeavdelingene i Norge var langt fremme med oppgavedeling, og var første avdeling i Norge som hadde startet med sykepleieradministrerte intravitreale injeksjoner. Denne avdelingen ville jeg gjerne ha med, og de takket ja til deltakelse i tillegg til to andre avdelinger. Intervjuobjektene består av 4 leger, 2 spesialsykepleiere og 1 leder, hvorav noen av disse også har fagansvar. Det er ikke noen fasit på hvor mange intervju man bør ha i en kvalitativ studie, men jeg la vekt på at utvalget skulle inkludere personer fra både små og større avdelinger og fra ulike profesjoner. Antallet ble også tilpasset oppgavens omfang med tanke på tidsbruk til transkribering og analyse av materialet.

Planlegging og gjennomføring av intervju

I planleggingsfasen leste jeg ulik litteratur om temaet, både artikler og meningsutvekslinger i form av kronikker og debattinnlegg. Dette brukte jeg i arbeidet med utforming av en intervjuguide med de hovedpunkter jeg ville forsøke å komme innom i intervjuene.

Intervjuene ble gjennomført på intervjuobjektens arbeidsplass, etter avtale med avdelingsleder og den enkelte som stilte til intervju. Dette valgte jeg for å gjøre intervjusituasjonen mest mulig praktisk for de involverte, som har en travel arbeidshverdag. Når jeg oppsøkte dem behøvde de ikke bruke av sin tid på å forflytte seg til et annet sted. Jeg fikk tilgang til å låne et ledig kontor i avdelingene, og intervjuavtalene var satt opp med god tid mellom slik at jeg kunne være fleksibel på ønske om endret tidspunkt fra intervjuobjektet eller dersom det var ønskelig å bli sittende lenger enn planlagt.

Med tanke på at intervjuobjektene er fagpersoner som arbeider ved travle sykehusavdelinger og min kjennskap til denne type arbeidsmiljø, så jeg det som en forutsetning for å få

intervjuavtaler at ikke tidsbruken var for omfattende. Samtidig måtte det være nok tid til å gi godt utbytte. Hvert intervju ble avtalt varighet 30 minutter. Intervjuformen semistrukturerte intervju valgte jeg som mest egnet også med tanke på tidsbruk og effektivitet; ved å bruke intervjuguiden kan man lettere sikre seg å komme innom de viktigste tema man ønsker å snakke om på den tilmålte tiden. Noen intervju varte også lengre, men da fordi intervjupersonen signaliserte at de gjerne ville prate lengre når vi var kommet så godt i gang med samtalen.

I Kvale og Brinkmann (2009) beskrives intervju med elitepersoner; personer som er ledere eller eksperter, og vanligvis har stillinger med stor makt. En del av mine intervjuobjekter hører til denne gruppen, da de er medisinske eksperter med faglig stor tyngde innen sitt fagfelt, eller er ledere i sykehusavdelinger. Det asymmetriske maktforhold som beskrives å vanligvis oppstå i en intervjusituasjon kan bli noe oppveid av elitepersonens maktstilling, og dette kan påvirke dynamikken i intervjuene. Disse personene er ofte vant med å bli intervjuet, og å bli spurt om sine meninger om et tema. En intervjuer som viser at han er godt inne i intervjutemaet vil få respekt og kunne oppnå en viss grad av symmetri i intervjusituasjonen, samt legitimere at det brukes tid på intervjuet.

Relasjonen mellom forsker og informant kan også ha betydning for påliteligheten av en studie. Fordelen med å forske i egen organisasjon vil f.eks. være lettere tilgang til informanter, men sier de alt til deg? Når er du forsker og når er du kollega? Jeg intervjuet personer både fra egen organisasjon og fra eksterne avdelinger, og den erfaringen styrket min tro på at det å gå utenfor egen organisasjon for å studere et kjent tema er en fordel. Jeg fikk da nytte av fordelen med å ha en forforståelse til både fagområdet og arbeidsmåten, men fikk en større distanse til informanten og kunne letter spørre mer åpne og naive spørsmål. Jeg kjente heller ikke til tidligere uenigheter eller motpolarer i disse avdelingene, eller hvilke standpunkt ulike grupper hadde eller hadde hevdet tidligere til tematikken. Denne distansen styrket påliteligheten i materialet. Ved intervju lokalt på eget arbeidssted var det mer krevende for meg å holde fokus på rollen som forsker, og å stille åpne nok spørsmål. Jeg opplevde ikke at informantene bevisst holdt tilbake noe fordi det var meg som kollega som spurte, men det påvirket likevel dynamikken i samtalen at vi kjente hverandre.

Jeg valgte å benytte båndopptaker under intervjuet, slik at jeg kunne konsentrere meg fullt og helt om samtalen og planleggingen av oppfølgingsspørsmål underveis i samtalen. Intervju er

et håndverk, og intervjuferdigheter må læres gjennom praksis. For meg var intervju en ny metode, og jeg evaluerte egen prestasjon mellom hvert intervju ved å lytte på opptakene, og forsøkte å forbedre min intervjuteknikk til det neste intervju. Jeg opplevde at det var en utvikling i intervjuene, og det var en motiverende mestringsopplevelse.

Transkribering og analyse.

Ved transkribering av intervjuene skrev jeg direkte ned det som blir sagt, uten å ta med alle pauser og småord eller vektlegge hvordan ting ble sagt. Dette var et bevisst valg da jeg ønsket å bruke materialet til å se etter nyanser i det som sies, ikke til å gjøre setningsanalyse eller bruk av programvare for analyse av ordbruk. Etter transkribering leste jeg gjennom tekstene flere ganger, uthevet spesielt aktuelle utsagn, og kategoriserte/grupperte hovedtrekk i det som kom frem. Gruppering av tematikk ble gjort med sammenfallende kategorier fra intervju og spørreundersøkelsen. Slik ble det lettere å bruke eksempel fra intervjuene i oppgaven til å bygge opp under resultat fra spørreundersøkelsen i diskusjonsdelen og omvendt, og lettere å gjenkjenne tematikker som gikk igjen fra flere kilder.

2.3.2 Spørreundersøkelse

Hvorfor denne metoden?

Jeg ønsket å bruke kvantitative data som bakgrunnsmateriale for oppgaven, og som en innramming av forskningsintervjuene i den kvalitative delen av mitt datamateriale. Til dette valgte jeg å lage en elektronisk spørreundersøkelse til ledere ved alle landets øyeavdelinger, der spørsmålene er en kombinasjon av kvantitative og kvalitative data i form av fritekstsvar. Målet var blant annet å få et innblikk i omfanget av oppgavedeling ved de ulike avdelingene, hvilken motivasjon som lå bak bruk av oppgavedeling, hvilke effekter de hadde opplevd, og hvilke faktorer lederne mener kan være med å hemme eller fremme oppgavedeling. Inspirasjon til denne formen for kartlegging fikk jeg fra Helsedirektoratets kartlegging av erfaringer med oppgavedeling (Helsedirektoratet 2013)

Hvem ble inkludert i utvalget, og hvordan ble utvalget gjort?

Spørreundersøkelsens målgruppe var øverste ledelse og medisinsk faglig ansvarlige ved landets Øyeavdelinger, der det tilbys AMD-behandling. Øyeavdelingene er organisert hierarkisk ulikt i ulike regioner, slik at lederne er noen steder titulert direktør, enhetsleder, avdelingsleder, avdelingssjef mfl.

Det er totalt 21 Øyeavdelinger i Norge; 4 i Helse Vest, 4 i Helse Midt, 3 i Helse Nord, 10 i Helse Sørøst. 18 av 21 avdelinger ble inkludert i undersøkelsen, 3 avdelinger fra Helse Sør-Øst svarte ikke på forespørsel om å bli inkludert. Svarprosenten ble 64 %.

De fleste avdelinger hadde ikke tilgjengelig informasjon om ledelsen på sine nettsider, og navn og epostadresser til alle lederne ble fremskaffet ved telefonisk henvendelse til sentralbordet på hvert sykehus, som deretter gjorde forespørsel til den enkelte leder om epostadressen kunne oppgis med formål om deltakelse i undersøkelsen. Deretter laget jeg en epostmatrise som ble brukt til utsending av invitasjon til deltakelse i spørreundersøkelsen.

Hvordan ble spørreundersøkelsen utviklet, og hvordan ble datamaterialet samlet inn og analysert?

Jeg planla først å gjennomføre spørreundersøkelsene som 10 min lange telefonintervju, for å spare ledere for tidsbruk og for å sikre meg at ikke min forespørsel på epost ble glemte i en travle hverdag. I praksis viste det seg vanskelig å komme i telefonisk kontakt med travle ledere, og mange steder ga sentralbordet heller ikke ut telefonnummer til lederne. Søknad om endring fra telefonintervju til elektronisk spørreundersøkelse på epost ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), og spørreundersøkelsen foregikk i perioden 8.mai – 20.august 2015.

Jeg benyttet programvaren Corporate Surveyor (CS) til gjennomføringen av undersøkelsen, og fikk opplæring i bruken av programvaren ved Fagsenter for pasientrapporterte data i Helse Bergen. Spørsmålene var en kombinasjon av matrisespørsmål, flervalgsspørsmål og fritekst. Jeg satte også opp en ruting mellom spørsmålene for at respondentene skulle bli rutet forbi spørsmål som ikke var relevante for dem utfra respons på enkeltstående spørsmål. Logikken bygget jeg opp selv, og fikk så teknisk bistand til å sette dette opp i CS av rådgiver ved Fagsenter for pasientrapporterte data. Etter at undersøkelsen var satt opp har jeg selv administrert den alene. Programvaren muliggjorde også utsending av puringer, og dette bidro helt klart til svarprosenten - det kom et par nye svar like etter hver påminnelse var sendt ut. Totalt 4 påminnelser ble sendt ut i perioden undersøkelsen var åpen.

Resultat av undersøkelsen ble gjennomgått i hovedtrekk ved Fagsenter for pasientrapporterte data i Helse Bergen, der jeg ble presentert hvilke ulike rapportmuligheter som finnes i programmet. Den automatisk genererte rapporten fra CS viser antall svar i prosent på hvert spørsmål, og fritekst svarene samles for seg. Denne rapporten har jeg tilpasset etter mitt behov for å lage en oversiktlig oversikt over resultatet, og lagt til et par beregninger. Det var også en

kjent feil i programvaren som gjorde at man måtte regne manuelt svarprosent på de spørsmål som inneholdt flervalgsspørsmål der ikke hele utvalget skulle svare. For å se sammenhenger mellom hvem som har svart hva, eller lage andre fremstillinger enn standardrapporten hentet jeg dette manuelt fra råmaterialet i programvaren Excel.

Med bakgrunn i materialets størrelse var det mest hensiktsmessig å benytte deskriptiv statistikk og ikke en omfattende statistisk analyse. Jeg har benyttet tabeller for å vise antall, andel, svarfordeling osv., og drøftet disse funnene i teksten. Med et begrenset datamateriale kan man likevel si noe om mulige sammenhenger, f.eks. at tallene tyder på at yrkesgruppe x er mer dominerende enn yrkesgruppe y, forskjeller mellom regionene som har svart osv. Det må tas hensyn til at de ulike helseregioner har svært ulikt antall øyeavdelinger når man skal gjøre sammenligninger på tvers av regioner, detaljer om utvalget er presentert i kapittelet om funn.

Jeg har hentet ut fritekstdelene fra undersøkelsen separat, analysert innholdet og sortert dette i tematiske kategorier. Her har jeg sett etter trender og om noe blir nevnt av mange, men formen på fritekstsvarene gjør at det ikke er hensiktsmessig å beskrive dette numerisk – trender og eksemplifisering er mer aktuelt. Dette datamaterialet har jeg også vurdert opp mot materialet fra intervjuene i forhold til enkelte tema fra kategoriseringen som går igjen i begge materialene.

2.4 Studiens pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet

Det er ofte de tre kriteriene pålitelighet (reliabilitet), gyldighet (validitet) og generaliserbarhet som brukes som indikatorer på en studies kvalitet. Reliabilitet handler om hvorvidt en studie kan etterprøves, validitet handler om i hvilken grad resultater fra en studie er gyldige for det utvalget eller fenomenet som er undersøkt, og om resultatet kan gjelde også for andre situasjoner og utvalg er generalisering. Dette fungerer også godt som kriterier på kvaliteten på kvalitativ forskning ifølge Tjora (2012).

Innen mange typer forskning vil forskeren ha en kunnskap eller engasjement i temaet han forsker på, min for forståelse for studiens tema har jeg gjort rede for i kapittel 3.1

Innen en positivistisk tradisjon er idealet nøytrale observatører, og forskerens forkunnskap om temaet kan oppfattes som støy ved at det kan påvirke resultatet. Innen den tradisjon som kvalitativ forskning bygger på hevder man at fordi ingen kan være fullstendig nøytral kan

forkunnskapen også være en ressurs – det viktige er å redegjøre tydelig for hvordan egen forkunnskap kan prege forskningsarbeidet. All tolkning skjer med bakgrunn i egne erfaringer og kontekst (Tjora 2012). Jeg tenker at det er viktig å være bevisst på at man har med seg sin forforståelse, og bruke den til sin fordel. Kunnskap om temaet man forsker på kan være en fordel i forhold til å f.eks. kunne stille gode oppfølgingsspørsmål og at man kjenner til fagbegrepene og konteksten, men kan selvfølgelig også være en utfordring ved at man kan stå i fare for å søke bekreftelse på egen forhåndsoppfatning av hvordan noe er mer enn å la dataene tale.

Det vil kunne styrke en studies pålitelighet (reliabilitet) at forskeren opplyser om alle metodiske detaljer knyttet til studien, og dette har jeg lagt vekt på i oppgavens metodekapittel. Presentasjon av forskers forforståelse, hvilke informanter som inngår og hvordan disse er valgt ut, hvilke metoder for innsamling og analyse av data som er brukt, og at det i presentasjonen tydelig skilles mellom forskers tolkninger og konkrete gjengivelser fra datamaterialet er viktig for studiens pålitelighet. I presentasjon og diskusjon av studiens funn har jeg lagt vekt på å tydeliggjøre resultatene, og fremstiller både et «situasjonsbilde» av oppgavedeling i øyeavdelinger samtidig som dette settes inn i sammenheng med aktuell teori og kontekst for å utvikle en forståelse av materialet i brytningen mellom teori og empiri.

Utvelgelse av intervjuobjekt er også av betydning for intervjuets kvalitet som kunnskapskilde. Det er viktig at intervjuobjektet kan bidra til ny forståelse av et tema, og ikke velges ut helt tilfeldig. Utvalget av intervjupersoner i kvalitativ forskning gjøres derfor ofte strategisk, og ikke representativt (tilfeldig), som ved kvantitativ forskning. At intervjuobjektene i studien er valgt ut fra en begrenset populasjon med førstehåndserfaring med tematikken bidrar i denne sammenheng til studiens pålitelighet og gyldighet; man ville ikke fått utbytte av å ha en helt tilfeldig person som intervjuobjekt knyttet til denne oppgavens problemstilling. I kraft av hvem som har svart blir intervjuene et gyldig og pålitelig bidrag til oppgaven. Samtidig vil det kanskje ikke være tilfeldig hvem som melder seg til å delta, det kan f.eks. være personer som er spesielt positive eller spesielt negative til temaet eller som har en skjult agenda som melder seg. Man kan heller ikke vite om alle svarer ærlig, eller om de påvirkes av f.eks. intervjusituasjonen, spørsmålsformulering eller hva de oppfatter som «korrekt» svar.

Personer som intervjues har gjort sin erfaring i sin kontekst, og kvalitative intervju vil alltid være kontekstsensitive. Intervjuene blir en representant for en erfaring i den aktuelle konteksten uten å være representativt. Det kan ikke komme bastante slutninger ut av denne

type materiale, kvalitativ forskning handler om generering av kunnskap der man undersøker hvilken mening hendelser og erfaringer har for de som intervjues, og hvordan dette kan fortolkes og forstås. Funn fra kvalitative forskningsintervju kan heller ikke uten videre generaliseres på samme måte som funn gjort ved kvantitative metoder, siden utvalget er lite. Generaliserbarhet er heller ikke alltid et mål når man ønsker å beskrive et fenomen ved bruk av kvalitative data. Men det kan ofte gjøres en analytisk generalisering ved å vurdere i hvilken grad funn kan brukes som en indikator på hva som kan skje i en annen tilsvarende situasjon.

Ved at jeg har brukt diktafon under intervjuene kan jeg presentere direkte sitater, og dette kan også være med å styrke påliteligheten til studien. Informantens «stemme» kan til en viss grad nå helt frem til leseren. Ved å redegjøre for hva som er kommet frem i intervju eller spørreundersøkelse og hva som er mine egne analyser kan dette bidra til prosjektets gyldighet, ved at jeg viser leseren en logisk sammenheng mellom studiens funn og de spørsmål jeg søker svar på.

Jeg har valgt å kombinere kvalitativ metode (intervju) og kvantitativ metode (spørreundersøkelse), og det å bruke flere metoder og ulike datakilder kan styrke undersøkelsens validitet. Fordi spørreundersøkelsen inkluderte nesten alle landets øyeavdelinger og fikk 64 % svarprosent kan undersøkelsen på en pålitelig måte bidra med kunnskap om oppgavedeling i øyeavdelinger. Totalt 32 besvarelser er ikke høyt sett med statistiske briller, men sett i sammenheng med at populasjonen er naturlig begrenset - det finnes kun et visst antall øyeavdelinger- og at 18 av 21 mulige avdelinger er representert i undersøkelsen gjør undersøkelsen representativ til tross for antallet besvarelser. Dette øker undersøkelsens interne validitet – altså i hvilken grad resultatet er gyldig for det utvalget og fenomenet som er undersøkt. Flere spørsmålsformuleringer har vært brukt i både intervju og spørreundersøkelse og dette gir også mulighet for at et funn i intervju kan understøttes med tilsvarende funn i spørreundersøkelsen eller omvendt, og funn i spørreundersøkelsen tegner et viktig bakgrunnsbilde for konteksten intervjupersonene befinner seg i.

2.5 Etiske refleksjoner knyttet til studien

Mye av etikken i forbindelse med å intervjuer er knyttet til presentasjonen av data, f.eks. når det gjelder anonymisering (Tjora 2012). Deltakerne i intervjuene i min studie er blitt anonymisert, men det er i dette tilfellet umulig å helt garantere anonymitet – det er en mulighet for at de kan gjenkjennes av kolleger eller andre i et lite fagmiljø. Dette var påpekt i

informasjonsskrivet som fulgte deltakernes samtykkeskjema, der det også var orientert om retten til å trekke seg fra studien når som helst.

Det er lite sensitive og personlige spørsmål i intervjuene, spørsmålene går på deres erfaringer som helsepersonell og ikke som privatpersoner eller pasienter. Mulighet for gjenkjenning har jeg derfor vurdert som etisk forsvarlig. Ingen av informantene har bedt om sitatsjekk i forbindelse med studien.

Etikk i forbindelse med selve gjennomføringen av intervjuet handler ifølge Tjora (2012) først og fremst om at informanten ikke skal komme til skade, f.eks. ved at svært følsomme tema tas opp uten mulighet for bearbeiding. Vanlig høflighet er et godt utgangspunkt for etisk god forskning, men forskningen må ha høyere krav enn som så blant annet fordi resultatet skal offentliggjøres. Man kommer gjerne nær dem man møter til et dybdeintervju, og tillit og gjensidig respekt mellom aktørene er viktig. Relasjonen forsker-informant er ikke symmetrisk, og det er viktig at man som forsker tenker gjennom de etiske aspektene selv om deltakerne er informert om retten til å trekke seg og informert samtykke.

KAP 3 Teori

3.1 Hva er oppgavedeling?

Oppgavedeling innebærer ifølge Helsedirektoratet at arbeidsoppgaver som tidligere har vært tilknyttet en særskilt profesjon, også skal kunne utføres av andre yrkesgrupper for bedre utnyttelse av samlet kompetanse og ressurser. Dette bygger på World Health Organization (WHO) sin definisjon av oppgavedeling:

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

Flere ulike begrep på norsk brukes om hverandre om temaet; oppgavedeling, oppgavegliding, jobbglliding m.fl. På engelsk er *task-shifting* mye brukt i litteraturen, men også *skill-mix*, *task-substitution*, *role-substitution* m.fl. Å dele en oppgave gir andre assosiasjoner enn at en oppgave glir over fra en person til en annen, og hvilket ord man velger å bruke er dermed ikke uten betydning. Jeg har valgt å konsekvent bruke begrepet oppgavedeling i min oppgave. Min begrunnelse for dette er at endringen som gjøres ved at det åpnes opp for at sykepleiere kan utføre intravitreale injeksjoner, er en planlagt og aktiv handling utfra en rasjonell vurdering av behov og et mål om å oppnå mest mulig effektiv utnyttelse av tilgjengelige ressurser. Oppgavegliding oppfatter jeg som mer dekkende for tilfeller der det har vært en mer gradvis og uplanlagt flytting av oppgaver, f.eks. ved at det over lengre tid har det utviklet seg en praksis der en oppgave gradvis har glidd over til en annen profesjon. Norske helsemyndigheter gir også ordet oppgavedeling legitimitet ved at dette begrepet brukes i ulike rapporter og uttalelser om utvikling av helsetjenester.

3.2 Profesjon

Profesjoner defineres av Abbott (1988) som at de har en legitim og eksklusiv adgang til å håndtere visse samfunnsoppgaver, og at samfunnet både forventer og tillater at disse gruppene gjør noe som andre ikke har lov til. Arbeidet som utføres av en profesjon er så spesialisert at andre ikke bør ha tilgang til å utføre det. Arbeidet kan ofte ikke standardiseres, men avhenger av den enkelte yrkesutøvers skjønn. I følge Orvik (2015) har profesjonsbegrepet vært brukt om en type yrkesmessig organisering av arbeid som utføres av fagpersoner med spesifikke

kjennetegn; lang formell utdanning, egen forskning, egen yrkesetikk, lovbeskyttet autorisasjon, enerett til å praktisere bestemte yrker, unik og uegennyttig tjeneste overfor samfunnet, og forpliktelse overfor profesjonelle verdier og normer. Dette gir også profesjonelle stor grad av autonomi i arbeidet, som kan skape en immunitet overfor press – også fra ledere. Tradisjonelt har kun leger, tannlege og psykolog vært regnet som fullverdige profesjoner innen helse - i nyere forskning brukes profesjonsbegrepet mer åpent ifølge Orvik (2015), og inkluderer flere grupper av helsepersonell som f.eks. sykepleiere og andre høyskoleutdannede helsepersonellgrupper. Denne mer åpne forståelsen av begrepet profesjon har jeg lagt til grunn i min oppgave. Jeg har også brukt profesjon og yrkesgruppe om hverandre, da jeg ønsker å bruke begrepet så vidt som mulig og innbefatte alle yrkesgruppene som har en plass i helse- og sosialtjenesten.

3.2.1 Jurisdiksjon og autonomi

Den kontroll over visse samfunnsoppgaver som en profesjon har kalles jurisdiksjon, som betyr ansvars- eller myndighetsområde. Når noe er underlagt en profesjon sin jurisdiksjon er dette en måte å si at det tilhører deres domene eller territorium (Abbott 1988). Myndighetsområdet til en profesjon gir ifølge Orvik (2015) profesjoner kontroll i en dobbel forstand. *Ekstern kontroll* over adgangen til arbeidet; man kan ikke uten videre bruke f.eks. tittelen lege - og en *intern kontroll* i form av selvkontroll og ansvar for konsekvenser av egne handlinger. Jurisdiksjon gir rett til å praktisere yrket autonomt, og profesjonen får selv ansvar for at praksis drives og utvikles i tråd med anerkjent kunnskap. Uttrykket profesjonsmyndighet brukes i dag ofte for å beskrive domenet der en profesjon har ansvar og myndighet, og dermed makt i forhold til andre profesjoner. Profesjonsmyndighet gjør det mulig for profesjoner å trekke grenser rundt eget område, og gir makt til å avgi arbeidsoppgaver der profesjonen har hatt domenemakt men ønsker å kvitte seg med dem til fordel for andre oppgaver – f.eks. ved oppgavedeling som beskrevet nærmere ovenfor. Ifølge Abbott (1988) er jurisdiksjon den viktigste egenskapen ved en profesjon

3.2.2 Profesjoner som del av et system

Profesjoner eksisterer ikke uavhengig av hverandre, de utgjør en del av et større system av profesjoner, og innenfor dette systemet utfordres og endres jurisdiksjoner kontinuerlig (Abbott 1988). Noen grupper har stor dominans og holder jurisdiksjon også over andre profesjoner. De dominante profesjonene har definisjonsmakten i et slikt system ifølge Abbott, men for å holde jurisdiksjon kreves det også at samfunnet anerkjenner profesjonens krav til

disse rettighetene. En profesjon kan heller ikke besette en jurisdiksjon uten å enten konkurrere om den eller finne at jurisdiksjonen er ubesatt. Utvidelse av jurisdiksjon gjør også en profesjon mer sårbar for spesialisering og diffusjon (Abbott 1988).

Profesjonene er et system av gjensidig avhengighet, og bevegelse i en av dem vil påvirke de andre profesjonene. Endring i jurisdiksjon vil bety konkurranse mellom profesjoner, og kjeden av reaksjoner i et profesjonssystem kan starte på to ulike måter: enten ved at eksterne krefter åpner eller lukker jurisdiksjonsområder, eller ved at eksisterende eller nye profesjoner aktivt søker å utvide sin jurisdiksjon. Ved hvert steg i denne kjeden oppstår konkurranse om jurisdiksjon, og i systemet av profesjoner finnes ikke et stabilt likevektspunkt (equilibrium) – oppgaver er i kontinuerlig endring og svake punkt i en jurisdiksjon vil bli utfordret.

Interne krefter i en profesjon kan være med å styrke eller svekke nåværende jurisdiksjoner og styrke muligheten for profesjonen til å ta over nye jurisdiksjoner. Sammen med de eksterne krefter har dette betydning for sluttresultatet (Abbott 1988)

3.2.3 Ulike former for jurisdiksjon

Abbott (1988) beskriver 6 ulike typer jurisdiksjon som gjør seg gjeldende for forholdet mellom profesjoner: Full jurisdiksjon, underordning, intellektuell jurisdiksjon, rådgivende jurisdiksjon, arbeidsdeling og klientdifferensiering. Leger har typisk hatt det Abbott definerer som full jurisdiksjon, de har eksklusive rettigheter f.eks. knyttet til medisiner og har jurisdiksjon også over andre yrkesgrupper enn egen. Underordning er en mer begrenset jurisdiksjon som mange yrkesgrupper har. Med intellektuell jurisdiksjon har profesjonen kunnskapsmessig kontroll, selv om det er konkurranse på praksisfeltet. Rådgivende jurisdiksjon er noe svakere enn den intellektuelle jurisdiksjon og betyr at de har rådgivende kontroll over noen områder – f.eks. at beslutningstakere har plikt å søke råd hos denne profesjonen men ikke plikt å følge rådet. Arbeidsdeling betyr at profesjonene er funksjonelt forskjellige men strukturelt likeverdige, kunnskapsområdene ses gjerne som selvstendige i forhold til hverandre. Klientdifferensiering er knyttet til egenskaper ved klientellet.

3.3 Profesjongrensener i endring i helsevesenet

Helsevesenet er stadig i utvikling og i endring, og det samme er grensene mellom de ulike profesjonenes jurisdiksjoner. Det er en kontinuerlig konkurranse mellom profesjoner ifølge

Abbott (1988), og ulike ytre påvirkninger kan føre til at oppgaver forsvinner, omformes eller at nye kommer til. Både jurisdiksjon og profesjon vil endres i takt med dette.

«Health providers have the ability to change their disciplinary boundaries by identifying new areas of work, or by adopting roles normally undertaken by other providers. Either as demarcationary tactics of encroachment or by consensual delegation» (Nancarrow og Bortwick 2005)

Dette er bakgrunnen for en muliggjøring av endring i fire retninger ifølge Nancarrow og Bortwick (2005); diversifisering, spesialisering, horisontal substitusjon og vertikal substitusjon.

De to førstnevnte er en intra-disiplinær endring som skjer innad i en profesjon eller fagdisiplin, substitusjon er inter-disiplinær og skjer mellom ulike profesjoner eller faggrupper.

Diversifisering

Diversifisering omhandler noe som ikke tidligere har vært «eid» av en spesiell faggruppe, og som resulterer i utvidet rolle for den faggruppen som legger oppgaven til sitt domene. Det kan f.eks. være en ny oppgave eller en ny måte å gjøre en oppgave på. Eierskap til antibiotika og anestesi er et tidlig eksempel på den medisinske profesjons diversifisering, og som var et viktig bidrag til deres styrke og autonomi som profesjon (Willis 1983 i Nancarrow og Bortwick 2005). Helseprofesjonene varierer i grad av mulighet for å diversifisere, og den medisinske profesjon har kontrollert både egen og andre profesjoners praksis. Faktorer som også påvirker er fagdisiplinens tilgang til ny kunnskap, evne til å kontrollere teknologi, samfunnets villighet til å kjøpe deres tjenester og risikoen for skadeansvar ved å påta seg oppgaven.

Spesialisering

Spesialisering omhandler økt nivå av ekspertise innad i en fagdisiplin, ved at en utvalgt gruppe innad i fagdisiplinen spesialiserer seg på noe og blir en lukket undergruppe av profesjonen legitimert med bruk av egen tittel. Dette er en motsetning til diversifisering der en oppgave gjøres tilgjengelig for hele profesjonen. Innen medisin har spesialisering vært assosiert med større faglig autonomi, økt økonomisk belønning, høyere sosial prestisje og økt trygghet for jobben. Det er lite publisert som tyder på slike fordeler ved spesialisering på tvers av andre fagdisipliner. Sykepleierprofesjonen og lignende fagdisipliner har en mer uformell spesialisering, der de gjerne identifiserer seg som en ekspert på et område på bakgrunn av

opplæring eller spesielle arbeidsoppgaver men få har et nivå av annerkjennelse, belønning eller beskyttelse som spesialisering innen medisin gir.

Ved økt spesialisering har spesialisten gjerne mindre tid til å utføre de mindre spesialiserte oppgavene, som kan være rutinepreget eller krever mindre ferdigheter. Dette kan da delegeres til andre. En risiko ved å delegere bort slike oppgaver kan være at det kan bli krevende å få tilbake det du tidligere hadde jurisdiksjon over når andre grupper har overtatt. (Nancarrow og Bortwick 2005)

Vertikal og horisontal substitusjon

Profesjongrensener kan også utvides ved å overta arbeid som tradisjonelt har vært utført av andre fagdisipliner – dette kaller Nancarrow og Bortwick (2005) substitusjon. Vertikal og horisontal substitusjon refererer til nivået av utdanning/ekspertise og status mellom gruppene. Vertikal substitusjon foregår mellom profesjoner med ulikt utdanningsnivå, mens horisontal substitusjon foregår mellom profesjoner med like lang utdanning. Substitusjon kan omfatte både en felles enighet om flytting av oppgaver, og tilfeller med omdiskuterte grenseområder der en overføring møter motstand fra noen av partene.

Figur 1 illustrer vertikal og horisontal substitusjon.

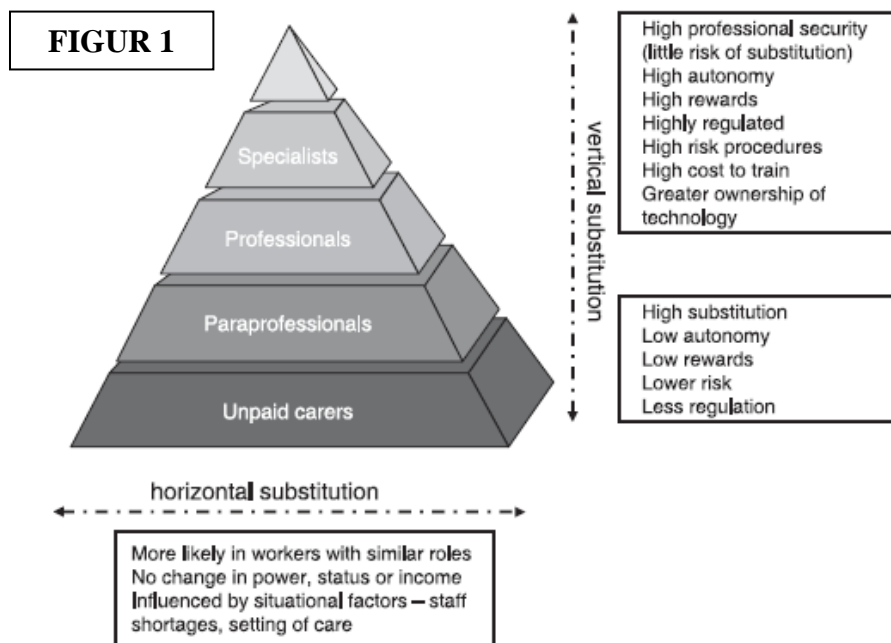


Figure 1 *The influence of vertical and horizontal substitution*

© Blackwell Publishing Ltd/Foundation for the Sociology of Health & Illness 2005

Vertikal substitusjon øker domenet (scope of practice) til en profesjon, men graden av økt status eller belønning varierer. Et eksempel er sykepleiere som foreskriver medikamenter. De har dannet en sub-spesialitet innen egen profesjon, oppnår ikke samme status som leger, men har gjerne økt status innen egen profesjon. Graden av vertikal substitusjon har en tendens å være styrt av profesjonene med størst makt (Nancarrow og Bortwick 2005).

Horisontal substitusjon forutsetter ofte en enighet om overføring av oppgaver heller enn en omdiskutert jurisdiksjon ifølge Abbott (1988). Denne form for substitusjon oppstår helst når det er uklare roller, og når det er roller som ligner hverandre eller overlapper. Det oppstår helst i underordnede helsepersonellgrupper, gjerne som en respons på situasjonsfaktorer som personellmangel, og er ikke assosiert med økning i yrkesstatus.

Substitusjon gir mulighet for å erstatte kostbare yrkesgrupper med arbeidere til lavere kostnad (Francis og Humphreys 1999 i Nancarrow og Bortwick 2005), men endringer i lovreguleringer som åpner for substitusjon kan oppleves som en risiko for de profesjonene som allerede har truede profesjonsgrenser.

Oppgavedeling kan ifølge modellen til Nancarrow og Bortwick (2005) omfatte både flytting av oppgaver mellom profesjoner med ulikt utdanningsnivå og mellom samme utdanningsnivå. Vertikal substitusjon omhandler flytting av oppgaver mellom profesjoner av ulik utdanningsnivå, men i motsetning til WHO (2008) sin definisjon av oppgavedeling begrenser ikke modellen det til å gjelde kun for flytting av oppgaver fra profesjoner med høyere utdanningsnivå til lavere utdanningsnivå – vertikal substitusjon kan gå begge veier.

3.4 Endringsprosesser i helsevesenet

Helsepersonell befinner seg i en kontekst både sosialt, organisatorisk og strukturelt. Denne konteksten må tas i betraktning i forbindelse med endringsprosesser, fordi den består av ulike faktorer som kan være med å både fremme og hemme endring av praksis. De ulike kontekster vil innebære f.eks. ulike rammebetingelser, ulik organisering, ulik personelltilgang og personellsammensetning, ulik ledelse osv.

Grol og Wensing (2004) peker både på at stegvise endringsprosesser som enkeltindividet må gjennom, og egenskaper ved systemet og konteksten enkeltindividet befinner seg i sammen har betydning for endringsprosessen. En organisasjon endrer seg når det er ubalanse mellom

ytre og indre forhold, og disse drivkreftene vil både oppfattes og møtes ulikt av ulike organisasjoner som befinner seg i ulike kontekster (Jacobsen 2004).

Endringsledelser i kunnskapsbedrifter som et sykehus skiller seg ifølge Strand (2007) fra ledelse av f.eks. en produksjonsbedrift. Det vil være andre rammebetingelser for ledelse, og det at faglig kyndighet settes opp mot myndighet gir spesielle utfordringer i ledelse av ekspertorganisasjoner. Profesjonene har stor grad av autonomi og dette kan påvirke endringsprosesser i helsevesenet.

3.4.1 Barrierer og insentivers rolle i endringsprosesser

Grol og Wensing (2004) foreslår at ved planlegging av endring av klinisk praksis må det tas med i beregningen både egenskaper ved innovasjonen i seg selv, egenskaper ved de profesjoner og pasienter som er involvert, i tillegg til den sosiale, organisatoriske, økonomiske og politiske kontekst som endringen foregår i. I sin artikkel oppsummer de mange ulike modeller om barrierer og insentiver for endring av praksis i to hovedretninger som utfyller hverandre; a) modeller relatert til individuelle profesjonsutøvere, og b) modeller relatert til mellommenneskelige faktorer og systemfaktorer.

A. Endringsmodeller relatert til individuelle profesjonsutøvere:

- Individene må informeres, motiveres og kanskje også trenes opp til å bruke nyeste tilgjengelige kunnskap i sitt daglige arbeid.
- Vektlegger modeller som beskriver en stegvis endringsprosess som individer må gjennom for å endre sin atferd

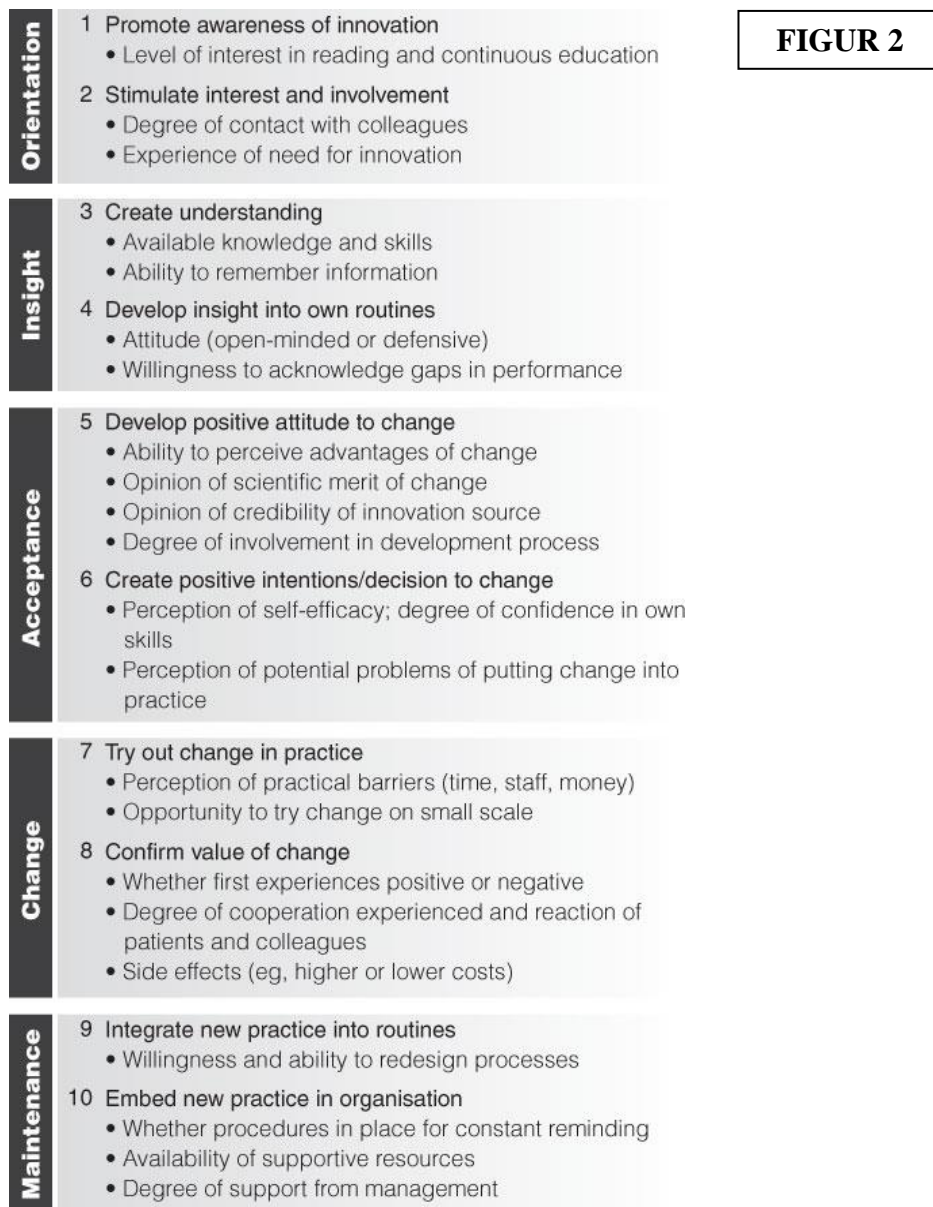
B. Endringsmodeller relatert til mellommenneskelige faktorer og system

- Helseprofesjonsutøvere jobber i en spesifikk kontekst (sosialt, organisatorisk, og strukturelt), som involverer faktorer på ulike nivå som kan fremme eller hemme endring. Studier viser at strategier som tar hensyn til alle faktorer er mest suksessfulle.

Predisponerende faktorer: kunnskap og holdninger i målgruppen. Muliggjørende faktorer: kapasitet, ressurser, tilgjengelighet. Forsterkende faktorer: Synspunkt og handlinger fra eksterne krefter

Grol og Wensing (2004) foreslår i tillegg en egen multinivåmodell, da de mener innovasjonen i seg selv har vært tillagt for lite vekt i en del tidligere modeller. Denne omfatter seks nivå;

innovasjonen i seg selv, den individuelle profesjonsutøver, pasienten, sosial kontekst, organisatorisk kontekst, økonomisk/politisk kontekst. Det vises også til en stegvis endringsprosess som individer må gjennom for å endre sin atferd. Figur 2 viser denne modellen, som er spesielt aktuelt fordi prosessen kan gjenkjennes i intervjumaterialet jeg har samlet inn og vil bli nærmere diskutert i kapittel 5.



FIGUR 2

3.4.2 Indre og ytre drivkrefters rolle i endringsprosesser

For å kunne produsere effektivt må de fleste organisasjoner ha ro og ikke for mange endringer og forstyrrelser, likevel viser det seg at de organisasjoner som fokuserer på å skjerme organisasjonen og kun gjør små endringer gjør det dårligere i det lange løp enn de som stadig er i endring (Jacobsen 2004).

En organisasjon endrer seg når det er ubalanse mellom enten interne forhold eller mellom organisasjonen og omgivelsene. Ytre drivkrefter betegnes som årsaker i omgivelsene som gir endring i organisasjonen, f.eks. tekniske forhold, konkurranse eller politiske forhold som endres. Indre drivkrefter er når det er en ubalanse internt i en organisasjon, f.eks. mellom struktur og kultur eller mellom maktforhold og struktur.

Fellesnevner for alle drivkreftene er at de utgjør et press på organisasjonen om å oppnå et samsvar mellom krav fra omgivelsene og interne forhold.

Ulike organisasjoner oppfatter de samme drivkrefter ulikt, og velger ulike tiltak for å møte det de oppfatter som et krav. De som klarer seg best vil mest sannsynlig være de som oppfatter drivkreftene først, og møter dem med tiltak som skaper balanse.

En planlagt endring starter alltid med ideer ifølge Jacobsen; først en abstrakt beskrivelse av situasjonen, og en ide om at et spesifikt tiltak henger sammen med noen ønskelige effekter.

Kravet om endring som organisasjoner står ovenfor vil variere, både mellom organisasjoner og i en organisasjon over tid. Drivkreftenes styrke vil bety mye for om det gjøres en planlagt endring, hvordan endringsprosessen blir og hvor mye motstand som vil komme. Noen drivkrefter vil være vage, mens andre vil være svært synlige og klare. Fordi det er mye usikkerhet omkring kausale sammenhenger og drivkrefter vil det i en organisasjon være mange ulike syn på hva som er nødvendig å gjøre i forhold til en drivkraft. At en gruppering oppfatter et sterkt behov for endring betyr ikke at andre grupper oppfatter det samme, det kan også være ulik oppfatning av hvor viktig drivkraften er for organisasjonen. Og er man enig om drivkraftens viktighet kan det være ulikt syn på hvilke løsninger som er riktige eller nødvendige.

3.4.3 Ledelse av profesjonelle

Torodd Strand (2007) presenterer en teori om organisasjonsform som ledelsesbetingelse, og deler inn i 4 ulike typer organisasjoner; byråkratiorganisasjoner, ekspertorganisasjoner, gruppeorganisasjoner og entrepenørorganisasjoner. Sykehus er en typisk ekspertorganisasjon, og kjennetegnes ved lavt hierarki, er arena for faglig autonomi og spesialisering, de behandler komplekse problemer og er fokusert på løsninger for eksterne parter. Medlemmene i en ekspertorganisasjon har også stor autonomi i sin utøvelse av yrket. Ledelse av profesjonelle og autonome fagfolk vil derfor kunne gi andre rammebetingelser for utøvelse av ledelse enn f.eks. i en produksjonsbedrift.

Forholdet mellom kyndighet og myndighet i ekspertorganisasjonen

Kyndighet er av Strand (2007) beskrevet som fagfolks ønsker og innsikt, mens myndighet er den hierarkiske myndighet som organisasjonen er styrt av, f.eks. styre, administrasjon osv.

Lederrollen i en ekspertorganisasjon er tett knyttet til rollen som fagkyndig, og lederen blir vurdert etter faglige resultat og status de har i fagmiljøet. En ekspertorganisasjon i offentlig sektor som sykehuset er får ofte styringssignal fra byråkratiske organisasjoner. Byråkratilederen har ofte formelt høy rang, men mangler ofte faglig legitimitet hos ekspertene de leder. Faglig kyndighet settes opp imot myndighet, og skaper spesielle utfordringer i ledelse av ekspertorganisasjoner. Ledere i ekspertorganisasjoner må derfor sørge for å oppnå faglig legitimitet, og det som blir bestemt må ofte grunngis med faglige eller fagpolitiske argument. De fagkyndige må beholde tiltro til at deres premisser skal være avgjørende.

Profesjonelle er selvgående, de trenger lite instruksjoner og mål fra andre – ledelse er ikke etterspurt. Ved å la være å vise lederskap kan man midlertidig bli en populær leder i ekspertorganisasjonen. Behovet for veiledning får fagfolkene tilfredsstilt fra kolleger heller enn overordnet leder, og dette blir en motsetning til det administrative prinsipp for ledelse der det vanligvis er overordnet som sørger for opplæring, veiledning og kontroll.

Ledelse i ekspertorganisasjoner har dermed to ulike lederroller som kan være krevende å kombinere; kollegial ledelse som handler om faglig veiledning og utviklingsarbeid og som stort sett går på profesjonens premisser, og administrativ ledelse som ivaretar organisasjonens behov for styring, ressursfordeling og grensesetting. Dette gjør at mange vanlige ledelsesoppgaver som f.eks. veiledning er overflødig, mens administrativ ledelse kan være krevende og er for de profesjonelle lite ønskelig.

Fagfolkene vil kun motstrebende forholde seg til administrative detaljer som budsjettammer og målstyring, mens lederen må ha kontroll på slike detaljer som del av sin rolle. Dermed blir fagfolkene likevel avhengig av lederen som nøkkelperson for å få tak i ressurser og informasjon. (Strand 2007)

Disse sidene ved ledelse av profesjonelle er det viktig å kjenne til i forhold til endringsprosesser i helsevesenet fordi det vil kunne være med å påvirke endringsprosessen.

Kap 4 Presentasjon av funn

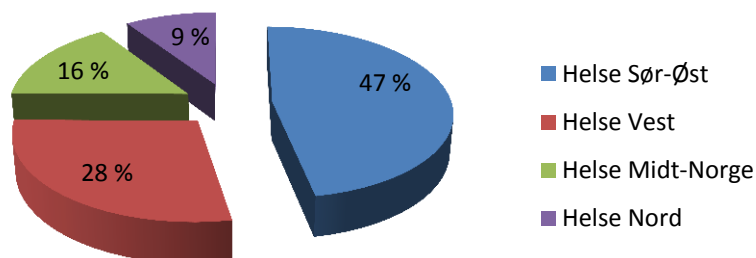
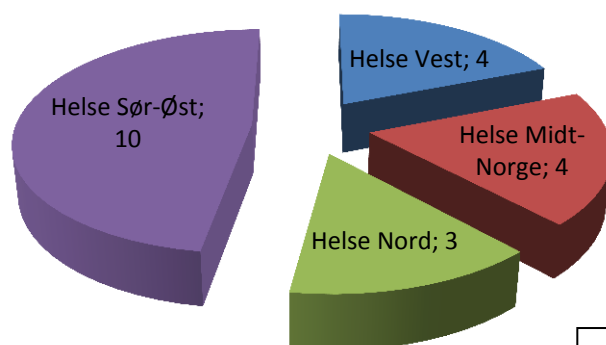
Datasamling har jeg gjort i form av en spørreundersøkelse og semistrukturerte intervju med enkeltpersoner. Dataene som kommer frem i spørreundersøkelsen utgjør nyttig og informativ bakgrunnsinformasjon for oppgavens tema, og tegner også et bilde av den kontekst som intervjupersonene befinner seg i som helsepersonell i en norsk øyeavdeling. Fordi resultatet fra spørreundersøkelsen er viktig som et bakteppe for intervjuene har jeg valgt å presentere relativt detaljert resultat fra dette, uten at alle disse funn vil bli diskutert spesifikt i den senere analysen. Jeg vil presentere viktige funn fra intervjumaterialet sammen med resultat av spørreundersøkelsen, men bruker også en del sitater fra intervjumaterialet i diskusjonskapittelet.

Spørreundersøkelsen har både avkryssingssvar og fritekstsvaer, slik at jeg har kunnet bruke sitater både fra intervju og spørreundersøkelse for å belyse oppgavens tematikk. Flere av de samme spørsmålene ble også brukt både i spørreundersøkelse og intervju. Mine funn viser flere steder sammenfallende synspunkt mellom intervjupersoner og respondenter i spørreundersøkelsen, og de to ulike former for data utfyller hverandre på en god måte. Jeg har valgt å presentere funn fra datasamlingen med utgangspunkt i rekkefølgen på spørsmålene i spørreundersøkelsen (se vedlegg 1).

4.1 Regionfordeling av respondenter i spørreundersøkelse og intervju

Spørreundersøkelsen i prosjektet var rettet mot ledere og medisinsk faglig ansvarlige ved landets 21 Øyeavdelinger, respondenter fra 18 av landets 21 øyeavdelinger deltok og svarprosenten var 64 %. Halvparten av respondentene kom fra universitetssykehus, de øvrige var fordelt med 25 % fra sentralsykehus og 25 % fra lokalsykehus.

Figur 3 viser at respondentene fra Helse Sør-Øst utgjør 47 % av materialet i spørreundersøkelsen, Helse Vest 28 %, Helse Midt-Norge 16 % og Helse Nord 9 %. Den største helseregionen Helse Sør-Øst hadde høyest svarprosent med 80 % av de inviterte og i Helse Vest hadde 69 % av de inviterte lederne svart. Helse Midt-Norge er like stor som Helse Vest men hadde en noe lavere svarprosent på 50 %, den minste regionen Helse Nord hadde også 50 % svarprosent. Detaljer om utvalget og hvordan undersøkelsen er gjennomført er nærmere beskrevet i metodekapittelet. Det er totalt 21 øyeavdelinger i Norge, hvorav 18 var representert i spørreundersøkelsen. Figur 4 viser antall øyeavdelinger i hver helseregion.

FIGUR 3**Andel svar fra hver helseregion****Antall øyeavdelinger i hver helseregion****FIGUR 4**

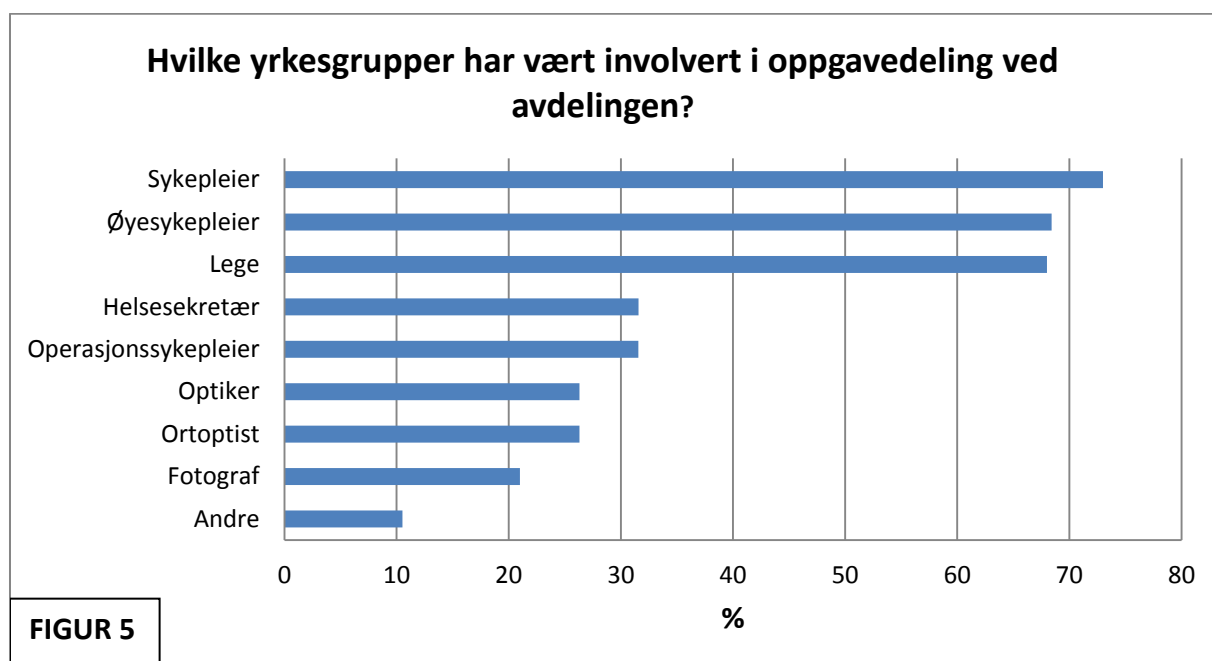
Intervjudeltakerne var både fra større og mindre øyeavdelinger i Helse Vest og Helse Sør-Øst, og var representert ved 4 overleger, 2 spesialsykepleiere og 1 leder. Noen av legene hadde også medisinsk faglig ansvar. Alle deltakerne hadde lang erfaring innen øyefaget. Nærmere beskrivelse av utvalget av intervjudeltakere er å finne i metodekapittelet, kapittel 3.

4.2 Oppgavedeling i øyeavdelinger

4.2.1 Hvilke yrkesgrupper er involvert i oppgavedeling og på hvilke fagområder?

63 % av respondentene i spørreundersøkelsen svarte ja på at det er gjennomført oppgavedeling ved avdelingen de representerte, og ytterligere 6 % hadde planer om dette. I følge respondenter i spørreundersøkelsen er topp tre av yrkesgrupper som har vært involvert i

oppgavedelingen lege (68 %), sykepleier (73 %) og øyesykepleier (68 %). Dette er illustrert i figur 5. Poliklinikk er den hyppigst involverte type enhet. Dette er som forventet med tanke på at alle øyeavdelinger har en poliklinikk, men ikke alle avdelingene har dagkirurgisk enhet/operasjonsenhet/sengepost. Av de respondenter som svarte at de har planer om å gjennomføre oppgavedeling var det også yrkesgruppene lege, sykepleier og øyesykepleier som flest avdelinger planla å involvere. Dette samstemmer også godt med funn fra intervjuene.



Flere ulike fagområder innen øyefaget oppgis i intervju og spørreundersøkelse som områder der det er gjort oppgavedeling eller foreligger planer om dette, men desidert flest nevner AMD-behandling og diabetesscreening – som er to pasientgrupper som er både ressurskrevende og har et høyt volum.

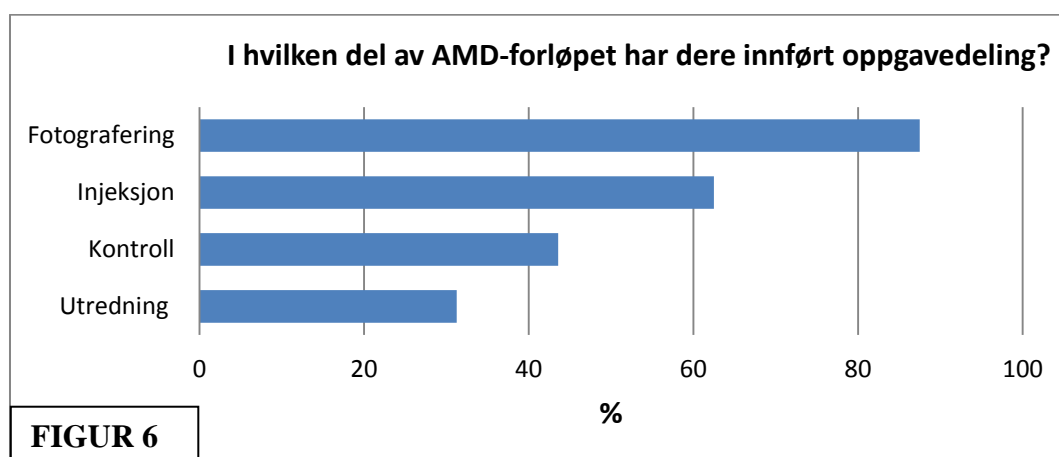
Et annet interessant funn som kom frem i intervjuene er at i tillegg til den vanligste for oppgavedeling mellom lege og sykepleier foregår det også en form for oppgavedeling mellom merkantilt personell og leger. Legene opplever å få tilført flere og flere merkantile oppgaver som tidligere ble utført av sekretærer, i form av f.eks. koding, timebestilling, operasjonsbestilling og journalskriving. Dette opplever legene jeg intervjuet som en frustrerende utvikling som de ikke har mulighet å påvirke, og som gir flere uønskede konsekvenser. De rekker færre konsultasjoner, og velger ofte å ikke fokusere på nøyaktig

koding i en travel hverdag som igjen gir tapt inntjening for avdelingen. De opplever det også som unødig kontroll og sløsing med knappe legerressurser.

4.2.2 Oppgavedeling innenfor AMD-behandling

30 av 32 respondenter i spørreundersøkelsen kom fra avdelinger som tilbyr AMD-behandling til sine pasienter, og av disse svarte 53 % at det var innført oppgavedeling i tilknytning til denne pasientgruppens pasientforløp. Ytterligere 13 % hadde planer om dette. Alle intervjupersonene kom fra avdelinger som tilbyr AMD-behandling.

Behandlingsforløpet for AMD-pasienter kan deles opp i utredning, injeksjon og kontroll, der fotograferingen utføres både under utredning og kontroll. 88 % oppga i spørreundersøkelsen å ha innført oppgavedeling innen fotografering, 63 % innen injeksjon, 44 % innen kontrolltimer og 31 % innen utredning. Det var ingen som hadde krysset av for alle kategorier, men flere hadde krysset for mer enn en kategori. Av de som hadde planer om oppgavedeling var det 85 % som planla dette for injeksjonsbehandlingen (Figur 6). Alle intervjupersonene oppgav at det var gjort oppgavedeling innen fototjenester ved avdelingen, og at det enten var innført eller planer om å innføre oppgavedeling i injeksjonsbehandlingen for AMD-pasienter.



Det var planer om eller allerede innført intravitreale injeksjoner utført av sykepleiere hos til sammen 53 % av respondentene i spørreundersøkelsen, 40 % svarte at det ikke foreligger planer, og 7 % svarte «vet ikke».

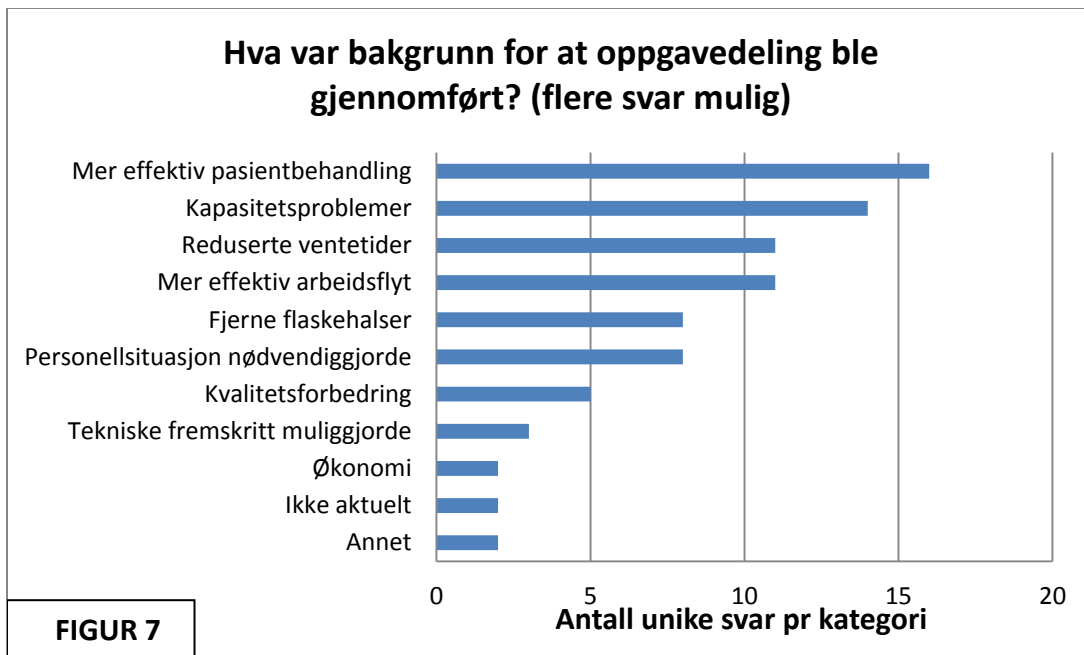
4.3 Bakgrunn, effekt og forberedelser

4.3.1 Bakgrunn for at oppgavedeling ble gjennomført

Figur 7 viser at flest respondenter i spørreundersøkelsen vektla faktorer knyttet til effektivisering som bakgrunn for at oppgavedeling ble innført; mer effektiv pasientbehandling, kapasitetsproblemer, redusering av ventelister og mer effektiv arbeidsflyt. Dette samsvarer også med det intervjupersonene trakk frem som de viktigste årsakene for at oppgavedeling var blitt tatt i bruk ved avdelingen.

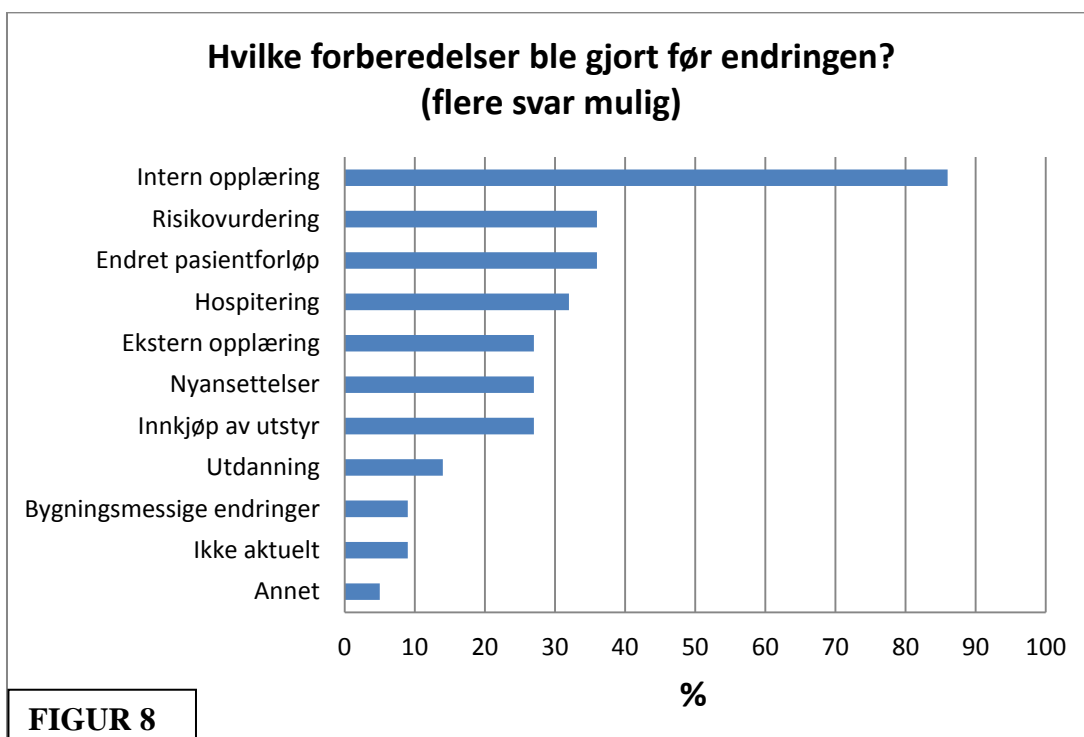
Initiativet til oppgavedelingen kom i nesten like mange tilfeller fra både ledelse og faggrupper som kun fra ledelsen (hhv 35 % og 33 %), mens kun 17 % oppga i spørreundersøkelsen at initiativet kom fra faggruppene alene. Intervjumaterialet tegner et bilde av en situasjon der alle avdelingene opplever sterke ytre drivkrefter i form av kapasitetsproblemer knyttet til AMD-behandling, på bakgrunn av både demografiske endringer, medisinsk-teknisk utvikling og et helsepolitisk klima som fremmer oppgavedeling. I mitt materiale er det ikke profesjonene som presser frem oppgavedeling for å utvide sitt område, men heller at oppgavedeling brukes som et aktivt tiltak av ledelse og helsemyndigheter som del av en planlagt endring for å møte kapasitetsproblem og effektivitetskrav. Den medisinsk-teknologiske utvikling muliggjør oppgavedeling, men det er utfordringsbildet avdelingene står ovenfor som utløser bruken av oppgavedeling.

Intervjumaterialet viser også at avdelingens lokale kontekst har stor betydning for om oppgavedeling blir gjennomført. Muliggjørende faktorer som f.eks. at man allerede har mange spesialsykepleiere i personalgruppen som er positive til nye spesialoppgaver, eller forsterkende faktorer som at avdelingen har utfordringer med rekruttering av leger trekkes frem av flere intervjupersoner som del av bakgrunnen for at avdelingen har tatt i bruk oppgavedeling for bedre ressursutnyttelse og effektivisering.



4.3.2 Hvilke forberedelser ble gjort før endringen?

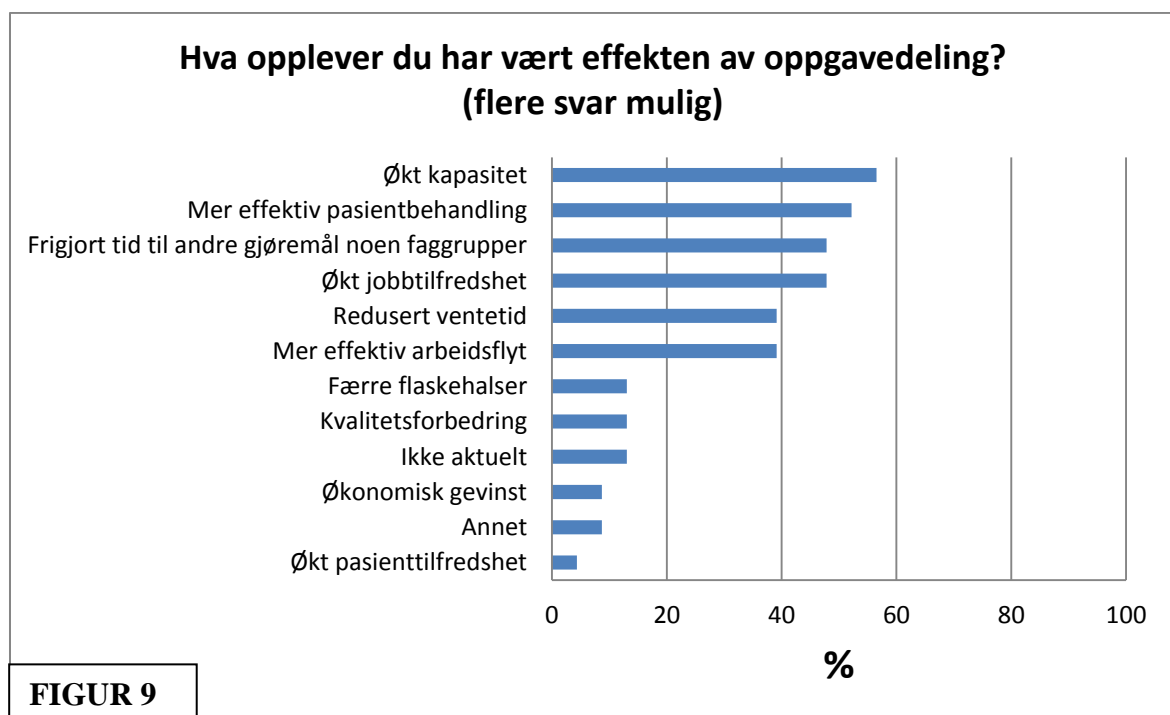
Figur 8 viser at intern opplæring utpeker seg med 86 % som det flest hadde gjort som forberedelse ifølge spørreundersøkelsen. Endring av pasientforløp og risikovurdering er nummer to, med hospitering på tredje plass. Alle intervjupersonene mente grundig opplæring og tydelig ansvarsavklaring var en forutsetning for gjennomføring av oppgavedeling, og de beskrev en omfattende intern opplæring i egen avdeling i tillegg til utarbeiding av nye rutiner og prosedyrer.



4.3.3 Effekter av oppgavedelingen

Av de som har gjennomført oppgavedeling i avdelingen svarer 55 % at skriftlig evaluering ikke er gjort, og ytterligere 9 % svarer vet ikke. Kun 18,8 % svarer ja på dette. Mine intervjupersoner bekrefter også dette; ingen hadde gjort skriftlig evaluering men alle hadde en oppfatning av resultat og effekt endringen hadde hatt. Flere oppga også at de hadde sett flere effekter enn de hadde forestilt seg på forhånd.

Flest av respondentene i spørreundersøkelsen har satt opp økt kapasitet og mer effektiv pasientbehandling som effekter av oppgavedelingen, vist i figur 9. Dette samsvarer også med faktorene som flest oppga som bakgrunn for at oppgavedelingen ble gjort. Flere andre faktorer som handler om kapasitet og effektivitet kommer høyt opp på listen, f.eks. frigjort tid til andre gjøremål for noen faggrupper, redusert ventetid og mer effektiv arbeidsflyt. Svært få har svart kvalitetsforbedring som en effekt av endringen eller som en bakgrunn for endringen, dette samsvarer også godt med intervjupersonene i min studie som vektlegger at kvaliteten og pasienttilfredshet er uendret men at de ser positive effekter på kapasitet og effektivitet. Flere respondenter i spørreundersøkelsen har i fritekstspørsmål trukket frem effekter knyttet til økt jobbtillfredshet blant både leger og sykepleiere, en mer variert arbeidshverdag og en opplevd avlastning og frigjøring av tid for legene – intervjupersonene vektla også disse faktorene.



4.4 Hva kan hemme og fremme oppgavedeling?

4.4.1 Hvilke barrierer/utfordringer møtte de ved planlegging og implementering av oppgavedeling?

I spørreundersøkelsen var dette fritekstspørsmål. Henholdsvis 17 og 16 deltakere svarte på spørsmålet og av disse var det 4 som svarte at de hadde møtt få eller ingen utfordringer og at de involverte parter ønsket oppgavedeling velkommen. Barrierene som flest nevner i forbindelse med planleggingsfasen kan sorteres i tre hovedgrupper:

- Skepsis, usikkerhet og motstand blant både leger og sykepleiere.
- Profesjonskamp og fagpolitiske motargumenter
- Tradisjon og kultur i avdelingen.

Av disse tre gruppene er det den førstnevnte som desidert flest peker på. Intervjupersonene nevner også profesjonskamp som en potensiell barriere for oppgavedeling, men flere mener at det har vært lite av dette i egen avdeling eller at det gikk fort over. Utfordringer knyttet til mangel på lokaler og personell trekkes også frem i flere intervjuer. Mange av de samme momentene som kom frem i svarene omkring planleggingsfasen gikk igjen også i svarene om implementeringsfasen både i intervju og spørreundersøkelse, men her vektlegges personellsituasjon og økonomi noe mer. For å dele oppgaver trenger man personell, både for å ha kapasitet til opplæring og for å fylle de oppgaver som står igjen når noen får nye oppgaver. Noen avdelinger har ubesatte stillinger, andre mangler økonomi til å tilsette flere som kan være med å dele oppgaver. Det er også en utfordring å sette av nok tid til opplæring, og å opprettholde vanlig aktivitet i en opplæringsperiode. Noen forteller også at personalet er redd for nye oppgaver med utvidet ansvar, og at det kan være motstand både mot å få nye oppgaver og å gi fra seg oppgaver til andre.

4.4.2 Hva kan være med å fremme oppgavedeling i øyeavdelinger?

På dette fritekstspørsmålet i spørreundersøkelsen har 23 respondenter svart. De har tolket spørsmålet noe ulikt; noen presenterer konsekvenser eller utbytte av å gjøre oppgavedeling mens andre presenterer sine tanker om forutsetninger eller suksessfaktorer for å få til en oppgavedeling. Begge innfallsvinkler er nyttig for å belyse temaet, og positive eller negative erfaringer med oppgavedeling på et område vil kunne påvirke oppgavedeling på nye områder i en avdeling ved å være med å hemme eller fremme videreutvikling.

Strukturelle faktorer trekkes frem av mange i både intervju og spørreundersøkelsen. Kapasitetsproblemer, lange ventelister og effektivitetskrav trekkes frem som faktorer som kan fremme oppgavedeling. Flere nevner også at oppgavedeling bør gjøres med utgangspunkt i etterspørsel og ventelister, og at effektivitetsberegning og prognoser om kortere ventetid kan være med å tydeliggjøre både gevinsten og nødvendigheten av en endring. Ønske om bedre utnytting av rom og utstyr trekkes også frem, og en stram økonomi. Stram økonomi i kombinasjon med effektivitetskrav kan være med å presse frem nytenkning.

Videre trekker mange frem i intervjuene at kompetanse og kompetansebygging er en viktig faktor for fremming av oppgavedeling. Både det å ha en plan for kompetansebygging, et ønske om å skape utviklende arbeidssituasjoner og gode opplæringsløp. Tilgang på nok personale og personale med spesialkompetanse er en viktig muliggjørende faktor flere trekker frem, og at ved å ha flere spesialsykepleiere i personalgruppen vil disse ønske å påta seg spesialoppgaver. Økt kompetanse i personalgruppen fremheves som en faktor som i seg selv kan fremme oppgavedeling, spesielt i sykepleiergruppen. Flere vektlegger også faktorer som å ha viktige fagpersoner som pådrivere, involvering av personalgruppen i endringsprosessen og det å være løsningsorientert og ikke profesjonsorientert. Den helsepolitiske kontekst vi befinner seg i trekkes også frem i intervjuene; helsemyndigheter oppfordrer og ønsker oppgavedeling og effektivisering i helsevesenet.

4.4.3 Hva kan være med å hemme oppgavedeling i Øyeavdelinger?

På dette fritekstspørsmålet i spørreundersøkelsen har 23 respondenter svart. Mange av faktorene som trekkes frem her er som forventet motsetninger til eller mangel på, de faktorer som ble ansett som positive for innføring av oppgavedeling. Strukturelle faktorer som plassmangel og utstyrmangel, vakante stillinger, mangel på spesialsykepleiere, og manglende lønnsbudsjetter nevnes av flere. Tidsbruken på opplæring nevnes som en utfordring, da det er høyt tempo i avdelingen og det kan være vanskelig å finne rom for opplæring og veiledning. Økonomisk pukkeeffekt³ ved innføring av oppgavedeling nevnes også som en utfordring.

I forhold til selve endringsprosessen trekkes det frem potensielle utfordringer knyttet til mangelfulle prosesser; dårlig kommunikasjon, dårlig forberedelse, dårlig opplæring, ledelsen

³ Det må påregnes økte kostnader i en implementeringsfase, f.eks. ved opplæring og midlertidig redusert kapasitet. Eventuell gevinst vil vise seg senere enn kostnadene.

beslutter alene med lite involvering av fagpersoner, utydelig ledelse. Fokus på økonomisk gevinst nevnes også som en hemmende faktor – dette motiverer ikke fagfolk i offentlig sektor. I spørreundersøkelsens fritekstspørsmål trekker mange frem profesjonskamp og organisasjonskultur, både i form av skepsis, konservativ tradisjon og dårlig forståelse mellom faggruppene som faktorer som kan hemme oppgavedeling. Bekymring for økt arbeidsbelastning og økt ansvar er også elementer mange nevner som utfordrende.

Kapittel 5 Diskusjon og analyse

5.1 Bakgrunn for oppgavedeling

«AMD-forløpet er et område som har ekspandert hinsides de flestes fantasi»

Øyeavdelinger i de sykehusene jeg undersøkte beskriver store kapasitetsproblemer i forhold til å håndtere et økende volum av AMD-pasienter. Dette har skapt et behov for å utforske nye og mer effektive måter å organisere behandlingen på. Behandlingsforløpet til AMD-pasienter er både ressurskrevende, omfattende og langvarig. Flere sykehus har møtt denne utfordringen med å etablere økt oppgavedeling, som innebærer å flytte oppgaver mellom profesjoner for å utnytte de tilgjengelige ressurser best mulig. Oppgavedeling vurderes som en mulighet til å fjerne flaskehals i behandlingsforløpet, ved å utnytte tilgjengelig personale på en mest mulig effektiv måte. I spørreundersøkelsen svarte over 60 % at det var innført oppgavedeling i avdelingen, flest i tilknytning til AMD-behandling og diabetes-screening, som begge er ressurskrevende pasientgrupper med økende volum. 85 % av de som hadde planer om oppgavedeling planla dette for injeksjonsbehandlingen. Også i intervjumaterialet blir dette trukket frem som en spesielt viktig flaskehals av de fleste. Oppgavedeling i form av opplæring av sykepleiere til å utføre injeksjoner i øyet, noe som tidligere kun har vært utført av leger, har vært omdiskutert men utviklingen både nasjonalt og internasjonalt er at flere øyeavdelinger tar i bruk denne modellen. I Norge var det på det tidspunkt jeg samlet data kun en avdeling som hadde innført sykepleieradministrerte injeksjoner, men i både Danmark, Sverige og England har dette vært gjort i flere år.

Oppgavedeling kan rokke ved både tradisjonell oppgavefordeling og flytte på profesjongrensene, og det kan være mange ulike interessekonflikter involvert. Jeg har i min studie undersøkt bakgrunnen for oppgavedeling, og hvilke indre og ytre drivkrefter som driver frem en slik endring. Hva er med å fremme eller hemme oppgavedeling? Hvilke effekter kan oppnås ved oppgavedeling? Hvilke erfaringer har helsepersonell med oppgavedeling? Hvorfor har det gått greit for noen avdelinger å få dette til mens andre steder har forsøkt strandet?

Det er flere grunner til at organisasjoner endres. Ifølge Jacobsen (2004) endres organisasjoner enten ved en ubalanse mellom enten interne forhold i organisasjonen, eller en ubalanse mellom organisasjonen og dens omgivelser. En ubalanse mellom øyeavdelingene og krav fra

omgivelsene trekkes frem som en viktig driver for endret oppgavedeling i datamaterialet jeg har samlet, både i spørreundersøkelsen og i de ulike intervjuene med helsepersonell. Etterspørsel og kapasitet stemmer ikke overens og denne ubalansen trekkes frem som den klart viktigste overordnede årsak og driver til innføring av oppgavedeling eller vurdering av å innføre dette.

Jeg vil i de følgende kapitler analysere og diskutere det materialet som kom frem fra respondenter i spørreundersøkelse og intervju om oppgavedeling i øyeavdelinger. Jeg har valgt å ha fokus på hvordan respondentene har erfart de indre og ytre drivkrefter som påvirker en slik organisasjonsendring, og hvordan dette har vært med å fremme eller hemme oppgavedeling i avdelingen. Erfaringene er diskutert i lys av profesjonsteori og forsøkt satt inn i dagens helsepolitiske kontekst.

5.1.1 Indre og ytre drivkrefter som bakgrunn for oppgavedeling

Mitt datamateriale viser at ytre drivkrefter er hovedårsaken til at oppgavedeling er innført i AMD-behandlingen ved alle øyeavdelingene som er inkludert.

«...(AMD-forløpet) er et område av øyemedisinen som har ekspandert hinsides de fleste fantasi, og dermed, alle avdelinger sliter med det samme; både kapasitet og rom. Og å få overholdt de ventetidene og lovnadene som vi har til oppfølgingene» (Lege 1) Et liknende bakgrunnsbilde tegnes i alle intervjuene, og i spørreundersøkelsen svarer flertallet kapasitetsproblemer som bakgrunn for innføring av oppgavedeling.

Ytre drivkrefter i form av økt etterspørsel som følge av demografiske endringer med økt andel eldre, og dermed også økt andel pasienter med aldersrelaterte sykdommer som AMD, og nyere behandlingsmuligheter i form av injeksjonsbehandling er med å presse avdelingene til nytenkning for å kunne ivareta samfunnsoppdraget sitt. Dette skjer i et helsepolitisk klima der helsemyndigheter ser oppgavedeling som et verktøy for best mulig ressursutnyttelse, og der oppgavedeling både etterspørres og forventes (Helse- og omsorgsdepartementet 2015, 2013)

I tillegg til disse ytre drivkreftene som er felles for alle trekker informantene frem at også den spesifikke konteksten deres avdeling befinner seg i og andre interne årsaker også påvirker hvorvidt avdelingen tar i bruk oppgavedeling. Den lokale kontekst påvirker altså hvordan de møter de ytre drivkreftene som er relativt like for de ulike øyeavdelingene.

Interne drivkrefter som tilgang på personal og kompetansesammensetning trekkes frem av flere av respondentene som viktige lokale faktorer som kan være med å hemme eller fremme oppgavedeling. Avdelingene befinner seg i ulike kontekster i forhold til personell; noen avdelinger har over lengre tid hatt utfordringer knyttet til tilgang på leger, andre har ikke hatt

den type utfordring. Noen respondenter trekker frem mangel på legepersonell som en faktor som har vært med å fremme oppgavedeling; *«Fordi vi har vært gjennom flere tiår underbemannet med vakante leger og spesialiststillinger, så har vi også av den grunn måttet se på alternative måter å få hjulene til å gå rundt og få jobben gjort»* (Lege 1)

Samtidig har avdelingene ulik personellsammensetning med ulik grad av spesialutdanna øyesykepleiere; *«..vi har vel vært den avdelingen i landet som har hatt flest øyesykepleiere, noe som har styrket sykepleierstaben. Staben er veldig kompetent og legebemanningen har vært vanskelig over lang tid. Andre avdelinger har annen type personale, altså ikke øyesykepleiere i den mengden, og de har kanskje ikke legerekutteringsproblem av samme størrelse»* (Lege 1) Personellsituasjon kan altså både være en forsterkende og muliggjørende faktor for oppgavedeling på noen steder, og en begrensende faktor som ikke gir behov for oppgavedeling andre steder.

Hvordan en ytre drivkraft som økende kapasitetsproblemer knyttet til AMD-behandling vil bli vurdert og hvilket tiltak som vurderes som hensiktsmessig å sette inn avhenger også av hvem som vurderer drivkraften. Både enkeltpersoner, ulike profesjonsgrupper og de ulike avdelinger med sin ulike kontekst vil kunne vurdere drivkraftens tyngde ulikt. Hvor objektivt det er mulig å argumentere for at endring er nødvendig vil ha betydning for tolkning av drivkreftene.

Mitt datamateriale viste også eksempler på at selv om en gruppe i en organisasjon oppfatter at det er et sterkt behov for endring betyr ikke at alle andre ser det slik. Det kan være ulik oppfatning av dette f.eks. mellom de ulike profesjoner eller mellom ledelse og fagfolk. Dersom det er enighet om at det er en drivkraft som må tas hensyn til, vil det også kunne være ulike oppfatninger av hvilke løsninger som er de meste effektive.

Ifølge Jacobsen (2007) vil drivkreftenes tydelighet eller tyngde kunne påvirke hvordan selve endringsprosessen vil bli, og også hvor sterk motstand man må regne med.

Jo større kapasitetsproblemene blir på en avdeling, jo større press for å finne løsninger, og både enkeltpersoner og profesjonsgrupper kan komme til å endre sitt syn på hvilke løsninger som er aktuelle når utfordringen blir stor og overskyggende nok. En av respondentene eksemplifiserer at ettersom kapasitetsproblemene øker på har det endret synet på oppgavedeling; *«Nå etter hvert tror jeg man ser det som en avlastning, da det ble presentert første gang så tror jeg det var mye skepsis. Det var på en måte nok et administrativt grep som krevde mange ting men ikke ga så mye gevinst. Men nå er vi såpass druknet at jeg tror det er*

lurt å gjøre det sånn» (Lege 4) og «Ja, jeg var mer skeptisk før. Også fordi jeg ikke har sett behovet i så stor grad før» (Lege 4).

Flere trekker også frem at kapasitetsproblemene berører flere pasientgrupper; *«Vi føler jo det går på bekostning av andre pasientgrupper, og at det er andre kontrollpasienter som lider av det er vi ikke i tvil om» (Leder)* Dette trekkes frem som et viktig moment som øker presset på å finne løsninger på kapasitetsproblemene, både hos helsepersonellet og ledelse. Intervjumaterialet viser flere eksempel på at når de ytre drivkreftene blir kraftige nok vil det påvirke hvordan organisasjonen møter disse ytre betingelsene som er i endring. Motstanden mot oppgavedeling ser ut til å være mindre i de tilfellene sterke ytre drivkrefter gjør at tiltaket oppfattes som nødvendig.

Endringsprosessen jeg har fått innsikt i ved intervjuene fulgte et mønster som kan gjenfinnes i Groh og Wensing (2004) sin modell for faser i endringsprosesser som involverer helsepersonell og team. Modellen beskriver de ulike faser som de fleste grupper og individ vil gjennomgå når en ønsket endring i pasientbehandling skal bli integrert i praksis. De personene i intervjumaterialet som hadde vært med på det de opplevde som en vellykket innføring av oppgavedeling beskrev en endringsprosess som samsvarer godt med modellens fem faser; orientering, innsikt, aksept, endring og opprettholde endring.

Fase 1: Orientering

I forhold til oppgavedeling innen AMD-behandling står samtlige øyeavdelinger overfor samme utfordring; et stort kapasitetsproblem med en flaskehals knyttet til gjennomføring av injeksjoner. Flere steder i Norden og Europa har man i lengre tid lært opp sykepleierne til å utføre injeksjonene, og dette blir man oppmerksom på i fagmiljøene i Norge. En nysgjerrighet oppstår, dette nye diskuteres i ulike fagfora og lederfora og på konferanser. *«Vi tenkte vel at hvis de kan gjøre det i Danmark burde det være mulig for oss også, det startet litt som en fleip fra en av legene, og så tok vi tak i dette og tenkte at dette må vi se nærmere på» (Leder)*

Helsepersonell oppdager noe nytt «der ute» som oppfattes som relevant for egen praksis, og de får en opplevelse av at «dette kan være noe for oss» (Groh og Wensing 2004).

Fase 2: Innsikt

Det publiseres etter hvert en del studier (Li et al 2015) og rapporter som viser positiv effekt av oppgavedeling innen AMD-behandling, både ved at det frigjør legetimer og ved at kvalitet og pasienttilfredshet samtidig opprettholdes.

Helsepersonell opplever at det er forskjell mellom det en selv gjør eller presterer og «det ønskelige», man opplever at det kunne vært bedre. Blir mer og mer klar over at det finnes

andre og kanskje mer effektive løsninger som praktiseres andre steder med like godt medisinsk resultat (Grol og Wensing 2004). Flere respondenter viste til at de hadde hospitert i Danmark og fått innsikt i hvor godt ordningen fungerte der, eller at de hadde lest publiserte resultater fra utlandet om temaet. «Vi kjenner jo til at både danskene på Glostrup og britene har publisert gode resultater med samme type tankegang...» (Lege1)

Fase 3: Aksept

Flere ga uttrykk for at gevinsten man forventet i form av økt kapasitet og økt fleksibilitet var større enn kostnaden knyttet til endringen. «Det er mye mer effektivt....en skrøpelig pasient kan ta veldig lang tid, en fordel at ikke den knappeste ressursen brukes til det» (Lege 4)

Forskjellen på fase 2 og 3 er at i fase 3 har personen ikke bare opplevelsen av at noe burde vært bedre, men er også innforstått med kostnaden ved å endre. Gevinsten ved å oppnå det nye oppleves høyere enn kostnaden som følger med en endring. Kostnad er ifølge Grol og Wensing (2004) her ikke bare penger og ressurser men også personlig ubehag som tap av makt, endring i arbeidsforhold osv. Forventningene til gevinst eller kostnad kan naturligvis også være unaturlig lave eller høye.

Fase 4: Endring

Intervjupersonene beskriver at det har vært ulik grad av motstand frem til endringen ble gjennomført, men at når endringen ble besluttet innført var alt godt gjennomarbeidet og både fagfolk og ledelse så frem til den forventede effekten av oppgavedelingen. Endringen gjennomføres, og dette kan ifølge modellen skje både systematisk og usystematisk, i rykk og napp eller kontinuerlig, og med stor glede eller etter press (Grol og Wensing 2004).

Fase 5: Opprettholde

Flere av respondentene trekker frem at det var utfordrende å opprettholde full drift i en opplæringsperiode, og dette er et eksempel på økonomisk pukkeeffekt ved innføring av en endring – i forbindelse med innføringen kan det bli redusert økonomisk inntjening, økte kostnader og lengre ventelister og først på lengre sikt vil gevinster av endringen vise seg.

Det at de mer perifert involverte, som f.eks. ledelsen på et høyere nivå, ikke ser så rask effekt av et tiltak som de kanskje hadde forventet kan være en utfordring på lokalt nivå. Vil oppgavedeling kunne bli for raskt vurdert til å ikke ha god nok effekt?

«...de (sykehusledelsen) ser at vi fortsatt har en utfordring her som de trodde skulle være løst» (Leder) og «...det jeg kanskje føler litt er at øverste ledelse lurte på hvorfor vi ikke har fått utnyttet det bedre enn vi har. At vi i utgangspunktet har vært en pioneravdeling og så sitter man med følelse av at ledelsen kanskje ikke er helt fornøyd med hva vi har fått ut av det» (Leder)

Endringen er innført, og de som er nærmest endringen opplever gjerne forbedring mens de mer perifere ikke behøver å ha oppfattet noen gevinst ennå. Gevinsten kommer ofte ikke samtidig med innføring av endringen, enten det gjelder en økonomisk gevinst eller gevinst i form av f.eks. økt effektivitet eller kapasitet. Ved oppstart av en endring har man gjerne en økonomisk pukkeeffekt i form av økte kostnader på kort sikt og en gevinst som viser seg på lengre sikt (Grol og Wensing 2004)

Denne stegvise endringsmodellen beskriver stegene som de fleste helsepersonell gjennomgår ved endring av praksis, men hva motiverer den enkelte til å starte en endringsprosess?

5.1.2 Motivasjon for endring

Motivasjon handler om hvilke drivkrefter som får oss til å handle, og hva som motiverer oss varierer mellom individ og situasjon. De fleste individer og organisasjoner vil ønske stabilitet og forutsigbarhet med minst mulig endringer, det er naturlig med en viss skepsis til det ukjente som ligger i endringer. Dette står i kontrast til at helsevesenet er i kontinuerlig utvikling og endring. Hva motiverer helsepersonell til endring?

I tillegg til den motivasjonen som kan ligge i organisasjonens behov for å skape balanse mellom seg og omgivelsene og en oppfatning om at et spesielt tiltak som oppgavedeling henger kausalt sammen med noen ønskede effekter (som f.eks. kapasitetsøkning) må det ifølge Herzberg (i Jacobsen 2004) skapes en motivasjon for endring hos enkeltindividet. Det er ifølge Herzberg viktig for motivasjonen at en endring fremstår som noe positivt for den enkelte, f.eks. noe som kan skape bedre jobbforhold og skape en mer interessant og utfordrende hverdag. Motivasjon til endring må komme innenfra, og Herzberg viser også til at empiriske studier har vist at de som føler en slik følelsesmessig tilknytning til endringen deltar mer konstruktivt for å få endringen gjennomført enn de som føler seg tvunget eller presset.

Flere av respondentene i spørreundersøkelsen angir at det har vært lite motstand mot oppgavedelingen, og i flere intervju med personer som hadde gjennomført oppgavedeling kom det samme frem. Dette mener jeg kan ha sammenheng med at utfordringsbildet lokalt på avdelingene som skisseres av respondentene har oppfylt mange av de tre kriteriene som Jacobsen (2004) presenterer som viktig for å skape motivasjon for endring.

1. Det må være en misnøye med dagens situasjon; dette kriteriet er oppfylt både for ledere, leger og sykepleiere som forteller at de kjenner på høyt arbeidspress og faglige utfordringer knyttet til lange ventelister, og at den store prioriterte gruppen med AMD-pasienter går utover tilbudet til andre pasientgrupper. *«Det går jo på bekostning av andre pasientgrupper, og at*

det er andre kontrollpasienter som lider av det er vi ikke i tvil om. Vi har hatt problem med at vi ikke får tatt inn pasienten til tiden, hvor jeg vil si at det er injeksjonspasientene som i stor grad forårsaker det» (Leder) «Det er klart vi føler oss presset, vi gjør jo det. Vi ser at ventelistene blir vanskeligere å hakke oss gjennom, det opptar jo mer enn et årsverk med AMD-behandling» (Lege2) «Det er på en måte et område av øyemedisinen som har ekspandert hinsides de flestes fantasi, alle avdelinger sliter med det samme, med kapasitet og rom, og få overholdt de ventetider og forpliktelser vi har til pasientene» (Lege1) Det oppfattes som at disse respondentene har en felles enighet om at dagens situasjon ikke er gunstig for hverken pasienter eller personale på sikt, og at de ikke kan fortsette med samme praksis som før.

2. Det må være en opplevelse av at endringsprosessen åpner for deltakelse og innflytelse; Flere gir i intervjuene uttrykk for at prosessen har vært god og inkluderende, og at utviklingen har vært ønsket velkommen av både fagfolk og ledelse. Både sykepleiere og leger trekker frem at det har vært en frivillighet for sykepleierne om de ønsket å ta på seg den nye oppgaven med injeksjoner, og at denne medvirkningen har vært viktig.

3. Utfallet kan påvirke den enkelte positivt; Det fremkommer i datamaterialet at flere spesialsykepleiere ser mulighet for faglig utvikling og en økt jobbtilfredshet i form av ny og spennende oppgave, legene ser mulighet for frigjort tid til spesialoppgaver som man må være lege for å håndtere, og en avlastning på volum av en rutineoppgave. Ledelsen ser et potensiale i økt fleksibilitet i arbeidsstokken, og at det frigjøres legetimer til annen behandling, som er viktig med tanke på stor pågang av øyepasienter i flere kategorier. «Jeg synes jo det er veldig spennende at vi får være med å sette disse injeksjonene, fordi, føler jo vi trenger faglig påfyll og nye utfordringer vi også» (Sykepleier1) «Det var for å frigjøre legene til andre viktige oppgaver, og selvfølgelig også at det kunne ses på som stimulerende og interessant for sykepleierne å utvikle seg innen et nytt område. Og fordi det er forbundet med en viss monotonitet for legen å gjøre mange injeksjoner, det er et kjempevolum» (Lege1) «Det må være en faglig trygghet i bunnen og en motivasjon for å se at det kan være en vinn-vinn situasjon» (Lege1)

Manglende motivasjon for endring trekkes også frem som et hinder for oppgavedeling i deler av materialet; «Jeg savner at det er litt mer vilje til å ta ansvar og kanskje prøve seg på nye ting. Den viljen har vært fullstendig fraværende her» (Lege3). Hvis vi tenker ut fra de tre kriteriene Jacobsen (2004) presenterer som viktig for motivasjon for endring vil spesielt det tredje kriteriet være både kontekstavhengig og personavhengig. Ulike personer i ulike

kontekster motiveres av ulike ting, og hva den enkelte ser på som positivt utfall for seg selv vil variere. Profesjonelle yrker med mye teoretisk kunnskap anses å være relativt variert og med faglige utfordringer – dette kan kalles indre belønninger. For spesialsykepleiere kan det være en motivasjonsfaktor å få utvidet sitt arbeidsfelt med spesialoppgaver, og med en sykepleiergruppe der mange er spesialutdannet vil dette kunne være en positiv drivkraft for motivasjon til endring ifølge mitt datamateriale. En slik indre motivasjon eller indre belønning i form av tilfredshet eller selvrealisering knyttet til arbeidet kan også være positivt for jobbtildfredshet og forebygge jobbstress ifølge Kaufmann og Kaufmann (2003). Dette er knyttet til at det må være en balanse mellom de utfordringer vedkommende får og den kunnskap vedkommende har.

Fra en personalgruppe med lite spesialisering trekkes det frem i materialet eksempel på mangel på motivasjon for oppgavedeling; «*Nei, hvorfor det, jeg får jo pengene mine uansett?*» (Lege3) Hvorfor ønske å anstrenge seg med å lære nye ferdigheter hvis man er tilfreds med dagens situasjon? Årsaker til motstand eller manglende motivasjon for endring kan være komplekse, men et moment kan være usikkerhet og bekymring for om man vil mestre de nye krav til ferdigheter eller en frykt for å ikke strekke til. Samtidig er kanskje andre profesjonsgrupper i samme avdeling motivert for endringen utfra sin vurdering av om utfallet for dem vil være positivt; «*Vi har snakket en del om det, vi er ganske enige om at det hadde vært veldig kjekt om sykepleierne f.eks. kunne ta intravitreale injeksjoner*» og «*Vi er, i hvert fall overlegene, veldig med på det her på avdelingen*» (Lege3)

I tillegg til endringsmodeller som beskriver en stegvis endringsprosess som individet må gjennom er det også en del modeller som vektlegger kombinasjonen av mellommenneskelige faktorer og egenskaper ved systemet som personen befinner seg i (Grol og Wensing 2004). Helsepersonell på hver avdeling befinner seg i en spesifikk kontekst både sosialt, organisatorisk, økonomisk og politisk, og er omgitt av faktorer som kan både fremme og hemme endring.

Informantene som har vært med på oppgavedeling trekker frem sin ulike kontekst som en viktig forklaring på hvorfor noen avdelinger har tatt i bruk oppgavedeling tidligere og i større omfang enn andre. Både predisponerende faktorer, muliggjørende faktorer og forsterkende faktorer for innføring av oppgavedeling eksemplifiseres i datamaterialet. Disse faktorene kan ifølge respondentene både fremme og hemme oppgavedeling avhengig av lokal kontekst. Av predisponerende faktorer trekkes frem f.eks. holdninger i personalgruppen, både i form av samarbeidsklima og grad av profesjonskamp. Muliggjørende faktorer vektlegges også av flere

i datamaterialet – f.eks. tilgjengelighet på fagpersonell, andel spesialsykepleiere i personalgruppen m.m. Forsterkende faktorer spiller også en rolle i endringsprosessen; flere respondenter trekker frem forsterkende faktorer som støtte fra viktige fagpersoner med legitimitet i gruppen, støtte og oppfordring fra øverste ledelse, og det helsepolitiske klima som oppfordrer til oppgavedeling. En av respondentene oppsummerer hvorfor avdelingen har fått til oppgavedeling slik; «*Staben er veldig kompetent, legebemanningen har vært vanskelig over lang tid og ledelsen har vært motivert. Det har ikke vært spesielt mange helsepolitiske kjepphester som skulle ris mot en sånn utvikling*» (Lege1)

Oppgavedeling foregår mellom ulike profesjoner, og profesjonene er del av et system. Ved oppgavedeling flyttes grensene mellom profesjoner, og denne type endringer spiller egenskaper ved det å være en profesjon en rolle for endringsprosessen.

5.2 Profesjongrensener i endring

Helsevesenet er i stadig utvikling og endring, og det er også grensene mellom de ulike profesjonenes jurisdiksjoner. Ifølge Abbott (1988) er det en kontinuerlig konkurranse mellom profesjoner, og ulike ytre påvirkninger kan føre til at oppgaver forsvinner, omformes eller nye oppgaver kommer til. Oppgavedeling er altså ikke et nytt fenomen, det har alltid vært en utvikling der oppgaver flyttes mellom profesjoner i helsevesenet. Profesjonsteorier foreslår at de eksisterende profesjoner har et ønske om å utvide sine grenser, å ta på seg mer spesialisert og prestisjefyllt arbeid, og samtidig delegerer de mindre prestisjefylte delene av arbeidet til andre.

Som tidligere nevnt er oppgavedeling etter WHO's definisjon å flytte oppgaver fra en profesjon med lengre utdanning til en profesjon med kortere utdanning, for best mulig utnyttelse av ressurser, også kalt vertikal substitusjon. Utvidelse av sykepleieres oppgaver ved å overta en oppgave tradisjonelt utført av leger er eksempel på en vertikal substitusjon.

At noen oppgaver gradvis overføres til andre yrkesgrupper er ofte en del av den medisinske utviklingen, og en prosedyre tas gjerne først i bruk av leger for senere å overføres til andre yrkesgrupper når metoden er veletablert. Går vi en del år tilbake i tid var det f.eks. kun leger som målte blodtrykk eller satte injeksjoner – i dag er dette en vanlig oppgave for sykepleiere. Dette kan ses som en ikke-planlagt bruk av oppgavedeling, eller rett og slett en del av den medisinske utviklingen.

Jeg mener at praksisen med å innføre sykepleieradministrerte intravitreale injeksjoner kan være et eksempel på en mer planlagt bruk av oppgavedeling enn den oppgavedeling som er del av den medisinsk-tekniske utvikling. En aktiv og planlagt bruk av oppgavedeling handler mer om ressursforvaltning enn medisinsk utvikling alene. Det kommer klart frem i datamaterialet at bakgrunnen for denne oppgavedelingen er et ressursproblem; både i form av kapasitetsproblemer og tilgangen på legepersonell. Den medisinske utviklingen muliggjør opplæring av kvalifiserte sykepleiere til å utføre oppgaven, men bakgrunnen for at det skjer handler i dette tilfellet mer om at helsemyndighetene og/eller sykehusledelsen forsøker å løse utfordringer knyttet til kapasitet og ressursproblemer.

Datamaterialet jeg har samlet inn viser at av de som oppgir at oppgavedeling er tatt i bruk ved øyeavdelingen er det oftest lege og sykepleier (sykepleier /operasjonssykepleier/øyesykepleier) som er involvert. De samme yrkesgruppene nevnes også som planlagt inn i fremtidig oppgavedeling. Kartleggingsundersøkelse utført av Helsedirektoratet i 2013 i utvalgte somatiske sykehusavdelinger viser også at lege og sykepleier er hyppigst involvert i oppgavedeling, i tillegg til helsesekretærer. Lokale forhold og personellsammensetning vil påvirke hvilke grupper som involveres, men det var som forventet at lege og sykepleier hyppigst er oppgitt i mitt datamateriale da disse er de største yrkesgruppene ved en øyeavdeling og det varierer en del hvilket øvrig personale avdelingene har ansatt.

Dynamiske profesjonsroller gir en mer fleksibel arbeidsstokk, men har også potensial til å utfordre monopolet til alle helsevesenets profesjoner. Gruppene med høyest risiko er gjerne de mest spesialiserte. I perioder med høy etterspørsel vil spesialistene ofte gi slipp på mindre avanserte eller mindre prestisjefylte oppgaver, og kan oppleve en konkurranse for å få tilbake disse rollene fra en pool av mindre spesialiserte utøvere når etterspørselen går ned igjen. Det er ikke nødvendigvis slik at en dyrere vare kan gjeninnføres etter at den har vært erstattet med en billigere mens den dyre ikke var tilgjengelig. Når eierskap til en spesifikk oppgave har blitt redistribuert og delt med en annen gruppe er situasjonen og forutsetningene endret. (Nancarrow og Bortwick 2005)

5.2.1 Kan sykepleiere utføre legeoppgaver?

I hovedtrekk sa alle intervjupersonene at de ikke var bekymret for faglig forsvarlighet ved at sykepleiere utførte intravitreale injeksjoner etter opplæring, og at denne endringen ikke ville påvirke kvalitet eller pasienttilfredshet negativt. Helsepersonelloven (1999) i Norge er

profesjonsnøytral, og grensene for helsepersonellens yrkesutøvelse er regulert av helsepersonellovens krav til faglig forsvarlighet. Forsvarlighetsprinsippet er også sentralt i spesialisthelsetjenesteloven. Det som avgjør hvilke oppgaver de ulike yrkesgrupper kan utføre, er ikke nødvendigvis avhengig av hvilken profesjon du tilhører, men heller hvilke kvalifikasjoner du har tilegnet deg. Helsepersonelloven åpner for flytting av oppgaver på tvers av profesjoner så lenge forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerheten er ivaretatt (Kjesbu 2015). Faglig forsvarlighet er ikke en statisk størrelse, og kan endres over tid utfra hva som til enhver tid er normen for god pasientbehandling. Retningslinjer i fagmiljøene definerer ofte hva som er normen for god pasientbehandling i bestemte situasjoner, og flere av intervjupersonene refererer til at så lenge avdelingens retningslinje for sykepleieradministrerte injeksjoner følges vil praksis være faglig forsvarlig – gitt at sykepleier også har gjennomgått nødvendig spesialopplæring og sertifisering. Overholdelse av retningslinjen vil gjøre at sykepleier «innretter seg etter sine faglige kvalifikasjoner» som det kreves i helsepersonelloven og forhindrer at sykepleier går utover sitt kompetanseområde. Lokale varianter av oppgavedeling vil kunne henge sammen med kompetansesammensetning, respondentene i materialet som kommer fra avdelinger med mange spesialsykepleiere og utfordringer knyttet til legerrekruttering har hatt en annen tilnærming til oppgavedeling enn avdelinger med færre spesialsykepleiere og/eller god tilgang på legeressurser.

Ettersom oppgavedeling mellom leger og sykepleiere blir aktuelt på flere og flere områder har det i samfunnsdebatten vært diskutert ulike syn på dette med ulike for- og motargumenter. (Gibbons et al 2011, Amoaku 2013) Respondentene i mitt materiale mente at sykepleiere kan utføre legeoppgaver gitt at nødvendig kompetanse og ferdigheter var oppnådd, at ansvarsforhold var avklart og at prosedyrer og retningslinjer ble fulgt. Legene i materialet påpekte også at det ikke var kun formelle kvalifikasjoner som måtte vurderes, men at en vurdering av egnethet for et slikt utvidet ansvarsområde var like viktig. Både faglig trygghet, motivasjon og egnethet ble trukket frem som forutsetninger for å kunne overta legeoppgaver.

Det mest vanlige er overføring av oppgaver mellom leger og sykepleiere, og fotografering og intravitreale injeksjoner har vært spesielt aktuelt for oppgavedeling i øyeavdelingene. En del av respondentene trekker også frem at de opplever at oppgaver flyttes fra merkantilt personell til legegruppen, og at dette ikke oppleves hensiktsmessig av de som mottar oppgaven.

5.2.2 Flere merkantile oppgaver til leger?

«Det blir meningsløst at leger må gjøre mer merkantilt arbeid, mens andre yrkesgrupper skal overta kjerneoppgaver fra oss»

Som jeg har nevnt tidligere defineres oppgavedeling av WHO (2008) som flytting av oppgaver fra en yrkesgruppe med lengre utdanning til en yrkesgruppe med kortere utdanningslengde, for å jobbe mer effektivt og utnytte de tilgjengelige ressursene best mulig. Men hva med de tilfellene der man flytter oppgaver motsatt vei og de involverte opplever det som en effektivitetssvikt? I flere av intervjuene tok respondenten opp flytting av ikke-medisinske oppgaver til legene. Flere steder opplever legene i økende grad å få tilført flere merkantile oppgaver som tidligere var utført av sekretærer, i tilknytning til det pasientadministrative system. Koding, booking av timer, bestilling av operasjonsstuer m.m. nevnes.

Det kom frem en tydelig frustrasjon over temaet, der respondentene ga uttrykk for at det oppleves som feil bruk av ressurser og at det er lite effektivt; *«...jeg kunne sett på tredobbelt så mange pasienter om dagen hvis det hadde vært tilrettelagt for det, at jeg ikke måtte stå og skrive og...kanskje 50 % av tiden min går til administrativt, og det samme for alle de andre overlegene og assistentlegene. Det er jo økt arbeidspress og flere oppgaver på legene, og at vi egentlig skal være dyrt betalte sekretærer fordi vi skal skrive alt selv og kode selv og tusen ting?»* (Lege3) og at *«Antall konsultasjoner gikk jo ned den dagen det ble besluttet, de måtte ha lengre tid på hver konsultasjon»* (Leder).

Legene opplever også at de ikke har hatt noen påvirkningsmulighet på denne endringen; *«Nei, det er jo ingen som har spurt avdelingen om det. Det blir bare pålagt at nå skal legene skrives selv, nå skal legene kode selv, nå skal de gjøre det og det og når du skal søke til operasjon må du fylle ut 5 skjema først som ligger på nett et sted. Tidligere gikk det helt fint når sekretærene gjorde det»* (Lege3).

På spørsmål om hvorfor de mener denne dreiningen av merkantile oppgaver over til legene har oppstått svarer den ene respondenten *«...mye større kontrollønske ovenfra, og når det blir mer å gjøre for sykepleier eller merkantil flyttes det over til legene. Jeg tror det er innført fordi man håper og ønsker å kontrollere legene. En frustrerende utvikling syns jeg»* (Lege4)

Det kommer også frem i intervjuene at argumentet fra øverste ledelse for å gjøre det på denne måten er at dette ikke er oppgavedeling, men heller å plassere oppgaven der ansvaret allerede ligger. Det er legens ansvar å sikre at koding er korrekt utfra hva som er gjort med pasienten,

og når legen selv gjør dette øker kvalitet og pasientsikkerhet. Flere stiller likevel spørsmål ved om tiltaket gir en kvalitetssikring i praksis;

«Du hadde tidligere et problem med dobbelføring og risiko for feil, men jeg er ikke så sikker på om det er noe mindre risiko for feil når legene sitter og gjør det på toppen av alt det andre.

Og de opplever jo helt klart det som en frustrasjon. At det går mye tid med til det.» (Leder).

Graden av kvalitetssikring settes spørsmålsteget ved av legene i intervjuene, som peker på negativ effektivitet, frustrasjon og negativ jobbtilfredshet i tilknytning til dette. I intervjuene kom det også frem at i en travel hverdag kan legen systematisk velge å ikke fokusere på kodingen, kodingen blir mangelfull og bidrar igjen til sviktende inntektsgrunnlag for avdelingen.

Ole Berg beskriver i artikkelen «Helsevesenets floker» (Berg og Haug 2014) utviklingen fra gårdsdagens

helsevesen som et medikrati⁴ der all autoritetsutøvelse var legens beslutning til dagens demokratiske helsevesen der ledelse er en selvstendig disiplin som i større grad er løst og overordnet fra klinikken. Beslutningene skal iverksettes uten for mye skjønn og lokal tilpasning, og denne demokratiseringen mener Berg kan føre til at klinikerne opplever det som diktering og til dels avviser beslutningene. De underkaster seg ikke, og så svarer de overordnede organer med stadig mer raffinert målstyring og klinisk atferd som skal registreres. Sitatene om flytting av oppgaver fra merkantil til leger kan forstås som en opplevelse av redusert autonomi og økt overvåkning, og kan ha element av det Berg beskriver i sin artikkel.

5.3 Profesjonskamp til hinder for oppgavedeling?

Endring i profesjongrensener blir ofte beskrevet med ord som profesjonskamp og en evig konkurranse for å beskytte profesjonens grenser (Abbott 1988). Uttrykket profesjonsmakt brukes ifølge Orvik (2015) i dag ofte for å beskrive domenet der en profesjon har ansvar og myndighet, og dermed makt i forhold til andre profesjoner. Profesjonsmyndighet gjør det mulig for profesjoner å trekke grenser rundt eget område, og gir makt til å avgi oppgaver der profesjonen har hatt domenemakt men ønsker å kvitte seg med dem til fordel for andre oppgaver – som f.eks. ved oppgavedeling.

Mange i mitt datamateriale nevner profesjonskamp som en faktor som kan være til hinder for oppgavedeling, både i planleggingsfase og implementering av endringen.

⁴ Den medisinske profesjonsmakt

Av noen respondenter nevnes profesjonskamp som en årsak til at avdelingen ikke har fått til oppgavedeling i ønsket grad, samtidig var det overraskende mange av intervjupersonene som mente det ikke hadde vært noen profesjonskamp i særlig grad, eller at den i det minste var raskt overstått. At såpass mange respondenter nedtonet profesjonskampens rolle var noe overraskende sammenlignet med litteratur om profesjon der det fremstilles som en evig kamparena og konkurranse mellom profesjonene i kampen om jurisdiksjon over oppgaver. Mitt datamateriale viser eksempler på at dette ikke nødvendigvis alltid er tilfellet.

Det nåværende klima for oppgavedeling i helsevesenet er ikke uten problemer, men kan se ut til å være mer preget av enighet enn betegnelsen profesjonskamp gir inntrykk av ifølge Nancarrow og Bortwick (2005). Dette samsvarer godt med mitt datamateriale, og flere av respondentene forklarer det at de opplever lite profesjonskamp med det at på grunn av høy etterspørsel i all overskuelig fremtid, kapasitetsproblemer og personellsituasjonen er det hensiktsmessig å tenke nytt og legge profesjonskamp til side. *«Jeg er ikke av den som ser spøkelser på høylys dag og har en veldig sann profesjonsagenda langt frem i pannen, for jeg ser jo at all erfaring og demografisk utvikling tilsier at vi blir færre helsepersonell som må ta oss av flere pasienter. Og behandling og diagnostisk mulighet øker også ditto voldsomt, sann at det er liksom nok til alle. Det er ikke mangel på arbeidsoppgaver. Det er å tenke litt konstruktivt omkring jobbglidning, det burde kunne gi alle parter egentlig tilfredsstillende faglig utvikling»* (Lege1) Dette viser at det kan være sammenfallende interesser mellom profesjonene og mellom profesjon og organisasjonen, og at oppgavedeling kan gi fordeler for flere profesjoner samtidig. Profesjonskampen som tegnes opp i profesjonsteorier og i samfunnsdebatten behøver ikke være representativ for hvordan forholdene er på lokalt nivå, på lokalt nivå viser respondentene til lite konfliktfylte prosesser der de har fått til gode praktiske løsninger som har vært støttet av både ulike profesjoner og avdelingsledelsen.

Profesjonslitteratur gir også en forståelse av at som hovedregel vil det være motstand hos den profesjonen som skal avgi en oppgave og velvilje hos den profesjon som skal overta en ny oppgave, og at graden av vertikal substitusjon vanligvis vil være kontrollert av de fagdisipliner med mest makt (Abbott 1988). Mitt datamateriale viser imidlertid at profesjonen som mottar en ny oppgave av en profesjon med lengre utdanning også i noen tilfeller kan være en aktiv motstander av dette, ved å motsette seg den nye oppgaven. Dette fremstår som en motsetning til profesjonsteoriens tanke om at profesjoner har makt til å avgi oppgaver de tradisjonelt har hatt domenemakt over – profesjonen som skal overta oppgaven har også en makt i å definere sine oppgaver og bestemme om de vil ta imot den nye oppgaven som tilbys.

Profesjonsteoriene beskriver som tidligere nevnt et konkurranseforhold mellom profesjoner, der profesjongrensene stadig er i endring og det konkurreres om oppgaver som ligger i grenseområdene. De fleste i mitt datamateriale nevnte profesjonskamp som et potensielt hinder for oppgavedeling. Men noen ganger opplever profesjoner også at profesjongrensene utvides uten at det er noe de har kjempet til seg. Det er ikke nødvendigvis alltid kun profesjonene selv som driver frem en endring i profesjongrenser, men situasjonen i seg selv og de ytre drivkreftenes påvirkning på organisasjonen. I tilfellet med oppgavedeling knyttet til intravitreale injeksjoner skisserer f.eks. ikke mitt datamateriale et tilfelle hvor profesjonen sykepleiere i samlet flokk har kjempet aktivt for å få denne oppgaven, men heller at initiativet har kommet fra ledelsen som et tiltak for å møte kapasitetsutfordringer og effektiviseringsbehov. Profesjonene har etterhvert vært positive og løsningsorienterte i endringsprosessen men har ofte ikke vært den part som tok initiativet. I spørreundersøkelsen svare kun 17 % at initiativet kom fra faggruppene alene. Dette støtter inntrykket jeg får i intervjuene av at oppgavedeling er brukt som et aktivt virkemiddel i møte med kapasitetsutfordringer og krav om effektivisering.

5.3.1 Profesjonskamp eller usikkerhet omkring ansvar?

I mitt datamateriale fremkommer også usikkerhet omkring ansvar som en mulig årsak til motstand mot endring av profesjongrensene ved oppgavedeling. Dette gjelder både i sykepleiergruppen og legegruppen. Er det kanskje denne usikkerheten om ansvarsforhold som ofte mistolkes som profesjonskamp eller mangel på motivasjon for endring? Enkelte var usikre på ansvars plasseringen; «*Vi diskuterte mye hvem som har ansvaret hvis det går galt, hvis vi står med en bakteriell endoftalmitt*⁵, *hvem har ansvaret? Jeg må innrømme at det står ikke helt klart for meg. Men det er vel også noe som avdelingsleder har kontroll på*» (Lege2) Det ser ut til å være en felles forståelse blant intervjudeltakerne om at det overordnede ansvar for diagnostikk og behandling må ligge hos legen, men at praktiske prosedyrer kan delegeres til sykepleiere etter nødvendig opplæring. «*Den praktiske delen er delegert og det fungerer utmerket*» (Lege2) og «*Beslutningen om hvorvidt det skal gis injeksjon eller ikke, det ansvaret har legen. At prosedyren utføres på en riktig måte, det ansvaret har sykepleier som setter injeksjonen*» (Leder) Også i oversiktsartikkel som viser til studier i Storbritannia der man har vurdert pasientsikkerhet og effektivitet ved oppgavedeling innen AMD-behandling (Li et al

⁵ Alvorlig infeksjon inne i øyet. En sjelden men alvorlig komplikasjon som kan oppstå ved injeksjoner i øyet.

2015) understrekes det at legen beholder ansvaret for diagnostisering og avgjørelser omkring behandling.

En av legene i datamaterialet påpekte at kanskje har noe av skepsis vært knyttet til at legene tidligere har tenkt på injeksjonen som et kirurgisk inngrep, mens nå i senere tid anses den som en praktisk prosedyre som kan læres til andre yrkesgrupper. Flere i materialet vurderer injeksjonen som en injeksjon på linje med en injeksjon ellers på kroppen og ikke et inngrep; *«Prinsipielt er det jo ikke annerledes enn injeksjoner andre steder på kroppen og på andre avdelinger. Skjer det en komplikasjon, forventet eller ikke, så sorterer jo det under legens ansvar som har delegert oppgaven til sykepleier. Selv om ikke sykepleier er juridisk ansvarsfri så ligger det i sykehusets hierarkiske system at avdelingsledelsen er ansvarlig utad. Man må kjenne spillereglene og følge dem.»* (Lege1)

Flere fremhever at det overordnede ansvar ligger hos legene uansett hvem som utfører oppgaven: *«Da spør du rett mann, jeg er ikke så skeptisk. Jeg er vant med å ha ansvar uansett, og det får jeg fortsette med. Hvis noe skjer på avdelingen her så er det uansett mitt ansvar, enten det er en sykepleier eller en lege.»* (Lege3) Det kom også frem i intervjuene at det kan oppleves som utfordrende at legen delegerer en oppgave men fortsatt har et ansvar for det noen andre utfører; *«...de har jo fortsatt det medisinske ansvaret, og det å gjennomføre jobbliding men ikke ansvarsgliding – kanskje det gjør at noen legekrefter holder veldig igjen»* (Sykepleier1) Når sykepleieren har en rolle delegert av legen er det legen som tar ansvaret for sluttresultatet, dette kan være en kilde til usikkerhet om ansvar.

Noen av sykepleierne var i starten bekymret for å påta seg det de oppfattet som et utvidet ansvar; *«Jeg synes det var fryktelig skummelt i starten. Ikke å sette sprøyta men det ansvaret og den vurderingen du gjorde i forkant. Det er en vurderingssak noen ganger, vanskelig å vurdere i starten synes jeg».* (Sykepleier2) Spesielt det med å føle på ansvar for en potensiell komplikasjon trekkes frem; *«Det vi er redd for er hvis det skulle bli endoftalmitt, og det er den pasienten du satte injeksjon på så må man stå i det. Jeg var livredd når pasientene ringte inn en dag eller to etter, og det hang i en stund. Sånne ting tror jeg på mange måter leger er mer drill på helt fra starten av, mer drill på komplikasjoner.»* Likevel var inntrykket at sykepleierne fikk en trygghet etter hvert og en økt jobbtilfredshet av å bli gitt utvidet ansvar; *«Klart man vokser på sånt ansvar, man gjør jo det. Vi blir jo kursa og skolert i forhold til å ta slike vurderinger. Og jeg er jo mye mer vant til å vurdere øyne enn jeg var før jeg ble med på dette»* (Sykepleier2)

5.4 Resultater og effekter av oppgavedeling

Kun 18 % av respondentene i spørreundersøkelsen oppgir at oppgavedelingen som er gjennomført er skriftlig evaluert, og også i intervjuene kommer det frem at det er gjort lite skriftlig evaluering eller forskning på effektene av oppgavedeling. Likevel har respondentene helt klart en opplevelse av effekt, og det er et mønster i hvilke effekter som oppgis. Flest av respondentene i spørreundersøkelsen har satt opp økt kapasitet og mer effektiv pasientbehandling som effekter av oppgavedelingen, dette samsvarer også med faktorene som flest oppga som bakgrunn for at oppgavedelingen ble gjort. Frigjort legetid til andre oppgaver og redusert ventetid for pasientene, og effekter innen områder som handler om jobbtilfredshet både for lege og sykepleier kommer også frem i både intervju og spørreundersøkelse. Flere nevnte også økt pasienttilfredshet i form av kortere ventetid når de var på avdelingen for behandling. I mitt materiale var spørreundersøkelsen rettet mot ledere og intervjuene besto i hovedsak av helsepersonell i klinisk arbeid - disse to gruppene presenterte samsvarende erfaringer med effekter av oppgavedeling.

Erfaringer eller ikke-dokumenterte funn har ikke tradisjonelt hatt samme verdi i forskningssammenheng som målbare funn, kanskje spesielt i den medisinske tradisjon. Manglende evaluering gir mangel på kunnskap som igjen gjør det vanskelig å ta kunnskapsbaserte beslutninger ifølge Fretheim og Glenton ved Kunnskapscenteret (2013). Kvalitative data som representerer helsepersonells erfaringer med oppgavedeling har en viktig verdi som erfaringsbaserte kontekstsvhengige data, uten at man kan trekke sikre konklusjoner om årsak-virkning og årsakssammenhenger slik man ofte har som mål i et kvantitativt forskningsprosjekt. Kvalitative data gir en annen type informasjon enn kvantitative data men er likevel en viktig del av et helhetsbilde når de settes inn i en sammenheng. Flere av intervjupersonene viser til erfaringer ved øyeavdelinger i andre sykehus og i andre land når vi diskuterer effekt og forventet effekt av oppgavedeling. Selv om det er erfaringsbasert og ikke publiserte forskningsstudier det her henvises til er det tydelig at disse erfaringene vektlegges sterkt av respondentene, og at disse erfaringene har vært diskutert i fagmiljøene og vært tatt med i vurderingsgrunnlag for standpunkt til oppgavedeling i den lokale øyeavdeling.

Helsedirektoratets kartlegging av erfaringer med endret oppgavedeling i Norge i 2013 viste samme trend i opplevde effekter av oppgavedeling som jeg fant i mitt datamateriale, og det

påpekes også at det har vært vanskelig å trekke konklusjoner i rapporten på grunn av lite publisert forskning.

I Norge er det generelt gjort svært lite forskning på konsekvensene av oppgaveglidning, men ifølge Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten er det gode grunner til å tro at erfaringer fra andre land er overførbare til norsk helsetjeneste – i mange tilfeller ser det ut til at økt bruk av sykepleiere innenfor veldefinerte områder ikke medfører noe dårligere tilbud for pasientene, og noen ganger kanskje faktisk en forbedring, skriver Fretland og Glenten ved Kunnskapssenteret i et innlegg i Dagens Medisin (2013).

I forhold til oppgavedeling i form av flytting av oppgaven intravitreale injeksjoner fra lege til sykepleier har jeg ikke funnet noen norske eller nordiske publikasjoner, men det finnes en del vitenskapelige artikler og rapporter fra Storbritannia (Li et al 2015, Gibbons et al 2011, DaCosta et al 2014, Simcock et al 2014, Varma et al 2013, Michelotti et al 2014).

I oppsummeringsartikkelen til Li et al (2015) har man sett på flere studier som vurderer pasientsikkerhet og effektivitet i forbindelse med sykepleieradministrerte intravitreale injeksjoner. Fire studier fra Storbritannia er omtalt, disse viste både svært lav forekomst av postoperative komplikasjoner, positive pasienttilfredshetsundersøkelser og økt effektivitet i klinikkene, økt kapasitet på injeksjoner og kortere ventetid, og bedre tilgang til netthinnespesialister. Begrensninger som påpekes er naturlig nok at siden det er få studier tilgjengelig og disse er begrenset til Storbritannia vil det begrense generaliserbarheten. Det er også vanskelig å komme med klare konklusjoner om effektiviteten da det er variasjoner i målemetode i studiene.

I mitt datamateriale var det også noen som trakk frem at for å fremme videre oppgavedeling bør man satse på tydeliggjøring av den gevinsten som kan oppnås for legegruppen i form av avlastning og frigjøring av tid til andre oppgaver, og bruke effektivitetsberegninger eller prognoser om kortere ventetid for å vise potensielle positive effekter av oppgavedeling. Jeg tolker at respondentene her har ment at det vil være med å fremme positiv innstilling til oppgavedeling både for klinikere og ledelse hvis det kan vises til konkret og dokumenterbar gevinst av å ta i bruk dette tiltaket. Spørsmålet som ofte stilles er om et tiltak førte til den forventede effekt – det er viktig med så klare svar som mulig på dette, spesielt når det er mange motstridende interesser involvert slik det ofte er i forhold til oppgavedeling. Det å vise årsakssammenheng mellom tiltak og endring kan være krevende, fordi mange faktorer kan ha påvirket effekten av et tiltak. I denne oppgaven har målet vært å vurdere helsepersonells erfaringer med oppgavedeling uten å konkludere i forhold til om det har gitt ønsket effekt. Det

som kan konkluderes utfra materialet er derimot at de involverte har opplevd effekt av oppgavedeling, og deres erfaringer er at oppgavedeling har bidratt til økt kapasitet mer fleksibilitet, og økt jobbtilfredshet.

5.5 Helsepolitisk kontekst for oppgavedeling

Den helsepolitiske kontekst har betydning for endringsprosesser i helsevesenet, og kan bidra både til å hemme eller fremme endring. De siste par årene har oppgavedeling gått over til å bli et helsepolitisk begrep og et tiltak som etterspørres fra helsemyndighetene (Helse- og omsorgsdepartementet 2013, 2015). Både en demografisk utvikling med flere eldre med aldersrelaterte sykdommer og en forespeilet fremtidig knapphet på helsepersonell gjør at helsemyndighetene vektlegger mer fleksibilitet i oppgavefordeling for å kunne møte fremtidens krav om effektivisering og ressursutnyttelse. Mer oppgaver må utføres med omtrent de samme ressurser i fremtiden. Den medisinske profesjon har mindre dominans, og for første gang i historien støtter staten eksplisitt ikke-medisinske profesjoner i å ta steg over i roller tradisjonelt forbeholdt medisinen. Flere respondenter påpekte at dette klimaet merkes helt ned på avdelingsnivå; *«...det er mer fokus på det med jobbgliding og oppgavefordeling og hva vi gjør av den typen. Kanskje bare spesielt siste året har det vært mere etterspørsel på hva gjør dere av tiltak på jobbgliding. Nå etterspørres det jo fra høyere nivå også, fra helseforetaket og videre oppover»*. (Leder)

Gårsdagens helsevesen var som tidligere beskrevet et medikrati der utgangspunktet for nesten all autoritetsutøvelse var legens medisinske beslutninger, som ikke ble utfordret – hverken av pasienter, andre profesjoner eller politikere. I nyere tid har det blitt en demokratisering i helsevesenet, og mer krav til åpenhet. Helsevesenet er ikke lenger et lukket rom, omverdenen griper inn i og påvirker i økende grad det som foregår i helsevesenet (Berg og Haug 2014).

Den nye legerollen har åpnet legenes lukkede rom, og etterrettelighet (accountability) er blitt et viktigere stikkord enn legenes individuelle autonomi (Light og Aadland 2003, Light 2003). Den nye legen delegerer så mange oppgaver som mulig til andre, og arbeider gjerne i team. Legen koordinerer og gjør det andre ikke kan. Dette gjenspeiler et overordnet helsepolitisk mål om mer effektiv utnyttelse av helsevesenets ressurser; det er sløsing med ressurser og unødvendig at spesialisten gjør det som en med kortere utdanning kan gjøre.

Det offentlige helsevesen koster stadig mer, og myndighetene har forsøkt å tvinge frem en mer effektiv ressursutnyttelse for å få mer for pengene ifølge Berg og Haug (2014). Denne effektiviseringspolitikken hevder de har vært med å bidra til økende ventelister og en byråkratisering av helsevesenet ved at ledelsen løsriver fra og overordnes klinikken. Dette gir et mer teknisk-byråkratisk fokus, og beslutningene skal iverksettes uten for mye skjønn og lokal tilpasning.

5.6 Oppsummering av diskusjon og analyse

Respondentene i mitt materiale beskriver at det er hovedsakelig den økende etterspørsel fra en ressurskrevende pasientgruppe som skaper kapasitetsproblemer i avdelingene, det jeg har analysert som ytre drivkrefter og en utfordring alle avdelingene står ovenfor. De indre drivkrefter er derimot ulike i hver avdeling - den lokale kontekst er ulik spesielt med tanke på tilgang til personell og kompetansesammensetning. Hvordan de felles ytre drivkreftene møtes i avdelingene er derfor kontekstavhengig og gjør at noen avdelinger har vært tidlig ute med oppgavedeling mens andre ikke har hatt samme behovet for dette eller har ikke fått det til med bakgrunn i personellutfordringer.

Motivasjon for endring er også kontekstavhengig, og flere i mitt materiale som har vært med på innføring av oppgavedeling beskriver at det har vært en stegvis prosess både for enkeltindividet og organisasjonen, bestående av orientering, innsikt, aksept, endring og opprettholdelse av endring. I noen tilfeller har oppgavedeling ført til økt jobbtilfredshet, i tillegg til økt kapasitet og frigjøring av legers tid til andre oppgaver. Ved disse avdelingene beskrives oppgavedeling som positivt for flere yrkesgrupper.

Oppgavedeling ved flytting av oppgaver fra en yrkesgruppe med lengre utdanning til en med kortere for bedre ressursutnyttelse, vertikal substitusjon, er det mest vanlige i avdelingene. Som oftest en overføring av oppgaver fra lege til sykepleier. I mitt materiale fremkommer det også at oppgavedeling skjer den andre veien, fra en med kortere utdanning til en med lengre – i dette tilfellet i form av tilføring av flere merkantile oppgaver til legegruppen. Respondentene beskriver dette som en frustrerende utvikling, lite effektivt og som en sløsing med knappe legeressurser.

Materialet viser også at oppgavedeling og endring av profesjongrensener ikke alltid drives frem av profesjonene selv i konkurranse om nye domener. Sykepleieradministrerte intravitreale injeksjoner ser ut til å være noe som i større grad har vært initiert av avdelingenes ledelse enn profesjonene selv. Det brukes som et aktivt tiltak for å oppnå bedre ressursforvaltning og effektivisering i møtet med store kapasitetsproblemer, understøttet av den helsepolitiske kontekst. Grad av profesjonskamp og motstand mot oppgavedeling har vært liten hos respondentene, de beskriver i hovedsak at det har vært lite av dette eller at det gikk fort over – men flere trekker frem profesjonskonflikter som en viktig potensiell hindring for den type endringsprosesser oppgavedeling representerer.

Kapittel 6 Avslutning

«*Appropriate substitution are in, pulling rank is out*⁶»

Datamaterialet viser at oppgavedeling er aktuelt ved de fleste øyeavdelinger, og benyttes spesielt knyttet til pasientforløp AMD-pasienter og diabetesscreening. Flytting av oppgaver fra lege til sykepleier er mest vanlig. Bakgrunn er i hovedsak kapasitetsproblemer og økt etterspørsel, og behov for mest mulig effektiv ressursutnyttelse. Effekter som erfares er spesielt økt kapasitet og effektivitet, frigjøring av legetimer til andre oppgaver, og økt jobbtilfredshet for flere profesjoner. Lokal kontekst kan være både fremmende og hemmende for oppgavedeling, både personellsammensetning og rekrutteringssituasjon påvirker behovet for oppgavedeling. Profesjonskamp er lite fremtredende på lokalt nivå, men nevnes av mange som en potensiell hindring for oppgavedeling.

Øyefaget står overfor store utfordringer fremover knyttet til den demografiske utvikling med økt levealder og flere med aldersrelaterte sykdommer. I kombinasjon med rask utvikling i medisinsk-teknisk utvikling gir dette økt etterspørsel av helsetjenester og kapasitetsproblemer, spesielt knyttet til pasientgruppen med AMD. Denne utviklingen kan ikke møtes utelukkende med å gjøre «mer av det samme», det er ikke ubegrenset med midler tilgjengelig i sykehusene og heller ikke ubegrenset med tilgang på helsepersonell i fremtiden. Med et overordnet helsepolitisk mål om mer effektiv utnyttelse av helsevesenets ressurser er oppgavedeling blitt et aktuelt virkemiddel for å møte disse utfordringene. Det oppfattes som både unødvendig og sløsing med ressurser at spesialister utfører oppgaver som personell med kortere utdanning kan utføre. Flytting av oppgaver tradisjonelt utført av legen til spesialopplærte sykepleiere (vertikal substitusjon) tas i bruk i økende grad ved øyeavdelingene, spesielt innenfor behandlingsforløpet til AMD-pasienter der mange har tatt i bruk eller planlegger å ta i bruk økt oppgavedeling. Oppgavedeling gir en mer fleksibel personalgruppe, men er også med på å legitimere en utvisking av profesjonsgrenser. Effekten dette kan få på profesjonenes status på lengre sikt gjenstår å se.

Både gjennom intervjuene og i spørreundersøkelsen jeg gjorde kommer det frem varierende erfaringer med oppgavedeling, og hva som hemmer og fremmer en slik endringsprosess. Bakgrunnen for å ta i bruk oppgavedeling er felles for avdelingene; ytre drivkrefter som

⁶ Light, D.V. (2003) *Towards a new professionalism in medicine: Quality, value and trust.*

kapasitetsproblemer og økende etterspørsel er av stor betydning. Likevel er det ulikt hvordan avdelingene møter denne utfordringen, og mye ser ut til å avhenge av lokal kontekst og indre drivkrefter i avdelingene. Spesielt kompetansesammensetningen i personalgruppen og rekrutteringssituasjonen i avdelingen er i høy grad av betydning. Høy andel spesialsykepleiere og utfordringer knyttet til legerekruttering ser ut til å virke både som en muliggjørende og forsterkende faktor for å ta i bruk oppgavedeling tidlig. Avdelinger med en annen rekrutteringssituasjon har ikke hatt samme behov for å ta i bruk oppgavedeling like tidlig.

Bakgrunn for å ta i bruk oppgavedeling og opplevde effekter samsvarer godt i materialet; kapasitetsøkning og effektivisering, samt frigjøring av legetimer til andre oppgaver trekkes frem. I tillegg til dette legger mange vekt på at det har gitt en økt jobbtilfredshet både for sykepleiere som har fått utvidet ansvarsområde og faglig utvikling, og for legene som har fått avlastning for oppgaver som frigjør tid til andre gjøremål og minker stressfølelse. Det er svært få som oppgir å ha skriftlig evaluert oppgavedelingen, og det finnes ikke særlig med norske studier som evaluerer slike endringsprosesser.

Materialet viser også at oppgavedeling og endring av profesjongrensener ikke alltid drives frem av profesjonene selv i konkurranse om nye domener slik ulike profesjonsteorier beskriver. Sykepleieradministrerte intravitreale injeksjoner ser ut til å være noe som i større grad har vært initiert av ledelse som et aktivt tiltak for bedre ressursforvaltning og effektivisering i møtet med store kapasitetsproblemer. Oppgavedeling har i alle år vært en naturlig del av en gradvis medisinsk utvikling, men i dette tilfellet er den medisinske utvikling mer en muliggjørende faktor enn den er selve endringsprosessen. Økt spesialisering av sykepleierne har muliggjort en ny oppgavedeling mellom sykepleiere og leger.

Samfunnet står overfor fremtidige utfordringer i helsetjenesten både knyttet til den demografiske utviklingen med flere eldre pasienter og en forespeilet knapphet på helsepersonell. Oppgavedeling foregår i et helsepolitisk klima der det oppfordres til nytenkning og mer fleksibilitet i forhold til oppgavedeling. Profesjongrensener utfordres og nye roller skapes, og for første gang støtter staten eksplisitt ikke-medisinske profesjoner i å overta roller tradisjonelt forbeholdt leger. Den nye legerollen delegerer så mange oppgaver som mulig til andre, koordinerer og gjør de oppgaver andre ikke kan. Dette gjenspeiler det overordnede helsepolitiske mål om effektiv utnyttelse av helsevesenets ressurser. Disse endringsprosessene har også påvirket legenes individuelle autonomi, fra gårsdagens

helsevesen som var et lukket medikrati til dagens helsevesen der ledelse løsrives fra og overordnes klinikken.

Grad av profesjonskamp og motstand mot oppgavedeling har vært overraskende liten i intervjumaterialet. De beskriver i hovedsak at det har vært lite motstand og kritikk eller at den motstand som oppsto gikk fort over, flere hevder også at de ikke har opplevd noen profesjonskamp. I spørreundersøkelsen svarer de fleste at de tenker at profesjonskamp er en viktig faktor som kan hindre oppgavedeling. Flere påpeker også at uenigheter mellom profesjonene om hvem som skal ha ansvar for hva kan være en viktig potensiell hindring for denne type endringsprosesser. Noe av årsaken til at profesjonskamp ble lite vektlagt i intervjumaterialet kan også ha sammenheng med utvalget av intervjupersoner; de fleste hadde vært gjennom det de anså som en vellykket endringsprosess. De som ikke hadde fått til oppgavedeling i særlig grad la mer vekt på at profesjonskamp var et hinder for ønsket utvikling. Profesjonskampen slik den kan fremstå på makronivå i helsedebatten er altså ikke nødvendigvis representativ for situasjonen lokalt på den enkelte avdeling. Flere respondenter oppgir at avdelingen har fått til gode lokale løsninger med oppgavedeling på tvers av profesjonene, og at dette er en utvikling som har vært ønsket velkommen av alle de involverte parter.

Videre forskning på temaet oppgavedeling

Sett i lys av den fremtidige utfordring med økende press på øyehelsetjenester og mangel på helsepersonell vil best mulig utnyttelse av tilgjengelig personell bli essensielt.

Det er gjort lite norske studier på oppgavedeling, det ville være interessant å systematisk evaluere effekt i form av f.eks. økt kapasitet og kostnadseffektivitet ved innføring av oppgavedeling slik at man kan dokumentere effekt.

Både knyttet til intravitreale injeksjoner og diabetesscreening kunne dette være aktuelt. Med tanke på den økende etterspørsel på øyehelsetjenester til disse gruppene i fremtiden vil denne type studier være spesielt interessante.

Flere studier om intravitreale injeksjoner i en norsk kontekst ville også muliggjøre mer tilgjengelig deling av kunnskap om metode, pasientforløp og gjennomføring av oppgavedeling – slik at de ulike avdelingene kunne dra mer nytte av hverandres erfaringer og resultater.

I forbindelse med oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten er det mye fokus på vertikal substitusjon spesielt i form av overføring av oppgaver fra lege til sykepleier. En interessant videreføring av forskning på temaet ville være å se nærmere på horisontal substitusjon i øyehelsetjenesten under ett – kan oppgaver omfordeles mellom f.eks. sykehus, optikere, privatpraktiserende øyeleger? Finnes det et uutnyttet potensiale for oppgavedeling her?

Forskning i Nederland (Stevens et al 2000, 2002, 2007) har gjort interessante funn i forhold til fordelingen av oppgaver mellom de ulike aktører i øyehelsetjenesten, og hvordan profesjonene øyeleger, allmennleger og optikere vurderer muligheten for å omfordele oppgaver seg i mellom.

Et annet tema som hadde vært interessant å sett nærmere på er omfanget av flytting av oppgaver fra merkantil til lege, og hvordan dette eventuelt har påvirket andel korrekt koding og tidsbruk. Er det f.eks forskjeller på måloppnåelse kvalitetsindikatorer før og etter denne type endring?

Referanseliste

- ABBOTT, A. 1988. *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labour*, The University of Chicago Press.
- AMOAKU, W. 2013. Maximising capacity in AMD services. *The Royal College of Ophthalmologists*, 4.
- AMOAKU, W., BLAKENEY, S., FREEMAN, M., GALE, R., JOHNSTON, R., KELLY, S. P., MCLAUGHLAN, B., SAHU, D. & VARMA, D. 2012. Action on AMD. Optimising patient management: act now to ensure current and continual delivery of best possible patient care. *Eye (Lond)*, 26 Suppl 1, S2-21.
- ANDREASSEN, K. K. 2010. *Seniorer i Norge 2010: Befolkningens størrelse og aldersfordeling* [Online]. Statistisk sentralbyrå. Available: <http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa120/kap1.pdf>.
- BERG, O. & HAUG, C. 2014. Helsevesenets floker. *Nytt Norsk Tidsskrift*, 16.
- DACOSTA, J., HAMILTON, R., NAGO, J., MAPANI, A., KENNEDY, E., LUCKETT, T., PAVESIO, C. & FLANAGAN, D. 2014. Implementation of a nurse-delivered intravitreal injection service. *Eye*.
- DUBOIS, C. A. & SINGH, D. 2009. From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. *Hum Resour Health*, 7, 87.
- GIBBONS, H., MAPANI, A. & TAYLOR, S. 2011. Non medical personell carrying out intravitreal injections. *International journal of Ophthalmic Practice*, 2.
- GROL, R. & WENSING, M. 2004. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Med J Aust*, 180, S57-60.
- HARTRY, N. 2007. A reflective case for valuing nurse practitioners in ophthalmology clinics. *British Journal of Nursing*, 16, 1234-1237.
- HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET 2013. Ti nye grep for bedre sykehus. www.regjeringen.no
- HELSE OG OMSORGSDEPARTEMENTET. 2015. *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)* [Online]. Regjeringen. Available: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>.
- HELSEDIREKTORATET 2013a. Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten. Kartlegging av erfaringer med endret oppgavedeling i Norge og andre nordiske land. IS-2108. Oslo.
- HELSEDIREKTORATET 2013b. Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten. Utredning av hvorvidt endret oppgavedeling kan bidra til reduserte ventetider og mer effektiv pasientbehandling. In: PERSONELL, A. U. O. (ed.). *Helsedirektoratet*.
- HELSEPERSONELLOVEN. 1999. *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)* [Online]. Lovdata. Available: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> 2016].
- JACOBSEN, D. I. 2004. *Organisasjonsendringer og endringsledelse*, Fagbokforlaget.
- KJESBU, T. 2015. *Hvilket rom gir de rettslige rammene for endring av oppgavedeling mellom leger og sykepleiere i somatiske akuttmodtak*. Mastergradsoppgave, Universitetet i Oslo.
- KUNNSKAPSSENTERET 2013. Effekter av oppgavedeling for noen utvalgte helsetjenester i sykehus. www.kunnskapssenteret.no.
- KVALE, S. & BRINKMANN, S. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo, Gyldendal Akademisk forlag.
- LI, E., GREENBERG, P. B. & KRZYSTOLIK, M. G. 2015. Nurse-administered intravitreal injections: a systematic review. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*, 253, 1619-21.

- LIGHT, D. V. 2003. Towards a new professionalism in medicine: Quality, value and trust. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 13-14/2003.
- LIGHT, D. V. & AASLAND, O. G. 2003. Den nye legerollen - kvalitet, åpenhet og tillit. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 123, 1870-1873.
- MICHELOTTI, M. M., ABUGREEN, S., KELLY, S. P., MORARJI, J., MYERSCOUGH, D., BODDIE, T., HAUGHTON, A., NIXON, N., MASON, B. & SIORAS, E. 2014. Transformational change: nurses substituting for ophthalmologists for intravitreal injections - a quality-improvement report. *Clin Ophthalmol*, 8, 755-61.
- NANCARROW, S. A. B. A. M. 2005. Dynamic professional boundaries in the health workforce. *Sociology of Health & Illness*, 879-919.
- NORSK OFTALMOLOGISK FORENING 2012. Kartlegging og oftalmologisk nasjonal utredning av fremtidig status. In: SKAU, A. (ed.).
- ORVIK, A. 2015. *Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*, Cappelen Damm Akademisk.
- SHAH, S. U., PILLI, S., TELANDER, D. G., MORSE, L. S. & PARK, S. S. 2013. Survey of patients with age-related macular degeneration: knowledge and adherence to recommendations. *Can J Ophthalmol*, 48, 204-9.
- SIMCOCK, P., KINGETT, B., MANN, N., REDDY, V. & PARK, J. 2014. A safety audit of the first 10 000 intravitreal ranibizumab injections performed by nurse practitioners. *Eye (Lond)*, 28, 1161-4.
- STATISTISK SENTRALBYRÅ. 2014. *Befolkningsframskrivinger 2014-2100: Hovedresultater* [Online]. SSB: Statistisk Sentralbyrå. Available: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/194974?ts=1483a294018>.
- STEVENS, F., VAN DER HORST, F. & HENDRIKSE, F. 2002. The gatekeeper in vision care. An analysis of the co-ordination of professional services in The Netherlands. *Health Policy*, 60, 285-297.
- STEVENS, F., VAN DER HORST, F., NIJHUIS, F. & BOURS, S. 2000. The division of labour in vision care: professional competence in a system of professions. *Sociology of Health & Illness*, 22, 431-452.
- STEVENS, F. C. J., DIEDERIKS, J. P. M., GRIT, F. & VAN DER HORST, F. 2007. Exclusive, idiosyncratic and collective expertise in the interprofessional arena: the case of optometry and eye care in The Netherlands. *Sociology of Health & Illness*, 29, 481-496.
- SÆLID, T. 2013. *Oppgaveglidning- mer enn et motebegrep? En studie fra en medisinsk sengepost og poliklinikker i sykehuset østfold*. Mastergradsoppgave, Høgskolen i Østfold.
- VARMA, D., LUNT, D., JOHNSON, P. & STANLEY, S. 2013. A novel approach to expanding the role of nurses to deliver intravitreal injections for patients with age-related macular degeneration. *International Journal of Ophthalmic Practice*, 4, 68-74.
- VIGELAND, E. 2010. *Profesjonsgrenser i medisinsk bildediagnostikk. Tid for en ny arbeidsdeling?* Mastergradsoppgave, Universitetet i Oslo.
- VIKESTAD, K. G. 2012. *Er det samfunnsøkonomisk forsvarlig å la radiografer med videreutdanning i ultralyd utføre ultralyd av øvre abdomen? En kost/nytteanalyse fra tre radiologiske avdelinger ved Sykehuset Innlandet*. Mastergradsoppgave, Universitetet i Oslo.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2008. *Task shifting: global recommendations and guidelines* [Online]. Available: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/taskshifting_guidelines/en/.

VEDLEGG 1

Kjære ledere!

I forbindelse med min mastergradsoppgave ved Universitetet i Bergen om oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten ønsker jeg å kartlegge omfanget av oppgavedeling ved landets øyeavdelinger. I den sammenheng vil jeg svært gjerne høre om deres erfaringer med oppgavedeling.

Med ordet **oppgavedeling** menes her: oppgaver som tradisjonelt har vært utført av en yrkesgruppe, som overføres til en annen yrkesgruppe etter opplæring.

Jeg håper dere har anledning å delta i spørreundersøkelsen, som er beregnet til å ta ca 10 minutter å gjennomføre. Svarene vil være anonyme, og besvart undersøkelse regnes som samtykke til deltakelse. Deltakelser er frivillig og man kan når som helst etterpå trekke sitt samtykke.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Vennlig hilsen Mona Benedicte Nordvik,

*Masterstudent ved Institutt for Global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen
Avdelingssykepleier ved Øyeavdelingen, Haukeland Universitetssykehus*

1. Hvilken rolle har du ved øyeavdelingen du representerer?

Du kan sette flere kryss

- Avdelingsdirektør
- Avdelingssjef
- Avdelingsleder
- Medisinskfaglig ansvarlig
- Seksjonsleder
- Enhetsleder
- Annet

Hvis annet; hvilken rolle har du?

2. Hvilken helseregion representerer du?

- Helse Nord
- Helse Midt-Norge
- Helse Vest
- Helse Sør-Øst

3. Hvilket type sykehus er Øyeavdelingen du representerer knyttet til?

- Universitetssykehus
- Sentralsykehus
- Lokalsykehus

4. Er det gjennomført oppgavedeling ved Øyeavdelingen du representerer?

- Ja
- Nei
- Nei, men planlegges
- Vet ikke

5. Innenfor hvilke pasientgrupper har oppgavedeling vært innført?

6. Hvilke yrkesgrupper har vært involvert i oppgavedeling ved avdelingen?

	Ja	Nei	Ikke aktuelt
Lege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sykepleier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Operasjonssykepleier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Øyesykepleier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ortoptist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Optiker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fotograf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Helsesekretær	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dersom andre yrkesgrupper enn de nevnte, beskriv gjerne her

7. Hvilke enheter har vært involvert i oppgavedeling ved avdelingen?

	Ja	Nei	Ikke aktuelt
Poliklinikk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dagkirurgisk enhet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Operasjonsenhet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sengepost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Innenfor hvilke pasientgrupper **planlegger** dere å innføre oppgavedeling?

9. Hvilke yrkesgrupper **planlegges** involvert i oppgavedeling ved avdelingen?

	Ja	Nei	Ikke aktuelt
Lege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sykepleier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Operasjonssykepleier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Øyesykepleier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ortoptist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Optiker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fotograf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Helsesekretær	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andre

Dersom andre yrkesgrupper enn de nevnte, beskriv gjerne her

10. Tilbys AMD-behandling ved Øyeavdelingen du representerer?

- Ja
- Nei

Oppgavedeling innen AMD-behandling

11. Er det innført oppgavedeling innenfor AMD-behandling ved Øyeavdelingen du representerer?

- Ja
- Nei
- Nei, men planlegges
- Vet ikke

12. I hvilken del av AMD-pasientforløpet har dere innført oppgavedeling?

Du kan sette flere kryss.

- Utredning
- Injeksjon
- Kontroll
- Fotografering

13. I hvilken del av AMD-pasientforløpet **planlegger** dere å innføre oppgavedeling?

Du kan sette flere kryss.

- Utredning
- Injeksjon
- Kontroll
- Fotografering

14. Har avdelingen planer om å starte med intravitreale injeksjoner utført av spesialopplærte sykepleiere?

- Er innført
- Foreligger planer
- Foreligger ikke planer

- Vet ikke

15. Kjenner du til om andre øyeavdelinger i Norge har innført oppgavedeling innenfor AMD-behandling?

- Ja
- Nei

Forarbeid og evaluering av gjennomført oppgavedeling

16. Hva var bakgrunnen for at oppgavedeling ble gjennomført?

Sett gjerne flere kryss.

(Besvares kun dersom det har vært gjort oppgavedeling ved din avdeling)

- Fjerne flaskehalsar
- Kapasitetsproblemer
- Økonomi
- Mer effektiv pasientbehandling
- Reduserte ventetider
- Kvalitetsforbedring
- Mer effektiv arbeidsflyt
- Personellsituasjonen gjorde det nødvendig
- Tekniske fremskritt muliggjorde det
- Ikke aktuelt
- Annet

Ved bruk av valget 'annet', beskriv gjerne her

17. Kom initiativ til oppgavedeling fra ledelse eller faggrupper?

(Besvares kun dersom det har vært gjort oppgavedeling ved din avdeling)

- Ledelse
- Faggrupper
- Begge
- Ikke aktuelt

18. Hvilke forberedelser ble gjort før endringen?

Sett gjerne flere kryss.

(Besvares kun dersom det har vært gjort oppgavedeling ved din avdeling)

- Intern opplæring
- Ekstern opplæring
- Utdanning
- Nyansettelser
- Hospitering
- Bygningsmessige endringer
- Innkjøp av utstyr
- Endret pasientforløp
- Risikovurdering
- Ikke aktuelt
- Annet (ved bruk av valget 'annet', beskriv gjerne her)

19. Er oppgavedelingen blitt skriftlig evaluert?

Besvares kun dersom det har vært gjort oppgavedeling ved din avdeling

- Ja
- Nei
- Vet ikke
- Ikke aktuelt

20. Hva opplever du har vært effekten av oppgavedeling?

Sett gjerne flere kryss.

Besvares kun dersom det har vært gjort oppgavedeling ved din avdeling

- Færre flaskehalser
- Økt kapasitet
- Økonomisk gevinst
- Mer effektiv pasientbehandling
- Redusert ventetid
- Kvalitetsforbedring
- Mer effektiv arbeidsflyt
- Økt pasienttilfredshet
- Frigjort tid til andre gjøremål for noen faggrupper

- Økt jobbtilfredshet
- Ikke aktuelt
- Annet

Ved bruk av valget 'annet', spesifiser gjerne her

21. Hvilke barrierer/utfordringer møtte dere i planleggingsfasen?

Besvares kun dersom det har vært gjennomført oppgavedeling ved din avdeling

22. Hvilke barrierer/utfordringer møtte dere i implementeringsfasen?

Besvares kun dersom det har vært gjennomført oppgavedeling ved din avdeling

23. Hva mener du kan være med å **fremme** oppgavedeling i Øyeavdelinger?

24. Hva mener du kan være med å **hemme** oppgavedeling i Øyeavdelinger?

Mange takk for at du tok deg tid til å besvare spørreundersøkelsen!

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Helsepersonells erfaringer med oppgavedeling relatert til behandling av AMD pasienter i spesialisthelsetjenesten»

Bakgrunn og formål

Jeg er mastergradsstudent ved Universitetet i Bergen, på studiet «Helseledelse, kvalitetsutvikling og helseøkonomi». I forbindelse med min mastergradsoppgave ønsker jeg å se nærmere på helsepersonells erfaringer med oppgavedeling relatert til behandling av AMD pasienter. Til daglig er jeg sykepleier ved Øyeavdelingen Haukeland Universitetssykehus og fattet interesse for denne problemstillingen når jeg ble oppmerksom på den sterke økningen i AMD pasienter og utfordringer alle øyeavdelinger står ovenfor i den forbindelse. Oppgavedeling presenteres som et aktuelt verktøy til å møte utfordringene med, og betyr at oppgaver som tradisjonelt har vært utført av en yrkesgruppe overføres til en annen yrkesgruppe etter opplæring og kvalitetssikring.

Jeg henvender meg til en mindre og en større øyeavdeling for intervju, og til avdelingsledere ved øyeavdelinger for telefonintervju.

Jeg vil svært gjerne intervjuer både sykepleiere, leger og ledelse ved avdelingene for å få frem ulike perspektiv.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Intervju av leger og sykepleiere ved en mindre og en større øyeavdeling:

Deltakelse i studien innebærer å sette av ca 30 min til et intervju som vil foregå på din arbeidsplass. Spørsmålene vil omhandle dine synspunkt på oppgavedeling generelt, og spesielt relatert til AMD-behandlingsforløp. Under intervjuet ønsker jeg å gjøre lydopptak som vil bli slettet så snart jeg har transkribert det som ble sagt, personene som deltar vil bli anonymisert. Årsaken til dette er å kunne bruke tildelt intervjutid mest mulig effektivt. Dersom du kan tenke deg å delta men ikke ønsker lydopptak vil jeg likevel svært gjerne snakke med deg.

Telefonintervju (eller spørreskjema) med ledere ved landets øyeavdelinger:

Deltakelse innebærer å sette av ca 10-15min til et telefonintervju, spørsmålene vil omfatte oppgavedeling ved din avdeling.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun meg og min veileder vil ha tilgang til datamaterialet, og senest ved prosjektets slutt vil alle data bli slettet. Intervjuobjektene vil bli anonymisert i oppgaven, men det kan ikke utelukkes at noen kan gjenkjennes da intervjuene foregår blant en relativt liten gruppe innen et fagmiljø.

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen 26.02.2016.

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 trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt!

Mona Nordvik, maut@helse-bergen.no, Tlf dagtid: 55974126, Mobil: 40870307

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien 41329;

«Helsepersonells erfaringer med oppgavedeling relatert til behandling av AMD pasienter i spesialisthelsetjenesten»

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg samtykker til å delta i intervju på arbeidsplassen

Jeg samtykker til å delta i telefonintervju (ledere)

Jeg samtykker til å delta i spørreundersøkelse

VEDLEGG 3

Intervjuguide semistrukturerte intervju

Introduksjon og intervjupersonenes bakgrunn ved avdelingen

Generelt om oppgavedeling

- Har du noe forhold til ordet 'oppgavedeling', hva vil du legge i begrepet?
- Er det forskjell på oppgavedeling og delegering?
Hvordan? Eksempler?
- Hvordan jobber dere her; er det mest teamarbeid eller mer selvstendig arbeid i hver yrkesgruppe?
- Hvilke yrkesgrupper samarbeider du mest med? Hvordan fungerer samarbeidet?
Er det noen overlapping i funksjon/oppgaver mellom dere?
- Hvordan opplever du din yrkesrolle i dag, har det vært noen endringer over tid?
Oppgaver, ansvar, myndighet, arbeidsfordeling
- Endring i oppgavefordelingen – er det noen områder i arbeidshverdagen du tenker dette kunne være en fordel? Har det ført til noen ulemper? Hvorfor/hvordan?
- Har du erfaring med å få eller gi fra deg oppgaver som tidligere tilhørte en annen yrkesgruppe?
Hva opplevde du var bakgrunnen for endringen?
Hvor kom initiativet fra?
Var du involvert i beslutningen?
Planlagt eller tilfeldig gliding over tid?
Fordel/ulemper?
- Kan endringer i oppgavefordeling påvirke innflytelsen/balansen mellom yrkesgruppene på noe måte? Mellom ledelse og fagfolk?
- Hva tror du kan være årsaker til at oppgavedeling er tatt i bruk i større grad ved enkelte øyeavdelinger og andre i mindre grad? Suksessfaktorer?

AMD

- Kan du si litt om de utfordringene du opplever avdelingen står ovenfor i forhold til den økende pasientgruppen med AMD?
- Hvilke utfordringer gir dette deg som fagperson?
- Hvorfor/hvordan? Kort sikt/lang sikt? Faglig/organisatorisk?
- Hvordan er AMD forløpet organisert her? Hvem er involvert? Hva opplever du er flaskehalsen?
- Er det innført noen endringer i oppgavedelingen mellom de ulike yrkesgruppene her?
- Tror du det kunne være nyttig? Hvor/hvem/hvordan? Har det vært foreslått eller diskutert i faggruppen?
- Noen steder er det innført intravitreale injeksjoner utført av øyesykepleiere. Er det noe som har vært vurdert her? Hvorfor/hvorfor ikke?
- Hva er utfordringene /hinder?
- Hva kan være gevinsten?
- En endring som gir økt kapasitet, frigjør legetid, opprettholder kvalitet – hva tror du kan bidra til at dette spres sakte blant øyeavdelingene i Norge?

De som har vært med på oppg.deling:

- Hvorfor ble oppgavedeling tatt i bruk akkurat i AMD-forløpet?
- Initiativ fra ledelse eller fagfolk?
- Hva mener du er gevinst og utfordring ved en slik endring?
- Har du opplevd noen utfordringer ved innføringen av en slik endring?
- Påvirkning på arbeidsmiljøet?
- Påvirkning på jobbtilfredshet/motivasjon?
- Var dette ønsket velkommen av fagmiljøet eller ønsket man andre løsninger?
- Har det gitt ønsket gevinst? Evt andre effekter? Skepsis?
- Har det frigitt legetid som forespeilet?
- Hvorfor tror du dere har fått til god oppgavedeling her i avdelingen? Hvorfor tror du dere var tidlig ute?

Kompetanse/profesjon

- Hva tror du kan være med å hemme/fremme oppg.deling i øyefaget fremover?
- Er det noe som skulle tilsi at øyefaget egner seg spesielt godt eller dårlig for oppgavedeling?
- Forutsetninger?
- Utvidede ansvarsforhold – faglig forsvarlighet. Hva legger du i dette? Risikomoment?
- I forhold til hvem som kan utføre hvilke oppgaver, er det praktiske ferdigheter eller formelle kvalifikasjoner som er viktigst?
- Gi fra seg oppgave vs tilføres en oppgave – ulike perspektiv. Ledelse / fagfolk.

Utenfor sykehuset

- Er det samarbeid med øyehelsetjeneste utenfor sykehuset? Avtalespesialister / optikere
Hvordan / gi eks/ hvorfor ikke
- Fremtidig rollefordeling innen øyehelse?



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Inger Lise Teig
Institutt for global helse og samfunnsmedisin Universitetet i Bergen
Postboks 6165
5892 BERGEN

Vår dato: 15.01.2015

Vår ref: 41329 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 19.12.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

41329	<i>Helsepersonells erfaringer med oppgavedeling relatert til behandling av AMD pasienter i spesialisthelsetjenesten</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Inger Lise Teig</i>
Student	<i>Mona Benedicte Nordvik</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende 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, 28.02.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

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

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no