

Oppgavedeling og kompetanse.

Hva er utløsende årsak til oppgavedeling ved Revmatologisk poliklinikker?

Hvordan kan ledere kvalitetssikre kompetansen til sykepleierne ved oppgavedeling?

Kristin Selseng Soltveit

Masteroppgave i
Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi



Universitetet i Bergen
Det medisinske fakultet
Institutt for global helse og samfunnsmedisin

juni 2019

Forord

Dette har vært en spennende reise, fra tanken om hva jeg skulle skrive om og hele prosessen frem til ferdig oppgave. Læringskurven har vært bratt og jeg har fått mye nyttig kunnskap og erfaring jeg kan ta med meg videre.

Jeg vil takke min veileder Inger Lise Teig for god veiledning og oppmuntring underveis. Du klarer alltid å få meg til å grave dypere i materialet mitt.

Vil og takke Helse Bergen som har gitt meg muligheten til å gjennomføre en master i helseledelse ut fra deres lederutviklingsprogram. Takk til min leder Alf Henrik Andreassen som har latt meg sitte hjemme for å skrive i perioder og for at han villig stilte opp til intervju som en del av mitt prosjekt.

Så ikke minst takk til mine fantastiske kollegaer ved revmatologisk dagpost og poliklinikk, dere har hatt tro på meg og oppmuntret meg hele veien.

En spesiell takk til lederne ved revmatologisk avdeling ved St.Olavs, Sørlandet sykehus og Haukeland sykehus, som villig tok imot meg til intervju. Det var veldig inspirerende og lærerikt. Takk og til alle sykepleierne som tok seg tid til å svare på spørreundersøkelsen min i travel hverdag. Uten deres villighet hadde det ikke blitt noe materiale til min oppgave.

Sist og ikke minst, takk til venner og familie som tålmodig venter på at jeg skal bli litt sosial igjen. Takk spesielt til min kjære mann Kenneth Soltveit som hjelper meg når dataen klikker, gitt meg opplæring i bruk av Excel og lest gjennom korrektoren av oppgaven. Du er min beste venn og støttespiller.

Kristin Selseng Soltveit

Innholdsfortegnelse

Oppgavedeling og kompetanse. _____	I
Forord _____	II
Innholdsfortegnelse _____	III
Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved UIB _____	V
Dissertation submitted for the degree of _____	VI
Master in Health Management, Quality Improvement and Health Economics in The University of Bergen _____	VI
1.0. Innledning _____	1
1.1 Tema og bakgrunn _____	1
1.2 Problemstilling _____	4
1.3 Forskningsspørsmål _____	4
1.4 Avgrensning og oppgavens oppbygging _____	4
1.5 Annen forskning på område _____	5
2.0 Teori _____	10
2.1 Hva er oppgavedeling? _____	10
2.2 Profesjoner _____	12
2.3 Endringsledelse _____	14
2.4 Helsepolitiske føringer _____	16
2.5 Kompetanse _____	18
Kapitel 3 _____	20
3.0 Metode _____	20
3.1 Forforståelse _____	20
3.2 Vitenskapsteori og valg av metode _____	21
3.3 Datainnsamling _____	22
3.3.1 Intervju _____	22
3.3.2 Spørreundersøkelsen _____	24
3.4 Studiens pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet. _____	25
3.5 Etske refleksjoner _____	26
Kapittel 4 4.0 Presentasjon av funn _____	27
4.1 Funn ut fra kvalitativ metode _____	27
4.1.1 Oppgavedeling i revmatologisk poliklinikk. _____	28
4.1.2 Er EULARS anbefalinger vanlig praksis ved de revmatologiske poliklinikker? _____	33
4.1.3 Hvilke behov for kompetanse trenger vil innen revmatologi? _____	37

4.1.4 Økonomiske utfordringer ved kompetanseheving	47
4.2 Funn utfra kvantitativ metode:	49
5.0 Diskusjon og analyse	60
5.1 Bakgrunn for oppgavedeling	60
5.1.1 Påvirker «EULARS anbefalinger for sykepleiere» oppgavedeling?	61
5.1.2 Hva er utløsende årsaker til oppgavedeling i revmatologisk poliklinikk?	64
5.1.3 Påvirker profesjonenes autonomi oppgavedeling?	70
5.1.4 Hvordan sikrer ledere kvaliteten i kompetansen hos sykepleierne?	75
6.0 Avslutning	82
Referanseliste	85
Vedlegg:	1
Vedlegg 1	1
Vedlegg 2	3
Vedlegg 3	5
Vedlegg 4	6
Vedlegg 5	8



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

Oppgavens tittel og undertittel		Oppgavedeling og kompetanse.		
Hva er utløsende årsak til oppgavedeling ved revmatologiske poliklinikker? Hvordan kan ledere kvalitetssikre kompetansen til sykepleierne ved oppgavedeling?				
Forfatter Kristin Selseng Soltveit				
Forfatterens stilling og arbeidssted Seksjonsleder, Haukeland universitetssykehus, Revmatologisk avdeling.				
Dato for godkjenning av oppgaven		Veileder Inger Lise Teig		
Antall sider 88	Språk oppgave Norsk	Språk sammendrag Norsk	ISSN-nummer	ISBN-nummer
Sammendrag Bakgrunn: Revmatologi er et fag hvor det har skjedd mye nytt innen det medisinske. Disse nye behandlingsmetodene har ført til økt press ved Revmatologiske poliklinikker, som igjen fremtvinget oppgavedeling fra lege til sykepleier. Hensikt: Jeg ønsker å vite årsaken til at oppgavedeling er tatt i bruk ved revmatologiske poliklinikker og hvordan ledere kan sikre at kvaliteten i behandlingen er medisinsk forsvarlig ved oppgavedeling. Jeg ønsker også å vite hvordan ledere kan opprettholde kompetansen til sykepleierne. Materiale: Jeg har intervjuet ledere ved tre av de revmatologiske avdelingene i Norge. Jeg har sendt spørreundersøkelse til sykepleierne som jobber på poliklinikken ved disse tre avdelingene. Metode: Kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode. Jeg har brukt semistrukturert intervju av lederne, hvor intervjuet ble transkribert og kategorisert tematisk for analyse. Spørreundersøkelse med avkryssing og fritekstspørsmål. Som spørreundersøkelse ble Corporate Surveyor benyttet og svarene ble analysert ved hjelp av Excel. Begge metodene ble brukt til å belyse og diskutere problemstillingen og forskningsspørsmålene. Resultat: Oppgavedeling er vanlig praksis ved revmatologiske avdelinger og da ved overføring av oppgaver fra lege til sykepleier. Jeg ønsket å vite om oppgavedeling ble utløst ut fra felles europeiske anbefalinger for sykepleiere i revmatologiske poliklinikker, men materialet mitt viser at oppgavedeling har blitt utløst grunnet ressursmangel på leger og lange ventelister. Studiet mitt viser at både sykepleiere og leder mener sykepleierne har noe eget de kan tilføye i pasientbehandlingen. Effekten av oppgavedeling er at legene tar ansvar for å behandle de sykeste pasientene og sykepleierne tar de enkleste pasientene, slik blir ressursene best mulig utnyttet slik de ser det. Pasientforløp og teamorganiseringen ble også oppfattet som å kunne fremme oppgavedeling. Profesjonskamp var lite fremtredende i mitt materiale, men legene var delvis usikre på om kompetansen til sykepleierne var god nok. Konklusjon: Helsepolitiske føringer oppfordrer til økt bruk av oppgavedeling for å oppnå best mulig ressursutnytting å gi best mulig behandling til pasientene. Oppgavedeling ble utløst av medisinsk utvikling og ressursmangel, hvor man så seg nødt til å ta i bruk oppgavedeling. Grensene mellom profesjonene utfordres ettersom oppgaver og roller endres. Jeg fant at lederne var opptatt av å få en spesialutdannelse innen revmatologi og ikke nødvendigvis at sykepleierne trengte en master grad. Det å jobbe i team med forskjellige yrkesgrupper økte kvaliteten på pasientbehandlingen. De sykepleierne som ble brukt til oppgavedeling var de som hadde videreutdannelse innen revmatologi og lang erfaring.				
Nøkkelord Oppgavedeling, oppgaveglidning, EULARS anbefalinger, profesjon, profesjonskamp, endringsledelse og kompetanse				



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 Task-shifting and competence. What are the trigger causes of task-shifting in rheumatology? How can managers quality assure the competence of the nurses during task- shifting?				
Author Kristin Selseng Soltveit				
Author's position and address Head Nurse, Department of Rheumatology, Haukeland University hospital				
Date of prova		Supervisor Inger Lise Teig		
Number of pages 88	Language dissertation Norwegian	Language abstract English	ISSN-number	ISBN-number
<p>Summary</p> <p>Background Rheumatology is a subject where much new has occurred in the medical field. These new treatment methods have led to increased pressure at Revmatological polyclinics, which in turn forced task shifting from a doctor to a nurse.</p> <p>Purpose: I want to know the reason why task-shifting has been used by rheumatic outpatient clinics. And how managers can ensure that the quality of the treatment is medically justifiable by task-shifting. I also want to know how managers can increase and maintain the skills of the nurses.</p> <p>Material: Survey and interviews.</p> <p>Metods: Combination of qualitative and quantitative method. I have used semi-structured interviews of the managers, where the interview was transcribed and categorized thematically for analysis. Survey with check and free text questions. As a survey, Corporate Surveyor was used and the answers were analyzed using Excel. Both methods were used to elucidate and discuss the issue and the research questions.</p> <p>Results: Task-shifting is common practice in rheumatic departments and then on the transfer of tasks from the doctor to the nurse. I wanted to know if the task shifting was triggered by common European recommendations for nurses in rheumatic polyclinics, but my material shows that task shifting has been triggered due to lack of resources on doctors and long waiting lists. My study shows that both nurses and the leader believe that the nurses have something they can add to the patient treatment. The effect of task shifting is that doctors take responsibility for treating the sickest patients and the nurses take the easiest patients, so the resources are best utilized. Team organization were also perceived as being able to promote task sharing. Professional fight was not very prominent in my material, but the doctors were partly uncertain whether the competence of the nurses was good enough.</p> <p>Conclusion: Health policy guidelines encourage increased use of task-shifting to achieve the best possible resource utilization to provide the best possible treatment to patients. Task-shifting was triggered by medical development and resource shortages, where one had to use the task shifting. The boundaries between the professions are challenged as tasks and roles change. I found that the leaders were concerned with getting a special education in rheumatology and not necessarily the nurses needed a master's degree. Working in teams with different occupational groups increased the quality of patient treatment. The nurses who were used for task-shifting were those who had further education in rheumatology and long experience.</p>				
<p>Key word: Task-shifting, EULAR recommendations , professionalism, profession, leading change and competence.</p>				

Kapittel 1

1.0. Innledning

Vår tids medisin og behandling har ført til mye endringer i det norske helsevesen. Det skjer stadig noe nytt både med behandlingsmetoder og nye medikamenter, slik at oppgavene både til leger og sykepleiere er i stadig endring.

Revmatologi er et fag med mye endring når det gjelder behandling de siste årene. Faget har gått fra symptom og lindrings behandling til nye behandlinger som kan stoppe

sykdomsutviklingen. Det forskers mye innen feltet og nye dyre medisiner er tatt i bruk.

Europeiske behandlingsanbefalinger gir klare føringer som gjør at pasientene skal følges tettere og oftere for å finne rette medisinsk behandling. Dette kalles «treat to target» som anbefaler at det blir byttet til andre medikamenter med en gang pasientene får symptom på økt aktivitet i sykdommen. «Tight controll» gir anbefalinger om å følge pasientene tett for å sikre den beste behandlingen som gjør at sykdommen kan gå i «remisjon» som vil si at sykdommen ikke er aktiv og vil ødelegge ledd. Det er viktig å følge pasientene med tette kontroller med tanke på bivirkninger av de nye medikamentene. Disse anbefalingene fører til økt behov for tildeling av polikliniske timer ved revmatologiske poliklinikker.

Revmatologiske sengepostene har blitt veldig små rundt i landet og det meste gjøres på lavest mulig omsorgsnivå, det vil si poliklinisk og dagbehandling. Der er små avdelinger, men faget er stort da det favner alle auto immune sykdommer.

For å klare alle disse økte aktivitetene ved revmatologiske poliklinikkene, har ledere ved avdelingene innen revmatologi sett seg nødt til å jobbe kontinuerlig med oppgavedeling og kompetanseheving. Dette har gjort hverdagen som leder til en konstant tilstand av endringsledelse hvor ledere stadig må vurdere hva som er best utnyttelse av ressursene de har til rådighet.

1.1 Tema og bakgrunn

Jeg har jobbet innen revmatologi siden 1991 og har derfor vært med på de fleste endringene innen faget revmatologi. De revmatologiske avdelingene har gått fra avdelinger med store sengeposter hvor behandlingsmetodene har vært lindrende behandling med mange pleietrengende pasienter over til mer poliklinisk drift. Nesten all pasientbehandling foregår på dagtid og pasientene er ved avdelingen i korte perioder om gangen.

Tidligere når pasientene var innlagt over flere dager kunne både fysiske og psykiske temaer bli tatt opp, fordi du hadde bedre tid og kunne lettere fange opp hva pasientene trengte hjelp til. Nå har pasientene kortere tid på seg når de er til konsultasjoner ved poliklinikkene, og de har gjerne mange andre plager på grunn av sin sykdom som ofte ikke bare går på medisiner. Derfor er det viktig at behandling på lavest mulig omsorgsnivå ikke må gå på bekostning av den behandlingen pasientene fikk når de var innlagt på sengepostene. Siden avdelingene følger anbefalingene om «treat to target» og «tight control» vil pasientene trenge korte og oftere kontroller ved poliklinikken. Vi har og fått mange nye medisiner som har gjort pasientene våre mye friskere og med mindre ødeleggelse i leddene. Men ulempen ved disse nye medikamentene er gjerne bivirkninger som gjør at de må følges nøye opp med samtaler og blodprøvetaking. Det har gjort at legene har fått økt arbeidsmengde på poliklinikkene og mange av de pasientene som tidligere lå på sengepost skal behandles poliklinisk. Derfor er oppgavedeling av enkelte konsultasjoner og samtaler blitt delegert videre til sykepleierne. Samtidig har det blitt innført mange diagnoserettede pasientforløp hvor pasientene får møte hele teamet av yrkesgrupper i et fast forløp.

Kompetansen i sykepleieprofesjonen er en sentral faktor i muliggjøringen av overføring av arbeidsoppgaver fra leger til sykepleiere samtidig som faglig forsvarlighet blir ivaretatt innenfor de rettslige rammene.

En endring med bruk av oppgavedeling mellom helsepersonell kan gi bedre ressursutnyttelse og vil kunne redusere flaskehalser. Dette har ført til endring av oppgaver mellom de forskjellige yrkesgruppene, og jeg vil i denne oppgaven finne ut om det var EULARS anbefalinger som kom i 2011 som har ført til oppgavedeling eller om det kan være helt andre årsaker til oppgavedeling fra leger til sykepleiere. Jeg ønsker også å få belyst om anbefalingene blir brukt og om oppgavedeling er vanlig praksis ved tre av de utvalgte revmatologiske avdelingene.

EULAR er forkortelse av The European League Against Rheumatism. En organisasjon som representerer de som har revmatiske sykdommer, helsepersonell og vitenskapelig samfunn innen revmatologi i alle europeiske land. EULAR jobber for å forbedre behandling, forebygging og rehabilitering av revmatiske sykdommer. I 2011 ble anbefalingene for sykepleier oppgaver gitt ut og implementert i de forskjellige europeiske landene. «EULARS recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis» (Yvonne van Eijk-Hustings, 2011)

Målet for denne anbefalingen var å utarbeide kunnskapsbaserte anbefalinger for sykepleiernes rolle i behandling av kronisk inflammatorisk artritt. Bakgrunnen var de store ulikhetene i sykepleiernes funksjon og ansvarsområder i de ulike Europeiske landene. Anbefalingen ble laget av en arbeidsgruppe bestående av sykepleiere, revmatologer, psykologspesialister, psykiatere og pasientrepresentanter fra 14 Europeiske land. Ut fra dette ble det utarbeidet 10 anbefalinger:

1. Pasienter bør ha tilgang til oppfølging fra sykepleiere for å forbedre kunnskap om kronisk inflammatorisk artritt og behandling av denne under hele sykdomsforløpet.
2. Pasienten bør ha tilgang til sykepleiekonsultasjoner for å oppleve bedre kommunikasjon, kontinuitet og tilfredshet med behandlingen.
3. Pasienten bør ha tilgang til en sykepleieledet telefontjeneste for å fremme kontinuitet i behandlingen og gi fortløpende støtte.
4. Sykepleierne bør delta i den helhetlige behandlingen av sykdommen for å kontrollere sykdomsaktivitet, redusere symptomer og forbedre resultater som pasienten ønsker.
5. Sykepleierne bør identifisere, vurdere og ta opp psykososiale temaer for å redusere pasientens risiko for angst og depresjon.
6. Sykepleierne bør fremme mestringsstrategier slik at pasienten oppnår større grad av kontroll, mestringstro og egen styrke.
7. Sykepleiere bør utføre behandling og pleie som er i samsvar med nasjonale og lokale protokoller og retningslinjer.
8. Sykepleiere bør ha tilgang til og gjennomføre kontinuerlig opplæring for å forbedre og opprettholde kunnskap og ferdigheter.
9. Sykepleiere bør oppmuntres til å ta på seg utvidete oppgaver etter spesialisert opplæring og i henhold til nasjonale forskrifter.
10. Sykepleiere bør utføre intervensjoner og kontroller som en helhetlig behandling av sykdommen for å spare kostnad.

Kompetanse i sykepleieprofesjonen er en sentral faktor når oppgaver blir overført fra lege til sykepleiere og samtidig som faglig forsvarlighet blir ivaretatt. Derfor ønsket jeg å kartlegge hva ledere ved revmatologiske avdelinger mener om EULARS anbefalinger, oppgavedeling fra leger til sykepleiere og hvordan de planlegger og jobber med kompetanse ut mot

sykepleierne ved avdelingene. Min største interesse er ledernes holdninger til oppgavedeling, hvorfor oppgavedeling er tatt i bruk og praksis av oppgavedeling. Jeg ønsker også innsikt i hvordan de praktisk løser eller ønsker å løse kompetanseutvikling for å sikre faglig forsvarlighet.

1.2 Problemstilling

Oppgavedeling fra leger til sykepleiere. Er det EULARS anbefalinger for sykepleiere i poliklinikken som har ført til økt bruk av oppgavedeling eller er det andre utløsende årsaker? Hvordan kan ledere sikre kompetansen hos sykepleierne for å kunne ta over legenes arbeidsoppgaver ved revmatologiske poliklinikker?

Jeg vil konsentrere meg om sykepleieroppgavene ved poliklinikkene ved tre av de største revmatologiske avdelinger, siden det er her det praktiseres mest oppgavedeling.

1.3 Forskningsspørsmål

Hvordan påvirker EULARS anbefalinger innen revmatologi oppgavedeling mellom leger og sykepleiere?

Hva er utløsende årsaker til oppgavedeling ved revmatologiske avdelinger?

Påvirker yrkesutøvernes autonomi oppgavedeling?

Hvordan sikrer ledere kvaliteten i kompetansen hos sykepleierne ved nye oppgaver?

1.4 Avgrensning og oppgavens oppbygging

Jeg har i oppgaven fokusert på årsaken til oppgavedeling og vil prøve å finne ut om det er EULARS anbefalinger som har ført til oppgavedeling. Faget revmatologi har vært gjennom en stor medisinsk revolusjon, og utviklingen har gått fort. Denne medisinske utviklingen har sikket vært med på å utløse oppgavedeling ved revmatologiske poliklinikker. Fordi jeg har vært nødt til å begrense oppgaven vil ikke det medisinske aspektet være en del av oppgaven. Jeg ønsker å vite hva som har utløst praksis med oppgavedeling og videre hva som kan hemme og hvilke utfordringer som kan oppstå ved oppgavedeling. Det vil også være nyttig å se på praksis for oppgavedeling rundt på flere revmatologiske avdelinger. Da annen forskning på oppgavedeling har tatt for seg faglig forsvarlighet ønsker jeg å diskutere temaet kompetansen i sykepleiergruppen som har tatt over arbeidsoppgaver fra legene. Slik at kompetanse og kompetansebygging vil være noe av hovedtemaet jeg vil fokusere på i oppgaven.

Informantene er både leger og sykepleieledere men jeg har valgt å ikke merke dette spesifikt

når jeg tar sitat fra intervjuene.

I den kvantitative spørreundersøkelsen er det kun sykepleiere som har besvart.

I denne oppgaven vil jeg konsentrere meg om temaet oppgavedeling og kompetanse innen faget revmatologi. Jeg vil ikke ta opp medisinske behandlingsmåter, men fokusere på om sykepleiere har kompetanse nok til å overta oppgaver fra legene uten at det går utover kvaliteten og faglig forsvarlighet på pasientbehandlingen. Det vil da være naturlig å ta opp temaet som fagets autonomi og for å se om dette kan skape problemer og hindringer for oppgavedeling fra leger til sykepleiere.

Det hadde vært interessant å kartlagt kompetansen til alle sykepleierne som jobber med faget revmatologi, men det hadde blitt for omfattende. Derfor avgrenset jeg oppgaven til tre litt ulike avdelinger innen revmatologi for å kunne få mest mulig innblikk i hvordan avdelingene løser alle arbeidsoppgaver de er pålagt. Det hadde vært veldig interessant å hatt fokusintervju med sykepleierne for å kunne fått mer innsikt i deres syn på oppgavedeling og kompetanse, men på grunn av min begrensede tid satt av til forskning ville det blitt for tidkrevende.

Jeg ønsker med denne oppgaven å belyse at pasientene trenger en tverrfaglighet i behandlingen og ikke kun fokus på medisiner og sykdomsaktivitet. Pasienten er så mye mer enn sin kroniske revmatiske sykdom. Derfor vil jeg i oppgaven sette søkelyset på om oppgavedeling kun er fordi det er ventelister og mangel på personalet eller har sykepleierne noe bare de kan tilføre pasientene i deres behandling.

1.5 Annen forskning på område

Jeg har søkt i databaser som PubMed, Web of knowledge, Cochrane og Google for å finne studier og artikler om temaet oppgavedeling. Jeg har og søkt i bora.uib og uio sine databaser for å finne tidligere oppgaver om temaet. Ellers har jeg funnet mye stoff om temaet oppgavedeling/glidning når jeg har søkt på norske nettsider hvor det sies at oppgavedeling er en omfordeling av arbeidsoppgaver for bedre utnyttelse av personale som for eksempel ved en sykehusavdeling. Temaet oppgavedeling er ofte tema i artikler på sykepleierforbundet sine nettsider, og jeg fant en del om oppgavedeling under faggruppen innen revmatologi sin nettside. Nettsiden til legeföreningen har også gitt funn til mitt studie via artikler og diskusjoner om temaet oppgavedeling. Der har det ofte vært faglig forsvarlighet og paragrafer som har vært temaet.

Jeg brukte søkeord som oppgavedeling, jobbdeling, jobbglidning, sykepleiedrevet poliklinikk. På engelsk søkte jeg med ord som Task-shifting, skill-mix, role-delegation og task-substitution. Jeg har og søkt på ord som kompetanse og kompetanseøkning.

Helsedirektoratet har foretatt kartlegging av erfaring med oppgavedeling ved mange sykehus innen spesialisthelsetjenesten, da oftest ved poliklinikkene. For eksempel har sykepleierne selvstendig konsultasjoner ved mange revmatologiske poliklinikker. (Regjeringen.no)

I rapporten fra Helsedirektoratet «*Utdannet nok og utnyttet godt*» finnes det kunnskapsoppsummeringer fra primærhelsetjenesten på temaet oppgavedeling (Helsedirektoratet 2009). Der presiseres følgende: «*Sykepleiere leverer tilsvarende og i noen tilfeller bedre kvalitet enn legene når de tar over tradisjonelle legeoppgaver. Pasientene er mer tilfreds med behandlingen når den utføres av sykepleiere. De utfører lengre og flere konsultasjoner og oppfølginger. Sykepleiere utfører ofte flere undersøkelser per konsultasjon enn leger. Samtidig viser studiene at behovet for leger i mange tilfeller ikke reduseres. Legerressurser som blir frigjort fra enkelte tradisjonelle legeoppgaver brukes i stedet til mer tid på for eksempel mer kompliserte pasienter*». (Helsedirektoratet 2009)

Det er ikke så mye forskning på temaet oppgavedeling innen revmatologi, men noen abstrakter og artikler er skrevet om dette temaet.

Jeg skal videre beskrive disse og bruke dette til sammenligning med mitt empiri.

Jeg fant en abstrakt som tok for seg standardiserte anbefalinger for egne konsultasjoner for sykepleiere. Den ble utarbeidet av en ekspert gruppen fra 14 forskjellige land og flere yrkesgrupper var representert. Resultatet fra denne arbeidsgruppen ble de 10 anbefalingene som bygger på tidligere forskning. Det kan se ut som denne kan ha påvirket mye av oppgavedeling innen revmatologi (Yvonne van Eijk-Hustings, et al.2011).

En undersøkelse fra 2013 på pasienttilfredshet med sykepleiekonsultasjoner ved revmatologisk poliklinikk .Ved å gjennomføre en randomisert kontroll-studie fant de at det var en signifikant økning i pasienttilfredshet i den gruppen som hadde vært til konsultasjon hos en sykepleier kontra en lege over en periode på 21 måneder (Koksvik et.al 2013). Denne studien ble gjort ved revmatologisk avdeling ved St.Olavs i Trondheim.

Et samarbeidsprosjekt mellom kompetansesenteret inn revmatologi NRRK, Diakonhjemmet og St.Olavs som de kalte «*Jobbglidningsprosjekt-lege delegerte sykepleiekonsultasjoner i poliklinikk for pasienter med kronisk inflammatorisk revmatisk sykdom*». I denne studien hadde de som mål å beskrive innholdet i sykepleiekonsultasjonene og måle hvilke effekt den selvstendige sykepleierkonsultasjonen hadde for pasientene. I studien laget de sjekklister for innholdet i konsultasjonene i trå med EULARS anbefalinger (2011) slik at pasientsikkerheten ble ivaretatt. De hadde i etterkant fokusgruppeintervju med pasienten for å måle pasientens opplevelse av sykepleiekonsultasjonene. Denne randomiserte studien støtter opp under tidligere funn som viser at pasienter som blir fulgt opp ved sykepleidrevet poliklinikk er trygt

og effektivt ivaretatt. Denne studien viser at det er ingen signifikante forskjeller i sykdomsaktivitet målt med DAS 28, som er et mål for sykdomsaktivitet, mellom pasienter fulgt av sykepleier og pasienter fulgt av lege. (Koksvik et.al. 2013)

Ved Revmatologisk avdeling i Ålesund ble det høsten 2013 utarbeidet et prosjekt om jobbglidning og sykepleierkonsultasjoner. Bakgrunnen for dette prosjektet var at sykepleiekonsultasjoner var i tråd med EULARS anbefalinger og at tidligere studier fra St.Olavs viste positiv effekt av sykepleiekonsultasjoner i forhold til pasienttilfredshet. Andre årsaker til prosjektet var tilsyn fra fylkeslegen i helseregion Midt-Norge våren 2012 som avdekket dårlig kapasitet ved revmatologisk poliklinikk i Ålesund. Konklusjon på prosjektet er at revmatologisk avdeling er godt fornøyd med legedelegerte sykepleierkonsultasjoner og legene fikk frigjort tid til andre pasientgrupper (Mørkeseth 2013).

Kristine Hagelund (2009) publiserte i tidsskriftet sykepleien.no en artikkel med tittelen «*Sykepleiere kan gjøre legens jobb-bare opplæringen er god nok.*» med erfaring fra Revmatologisk avdeling Sykehuset Buskerud. Fra 2005 har sykepleierne ved dette sykehuset utført egne sykepleiekonsultasjoner som tradisjonelt har vært utført av leger. Årsaken var lange ventelister og ubesatte legestillinger. Pasientene fikk utlevert spørreskjema hvor de skulle svare anonymt på hvordan de opplevde sykepleiekonsultasjonene, der 97 av 117 ønsket videre sykepleiekontroller ved poliklinikken og kun 9 pasienter følte sykepleiekontrollene var dårligere når den ble utført av sykepleiere. (Sykepleien-03.2009)

Jackie Hill fra England har også forsket på temaet om oppgavedeling fra lege til sykepleier med mange publiserte artikler og bøker. Disse studiene omhandler sykepleiekonsultasjoner, der hun beskriver sykepleiernes oppgaver og ansvar. Studiene har sett på sykdomsaktivitet, pasienttilfredshet og kunnskapsnivået hos pasientene. Det viser seg at pasientene er minst like fornøyd med oppfølging hos sykepleiere kontra legeoppfølging. Alle pasientene oppnådde bedring i løpet av studiet, men pasientene som ble fulgt opp av sykepleier opplevde minst smerter og hadde høyere sykdomskunnskap. I England har de hatt sykepleiedrevet poliklinikk med egne sykepleiekonsultasjoner i over 20 år. (Hill 1994,1995,1997,2004)

Oppgavedeling/oppgaveglidning har vært tema på flere masteroppgaver den senere tid, så det er tydelig at dette er et tema som engasjerer flere. Jeg har lest flere av disse og fått inspirasjon til mitt eget arbeid. Jeg vil her ta et kort sammendrag av de oppgavene som jeg har funnet når jeg har søkt på oppgavedeling/oppgaveglidning.

I Nordvik sin masteroppgave (Nordvik 2016) viser hun at oppgavedeling i økende grad tas i bruk ved øyeavdelingene i Norge. Årsaken de oppgir for dette er kapasitetsproblem og økende etterspørsel etter kompetent personale til å gjennomføre AMD behandling (Nordvik 2016).

I Yttermo sin masteroppgave (Yttermo 2013) om oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten, der han fokuserer på om fysioterapeuter kan ta over noen av oppgavene til ortopedene. Der fysioterapeutene så fordelene med oppgaveglidning, da dette er nødvendig for å kunne løse oppgavene på sykehuset mest mulig økonomisk og gi god ressursbruk. Funnene viste også at tilliten mellom fysioterapeutene og ortopedene økte da de innførte oppgavedeling. (Yttermo 2013).

Sælid (Sælid 2013) tar for seg begrepet oppgaveglidning og hun finner at begrepet oppgaveglidning blir oppfattet som en rasjonell måte å benytte personalressursene i organisasjonen som kan gi bedre arbeidsflyt. Hennes funn tyder på at ressursmangel, både på tid og personell er den viktigste driveren. (Sælid 2013).

I sin masteroppgaven tar Kjesbu (Kjesbu 2015) opp temaet som omhandler de rettslige rammene for oppgavedeling, der han finner at det er gråsoner i hvilke oppgaver som utføres av leger og hvilke som utføres av sykepleiere. Hans funn synes som om den uformelle oppgavedelingen utvikles i perioder hvor lege ikke er tilgjengelig. Funnene viser til at kompetanse for sykepleierne er avgjørende for at faglig forsvarlighet ble ivaretatt ved oppgavedeling. (Kjesbu 2015).

I oppgaven «*Profesjonsgrenser i medisinsk bildediagnostikk. Tid for en ny arbeidsdeling?*» viser Vigeland (2010) at det avtegner seg et bilde av klassisk profesjonskamp hvor legene ønsker prinsipielt å holde på sin jurisdiksjon til hele det diagnostiske området. Legene ser likevel for seg utvalgte radiografer i begrensede diagnostiske roller. (Vigeland 2010).

I en kvalitativ case-studie om klinikers holdning til oppgaveglidning i Norge, finner man at oppgavedeling kan føre til fleksibilitet og en bedre utnyttelse av ressursene. Forutsetninger for vellykket oppgaveglidning er en aksept i det interne miljøet og at en slik endring er ledelsesforankret og at det sørges for god opplæring. (Lie 2017).

Mine funn viser mye av det samme som tidligere masteroppgaver der oppgavedeling er tema. Det er mangel på ressurser og for mange arbeidsoppgaver slik at oppgavedeling ble en naturlig løsning på dette. I mine funn har jeg funnet andre ting som også peker på at sykepleierne har noe å tilføye pasientene inn i pasientbehandlingen. Jeg fant at det tverrfaglige teamet rundt pasienten står i samsvar med helsepolitiske føringer som «pasientens helsetjenester». Jeg fant og i mitt studie at der var noe motstand mot oppgavedeling fra legenes siden, men ikke veldig mye motstand som lagde konflikter ved avdelingene. Det kom frem mest uro for om sykepleierne hadde den kompetansen de trengte for å ta over legenes arbeidsoppgaver.

EULARS anbefalinger har vært tema på flere artikler og studier de siste årene og ofte med vekt på pasienttilfredshet. I min studie har jeg gått mer inn på årsaken til oppgavedeling, hvordan pasientsikkerheten kan ivaretas når andre yrkesgrupper tar over arbeidsoppgaver. Videre har jeg sett på om sykepleierne har kompetanse til å ta over oppgaver fra legene. Jeg har også kartlagt noe kompetanse ved den kvantitative undersøkelsen min. Jeg har forsøkt å finne ut hvordan kompetanse kan økes uten videreutdanning ved høyskolene innen revmatologi. Jeg har i mitt studie sett på om profesjonskamp og fagenes autonomi har funnet sted og det viser seg at noe motstand fra legene har det vært men ikke påtrengende motstand. Oppgavedeling har funnet sted fordi der var mangel på ressurser og flere sykepleier fikk videreutdanning innen revmatologi. Disse sykepleierne er brukt inn i poliklinikkene med egne konsultasjoner.

Kapittel 2

2.0 Teori

2.1 Hva er oppgavedeling?

Oppgavedeling har vært en del av arbeidslivet i lang tid og det skjer ofte uten at en legger merke til det, men av og til kan det både provosere og føre til uenigheter. Et gradvis skifte i oppgavedeling mellom helsepersonell har vært en naturlig del av helsesektorens utvikling, slik at oppgavedeling ikke kan sies å være et nytt fenomen. Men de senere årene har en slik omfordeling av oppgaver blitt benyttet litt mer bevisst. (Frich 2016)

Rapporten utgitt av Brusselkontoret som er et konsulentselskap med spesialkompetanse på EU og EØS spørsmål.¹

Helsedirektoratet (2013, a) påpeker at en endret oppgavefordeling kan forstås som en formell, permanent overføring av enkelte kompetanseområder eller oppgaver fra en personellgruppe til en annen. En endret oppgavefordeling kan være et verktøy for å effektivisere tjenester, korte ned ventetid eller fjerne flaskehalser.

WHO var tidlig ute med omtale og definering av begrepet oppgavedeling. Der oppgavedeling defineres som en delegeringsprosess der oppgaver er flyttet til mindre spesialisert helsepersonell som kan føre til mer effektiv utnyttelse av tilgjengelig menneskelige ressurser (World Health Organization, 2007).

Oppgavedeling defineres ofte som en prosess der arbeidsoppgaver overføres fra en yrkesgruppe til en annen, en omfordeling av arbeidsoppgaver for bedre og utnytte ressursene (vertikal substitusjon) Fra 1. januar 2001 fikk vi felles Helsepersonell lov, hvor man tidligere hadde egne profesjonslover. Lovens formål er blant annet å bidra til sikkerhet og kvalitet i helse og omsorgstjenesten. Den gjelder for alt helsepersonell etter definisjon i Helsepersonell loven §3. Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie og omsorgs formål som utføres av helsepersonell. Dette åpner blant annet opp for mulighetene for oppgavedeling ved bruk av medhjelpere (§5) Hva den enkelte kan gjøre styres nå ut fra forsvarlighetsprinsippet i Helsepersonell loven §4 og §5 er tydelig på at den som delegerer har ansvar for at personalet

¹ «Nye oppgaver, nye roller- Europas helsevesen i endring» har de sett på utfordringene i det Europeiske helsevesen med økende krav til et moderne og fleksibelt helsevesen for pasientene. Rapporten retter spesielt fokus på oppgaveglidning/deling med hovedfokus på sykepleieprofesjonen. I rapporten er det tatt med situasjonen for flere land i Europa. Det som skiller de andre landene i forhold til Norge er at de har mangel på legerressurser, mens i Norge vil vi ha stor mangel på sykepleiere i fremtiden. (Brusselkontoret AS, Februar 2012)

det delegeres til har de nødvendige kvalifikasjoner og at det legges til rette for at disse kvalifikasjonene kan erverves. (Helsedirektoratet 2013, a)

Jeg har i oppgaven valgt å bruke begrepet oppgavedeling, men der er også andre ord for oppgavedeling som oppgaveglidning og jobbglidning. På engelsk er det ofte brukt task-shifting eller role-substitution. Grunnen til valg av begrepet oppgavedeling i oppgaven er at det ordet beskriver at en oppgave føres fra en profesjon til en annen, men oppgaven er den samme. Dette er en planlagt og ønsket overføring av oppgaver for å utnytte ressursene på en bedre måte. Det har gjerne vært noe som har gått gradvis etter hvert som kompetansen har økt hos andre yrkesgrupper enn de som vanligvis gjør disse oppgavene.

Oppgavedeling har alltid eksistert i helsetjenesten. Helsepersonell har tilpasset seg nye pasientgrupper og nye oppgaver, gjennom internopplæring eller videreutdanning. (Overlegen 1-2012)

Det kan skilles mellom fire typer oppgavedeling.

1. *Diversifisering*, hvor en faggruppe utvider sitt diagnostiske eller behandlingsmessige tilbud, for eksempel at medisinen tar i bruk og gjør hevd på diagnostisk bruk av ultralyd og kontrollerer andre yrkesgruppers bruk av teknologi.
2. *Spesialisering*, hvor noen medlemmer av en fagprofesjon tilegner seg en økt kompetanse innen en spesifikk del av faget, og hvor arbeidsdeling anerkjennes av profesjonen, for eksempel etablering av formelle spesialiteter eller kompetanseområder. I medisinen har spesialisering tradisjonelt vært assosiert med større profesjonell autonomi, høyere prestisje og bedre økonomiske betingelser. Sykepleiere har historisk sett mindre formelle systemer for spesialisering.
3. *Vertikal substitusjon*, på tvers av profesjons og yrkesgrenser, for eksempel at legeoppgaver delegeres til andre faggrupper (f.eks. sykepleiere eller fysioterapeuter).
4. *Horisontal substitusjon*, hvor personell med likt utdanningsnivå, men med ulik fagbakgrunn, utfører arbeid og oppgaver som normalt hører hjemme under den andre disiplinen. (psykologers rett til å skrive ut medisiner). (Frich 2012)

Når jeg videre i oppgaven snakker om oppgavedeling er det i hovedsak Vertikal substitusjon det henvises til. Det vil si at sykepleiere utvider sin rolle og kompetanse ved å ta over oppgaver som tidligere tilhørte legene. Selv om vertikal substitusjon kan utvide rollen eller oppgavene til en profesjon betyr det ikke at status og lønn øker tilsvarende.

Selv om sykepleiere kan ha egne konsultasjoner og gjøre andre legedelegerte oppgaver vil de ikke få samme status og finansielle goder som en lege. (Nancarrow og Borthwick, 2005).

2.2 Profesjoner

I valg av teori har jeg valgt å bruke litteratur fra profesjonssosiolog Andrew Abbott sin bok «The system of Professions». Den er skrevet i 1988 men like aktuell i vår tids diskusjon om profesjoner, hvor Abbott beskriver de generelle trekk ved profesjoners dynamikk. Morlander og Terum sin bok «Profesjonsstudier» (2013) har også gitt viktig innsyn i temaet om profesjoner.

Det er vanlig å omtale profesjoner som yrkesgrupper som har en autonomi i utføring av sine arbeidsoppgaver. Det vil si at de er i en viss grad selvstyrende yrkesgrupper, det som forventes å styre deres virksomhet er en mer eller mindre eksklusiv fagkunnskap og en yrkesetikk. Profesjoner er yrker med bestemt kobling til høyere utdanning og forskning hvor det er strenge krav om at undervisningen skal være forskningsbasert. Når en yrkesgruppe beskriver seg selv som profesjon, uttrykker den et selvbilde og de prøver å overbevise andre om sin betydning. Profesjoner er yrker som har oppnådd en profesjonell status (Molander-2013).

Profesjonsautonomi har tradisjonelt handlet om legers kliniske frihet og frihet for legene som gruppe til å ta hånd om sitt yrke. Historisk sett er kollektiv autonomi blitt ivaretatt av legeföreningen med en fagforeningsprofil der den norske legeförening ble stiftet i 1886. Legeloven kom i 1927 hvor legene skulle autoriseres av staten. Legeloven ble stående frem til 1982, da det kom en ny legelov. I 2001 ble legeloven avløst av en felles helsepersonell lov, og med den forsvant legenes faglige autonomi som et beskyttende profesjonskjennetegn. (Haave 2012).

Sykepleieryrket har ikke vært kjennetegnet av faglig autonomi i den grad som legeyrket. De startet som hjelpere av legene i det den medisinske utvikling økte. Norges første sykepleierutdanning startet i 1868 ved Diakonissehuset i Oslo. Stort sett var utdanningen mellom ett og to år, og sykepleierne som hadde startet Norsk sykepleierforbund i 1912 ønsket en treårig utdanning som kunne gi de en autorisasjon. (NSF historie, nsf.no)

Andrew Abbott sier om profesjoner: «... professions are exclusive occupational groups playing somewhat abstract knowledge to particular cases. » (Abbott, 1988, s.8)

Han påpeker at profesjoner har visse typer trekk som anvendelse av spesialkunnskap, utdanning og opplæring, eksaminasjon, formelle krav og etiske retningslinjer (Abbott 1988). Andrew Abbot har et systemorientert syn på profesjoner og han mener at det å definere profesjoner var å se dem i relasjon med hverandre. Når man studerer profesjoner er det viktig å fokusere på relasjonene mellom dem og spesielt det som skjer i skjæringspunktet mellom profesjonene. Profesjoner eksisterer i et dynamisk system som stadig er i endring og det er samhandling mellom profesjonene som er selve drivkreftene i profesjonsutviklingen. (Abbott 1988)

Profesjoner er gjensidig avhengig av hverandre og en endring i en av profesjonene vil få konsekvenser for en eller flere andre profesjoner. Han beskriver at hver fagprofesjon ønsker primært full og eksklusiv jurisdiksjon over sitt eget fagområde. Han beskriver Florence Nightingale og hennes opprinnelige visjon og ønske om sykepleiefaget som en selvstendig og uavhengig profesjon, likestilt med den medisinske. Men Nightingale møtte mye motstand blant medisinerne på den tiden. (Abbot 1988)

Det sentrale aspektet ved profesjoner slik Abbott ser det, er båndet mellom yrket og en bestemt oppgave. Jurisdiksjon betyr at yrket har myndighet eller kompetanse i juridisk forstand til å utføre en bestemt oppgave. (Molander 2013, s.48)

Abbott fremhever at det er forskjell på akademisk og praktisk kunnskap, og i de fleste profesjoner er de praktiske oppgavene forankret i et akademisk kunnskapssystem. I følge Abbott (1988) er det hovedsakelig to måter en profesjon sikrer seg kontroll over et arbeidsområde eller en oppgave, enten gjennom teknisk basert kontrollsystem eller teoretisk basert kontrollsystem (Abbott 1988). På det teknisk baserte kontrollsystemet ligger det å ha kontroll i selve teknikken eller den praktiske utførelsen av oppgaven. Dette kontrollsystemet benyttes ofte av yrkesgrupper med mindre utdanning og akademisk kunnskap. Det teoretisk baserte kontrollsystemet ligger kontrollen i kunnskap og ikke i teknikken. Her er den teoretiske og den akademiske kunnskapen som ligger til grunn for den praktiske utførelsen av oppgaven. Det er denne kunnskapen profesjonene bruker for å legitimere hvorfor bestemte oppgaver tilhører deres jurisdiksjon. Slik at i en konkurranse om oppgaver mellom en profesjon som baserer seg på det tekniske og en som baserer seg på det teoretiske, vil den førstnevnte tape. Abbott begrunner dette med at kunnskap og teori er selve valutaen i en slik konkurranse eller byttehandel om oppgaver. (Abbott 1988)

For å forstå mer av profesjonsbegrepet kan man se på to aspekter, det organisatoriske aspektet og det performative aspektet (Molander 2013). Der det organisatoriske aspektet fokuserer på hvordan et yrke er organisert og tar utgangspunkt i den eksterne og interne kontrollen over

profesjonens arbeidsoppgaver. Monopol er en slik form for kontroll. Når en profesjon kan reservere bestemte arbeidsoppgaver for personer med en viss type utdanning, gir det profesjonen en eksklusivitet. Arbeidsoppgavene er forbeholdt en spesifikk yrkesgruppe som gjør at profesjonen blir markedsregulert og ved å kontrollere adgangen til oppgavene, kontrollerer man også tilbudet av tjenester (Molander 2013). I det organisatoriske aspektet er autonomi et viktig element. Profesjonen har en intern kontroll som gjør at de har en stor grad av autonomi i utførelsen av arbeidsoppgavene. På grunn av den kunnskapen de forvalter er det profesjonene selv som definerer hvordan arbeidsoppgavene skal utføres (Molander 2013). Det kan og sies at profesjoner er et politisk konstruert yrke, da staten gir en yrkesgruppe myndighet til å ivareta bestemte arbeidsoppgaver på vegne av fellesskapet. (Molander 2013) Det performative aspektet fokuserer på profesjonens handlinger og utførelse av arbeidsoppgaver. Der den profesjonelle er dyktig eller erfaren på et spesielt område og i utførelse av sine oppgaver. Profesjonen anvender sin kunnskap systematisk på enkelttilfeller hvor skjønn blir en nødvendighet fordi tilfellene kan ha forskjellig egenart og situasjon som er vanskelig å standardisere. Profesjonsutøvelse skal ikke være tilfeldig men rettferdig og lik. (Molander 2013)

Det er ikke gitt at enhver arbeidsoppgave kun kan utføres av en profesjon og ingen andre (Abbott 1988) For eksempel finnes det oppgaver som tidligere ble utført av andre enn de som utfører de i dag, slik som intravenøs behandling som tidligere var en legeoppgave. Dette utføres nå kun av sykepleiere (Frich 2016).

Om befolkningen skal oppfatte sykepleiere som underordnet medisinere, må de også tro og akseptere at legene vet og kan mer enn sykepleierne på det medisinske felt. Abbot mener legestanden så langt har lyktes i arbeidet med å opprettholde dette bildet. «*The public fiction survives that only doctors can do certain things, when nurses and others are in fact doing them all over the professional world*» (Abbot 1988 s.68).

2.3 Endringsledelse

I helsesektoren har det vært gjentatte endringer for å møte utfordringer på økonomisk og strukturelle områder, spesielt etter 2001 når sykehusene fikk innsatsstyrt finansiering og enhetlig ledelse. Dette førte til at ledere fra å være medisinsk orientert måtte ha kunnskap om økonomi og inntjening. Det blir stadig nye behandlings metoder, nye dyre medisiner og nye endrede oppgaver for profesjonene i helsesektoren.

Sykehusene går under betegnelsen profesjonelle byråkratier som kjennetegnes av at mye av den formelle makten er lagt på den operative kjernen, hvor arbeid som utføres der av den operative er ofte kompleks og svært vanskelig å vurdere for andre enn spesialistene og da ofte legene. Endring kan derfor bli vanskelig da de profesjonelle i mange tilfeller har egeninteresse av å opprettholde den status en spesiell kunnskap gir. Endring skjer ofte først når faget har utviklet ny kunnskap gjennom forskning og utvikling. Det som driver frem endring er en forståelse av at noe kan gjøres bedre eller at organisasjonen står over et problem som må løses. (Jacobsen 2018)

Endringsledelse kan defineres som å mestre utvikling av endringskapasitet i organisasjonen samt å kunne iverksette og lede utviklingsprosesser (Klev og Levin 2009).

Endringsledelse i kunnskapsbedrifter som i spesialisthelsetjenesten skiller seg fra ledelse i en produksjonsbedrift. Det vil være andre rammebetingelser for ledelse og det at faglig kyndighet settes opp mot myndighet, gir spesielle utfordringer i ledelse av ekspert organisasjoner. Profesjoner har en stor grad av autonomi og dette kan påvirke endringsprosesser i helsevesenet (Strand 2007).

I boken «Ledelse, organisasjon og kultur» presenterer Torodd Strand en teori om organisasjonsform som ledelsesbetinget og deler inn i fire typer organisasjoner: byråkratiorganisasjon, ekspertorganisasjon, gruppeorganisasjon og entreprenørorganisasjon. Sykehus er typisk ekspertorganisasjon og kjennetegnes ved lavt hierarki med arena for faglig autonomi og spesialisering hvor de behandler komplekse problemer. Lederrollen i en ekspertorganisasjon er tett knyttet til rollen som fagkyndig hvor leder blir vurdert etter faglig resultat og status de har i fagmiljøet. Profesjonelle er selvgående, de trenger lite instruksjoner og mål fra andre og ledelse er ikke alltid etterspurt. (Strand 2007)

Ledelse i ekspertorganisasjoner kan være krevende da ledere må kombinere det faglige arbeidet og administrativ ledelse som skal ivareta organisasjonens behov for styring og ressursfordeling. Fagfolk vil ofte litt motvillig forholde seg til administrative detaljer som budsjettammer og målstyring. Ledere i ekspertorganisasjon må sørge for å oppnå faglig legitimitet og avgjørelser må ofte grunngis med faglige eller fagpolitiske argumenter (Strand 2007).

Det at fagfolk er lite villige til å forholde seg til administrative forhold eller av noen som helst ledelse er viktig å huske ved ledelse av profesjonelle i helsevesenet. Fordi Disse faktorene kan være med på å påvirke endringsprosesser spesielt når det gjelder å flytte på oppgaver som tidligere er utført av andre profesjoner (Strand 207).

2.4 Helsepolitiske føringer

Stortingsmelding nr.11 er veldig tydelig på at det er «Pasientens helsevesen» og ikke «helsetjenestens pasienter». Norske sykehus er komplekse profesjonelle arenaer der helsepersonell med forskjellige utdannelser og tilhørighet kontinuerlig utfordres til samarbeid. Sammen skal helsepersonell svare på samfunnets forventninger om tilgjengelighet, kvalitet og profesjonalitet. Der kommer stadig nye politiske krav og rettigheter om mer helse for hver krone. På det medisinske området skjer det stadig en rivende utvikling innen diagnostikk og medisinsk behandling hvor det etableres tilbud til stadig nye pasientgrupper. Fagpersonell må stadig orientere seg der gamle arbeidsoppgaver forsvinner samtidig som nye kommer inn. Statssekretær Anne Grethe Erlandsen sier i innlegg til Helsekonferansen: «Dette handler om å lage en ny nasjonal helse og sykehusplan. Det handler om å skape pasientens helsetjeneste, der vi flytter makt til pasientene, der kvalitet og sikkerhet er i grunnlaget, og der vi må sørge for at vi er rustet til å møte framtidige behov og nye løsninger» (Regjeringen.no 2014. Helse og omsorgsdepartement sendte Juni-2013 et brev til Helsedirektoratet med «Oppdrag om oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten». Der står det «En endret oppgavefordeling mellom helseprofesjonene kan bidra til mer hensiktsmessig utnyttelse av personellressurser, frigjøre tid til mer spesialiserte oppgaver samt fjerne flaskehals og gi mer effektiv pasientbehandling». I oppdraget er det spesielt nevnt fysioterapeuter og sykepleiere / leger i oppfølging og kontroll på poliklinikker. (Helse og Omsorgs Department -13) Nasjonal helse og sykehusplan har seks hovedområder og mål: Styrke pasienten, prioritere tilbudet i psykisk helse og rusbehandling. At vi har nok helsepersonell med riktig kompetanse. Bedre kvalitet på helsetjenestene og økt pasientsikkerhet. Det må være mer bruk av oppgavedeling og godt samarbeid mellom sykehusene. Regjeringen vil gi pasientene sterkere innflytelse. Helsetjenesten skal i større grad innrette seg etter pasientens behov. Dette betyr større forutsigbarhet og kortere ventetid. Pasientopplevd kvalitet er like viktig som medisinsk kvalitet. Hvor vi må bruke pasientenes evne til å mestre egen sykdom, noe som er en medisin som brukes for lite. Hovedutfordringen fremover blir å skaffe nok folk med riktig kompetanse i helsetjenesten. (Sykehustalen 2019) Bernt Høye har i sin årlige sykehus tale gitt klare instruksjoner til sykehusene hvor han påpeker at pasienten skal behandles som et helt menneske og ikke en diagnose. Hvor pasienten skal være en aktiv partner i sin egen behandling. Der skal skreddersys behandlinger slik at pasientene får pasienttilpasset medisin. Det som er viktig for pasientene er at de blir tatt imot av helsepersonell som har kompetanse til å lytte til pasientene og kartlegge hva de egentlige

problemene er. Videre ønsker helseministeren at de fleste pasientene skal få behandling på dagtid for å slippe lange og belastende sykehusopphold. Det er systemene og fagfolkene som hittil har definert hvordan tjenestene skal organiseres, og det skjer ikke alltid ut fra pasientenes behov (Sykehustalen 2019).

Helsevesenet i Europa står ovenfor en rekke utfordringer. Økonomiske vanskelige tider skaper press på statsbudsjetter, demografisk utvikling gir en dramatisk økning i antallet eldre pasienter, og teknologiske nyvinning skaper, foruten muligheter, utfordringer knyttet til brukskompetansen hos helsepersonell. I tillegg øker kravene til et moderne og fleksibelt helsevesen hos pasientene. For å imøtekomme disse utfordringene har vi sett et økende fokus på oppgaveglidning i helsesektoren (Brusselkontoret-2012).

I 2008 ble finansieringen av offentlig somatisk spesialpoliklinikker lagt om fra et takstbasert finansieringssystem gjennom NAV, til en innsatsstyrt finansiering (ISF) gjennom de regionale helseforetakene. Ved takstbasert finansiering ble det i praksis håndtert slik at så lenge en lege sto som behandler og ansvarlig, ble takster og egenandel innkrevt uavhengig av hvilke helsepersonell som faktisk foresto konsultasjonen. Ved omlegging til innsatsstyrt poliklinikk la myndighetene en strikt fortolkning av helsepersonellkravet slik at kun konsultasjoner og behandling utført av leger gav rett til refusjon. Dette førte til innskrenking av antall konsultasjoner og behandlinger som gav rett til refusjon (Seierstad 2009).

I 2009 ble disse reglene betydelig endret som åpnet for at andre enn leger kunne utløse refusjon. Dette fordi regelverket for ISF poliklinikk og «forskrift om utgifter til poliklinisk legehjelp» kom i konflikt med et uttalt helsepolitisk ønske og krav til foretakene om å benytte rett kompetanse på rett plass. I praksis vil det si å unngå og bruke en dyr og begrenset ressurs, som legehjelp ofte er, der andre helsepersonellgrupper kan yte helsehjelp like godt eller kanskje bedre. Det ble derfor i 2009 åpnet for at sykepleiere kunne kreve refusjon (DRG) for noen av oppgavene de gjorde, men i begynnelsen svært lite refusjon. Dette fordi vurderingen av hvilke DRG som utløste refusjon for sykepleiere ble gjort på historiske datasett hvor sykepleiekonsultasjonene var kamouflert som legekonsultasjoner etter gammel registreringspraksis. (Seierstad 2009). Fra 01.01.2010 ble det åpnet opp for refusjon for egne sykepleiekonsultasjoner ved poliklinikkene, noe som er viktig da moderne poliklinikker organiseres med utgangspunkt i tverrfaglig team. (Helsedepartementet 2009). Det siste som er foreslått er helsepersonellnøytralitet i DRG-systemet alt fra 2020.

2.5 Kompetanse

Jeg har i oppgaven valgt å bruke Linda Lai (2013) sin teori på strategisk kompetanseledelse, da denne teorien ligger til grunne for «Handlingsplan for forskning og utviklingsplan i sykepleiertjenesten ved Haukeland universitetssykehuset. Når jeg videre søkte på ordet kompetanse var det veldig ofte Lai ble brukt som teori.

Lai presenterer i sin bok om strategisk kompetanse styring (2013) metoder for planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak for å sikre organisasjonen og den enkelte medarbeider nødvendig kompetanse. Forfatteren peker på at det å være kompetent ikke nødvendigvis er likt med det å ha høy kompetanse, men det betyr at man har anvendbar og riktig kompetanse for de oppgavene man skal håndtere (Lai 2013).

Kompetanse er et komplekst og sammensatt begrep som angår oss alle. Linda Lai (2013) gir i sin bok «Strategisk kompetanse styring» en definisjon på kompetanse: Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål. Begrepet omfatter både formell (utdanning)- og realkompetanse (erfaring) (Lai 2013).

Begrep som kjernekompetanse, endringskompetanse, handlingskompetanse, tverrfaglig kompetanse og samhandlingskompetanse kan forstås ut fra kunnskap, ferdigheter, evner og holdninger. Kompetanse handler om å være i stand til. Kompetanse er ikke egenskap, men må sees i forhold til situasjoner, mål og krav. Kompetanse reflekterer totalpotensialet en person har for å yte og utvikle seg (Lai 2013).

Kunnskap er det man vet eller tror man vet. Kunnskap er informasjon eller faktakunnskap, antakelser om årsakssammenheng og relasjoner eller kunnskap om konkrete prosedyrer eller problemløsningsmetoder. En stor del kompetanse er «taus», det vil si vanskelig å måle og sette ord på. Taus kunnskap deles og spres gjennom å jobbe tett sammen med kilden, observere, imitere, prøve og feile. Man erfarer i praksis og får tilbakemelding fra den som har den tause kunnskapen. Det er ikke bare kunnskap som kan være taus men også ferdigheter, evner og holdninger (Lai 2013).

Ferdigheter kan defineres som evnene til å utføre komplekse, velorganiserte handlinger på en smidig og tilpasningsdyktig måte for å nå definerte mål. Ferdigheter er knyttet til konkret og praktisk handling som kan utvikles gjennom øvelse over tid. Kunnskap, evner og holdninger påvirker muligheten til å tilegne seg ferdigheter, men har i seg selv liten verdi hvis de ikke kommer til uttrykk gjennom konkret adferd (Lai 2013).

Evner er egenskaper som påvirker muligheter til å utføre en oppgave, tilegne seg og anvende ny kunnskap. Gitt at evner representerer et relativt stabilt fundament hos en person vil det være en utfordring å la en medarbeider få de beste forutsetninger for å utnytte sine evner. En persons evner bør derfor tillegges vekt ved utvelgelse til nye og endrede oppgaver (Lai 2013). Holdninger er ofte underfokusert og kunnskap overfokusert i kompetansearbeid. Holdninger kan være avgjørende for om man er i stand til å være med på endring, handle riktig, se ut over sine egne oppgaver og samhandle med andre. Mestring, tillit til egen kompetanse er holdning som har betydning for motivasjon til å lære mer og gjøre en ekstra innsats økt kompetanse. Holdning til å hjelpe en kollega til å bli god, viljen til å være fleksibel og tilpasningsdyktig. En kompetent person er ikke bare avhengig av kunnskap og ferdigheter men og hvilke holdninger personen har til nye og endrede oppgaver som ledere og arbeidsplass tilbyr og er ønsket (Lai 2013).

Helsedirektoratet (2013, a) påpeker at tilstrekkelig antall og optimal sammensetning av helsepersonell er helt avgjørende for kvalitet og kapasitet i helsetjenestene. I norske sykehus arbeider mange ulike profesjoner og alle bidrar med sin kompetanse. I noen tilfeller er kompetansen unik for profesjoner men ikke alltid. Yrkesgruppene må jobbe tettere i team på tvers av profesjoner slik at kompetansen til den enkelte profesjon blir utnyttet maksimalt (Helsedirektoratet 2013 a).

Kapitel 3

3.0 Metode

Ordet metode betyr i sin greske opprinnelige form «et veivalg som fører til målet» (Kvale, 1997) Alle metodiske valg er gjort for å kunne besvare problemstillingen på best mulig måte. Det dreier seg om å samle inn, analysere og tolke data. Dette er en sentral del av empirisk forskning.

3.1 Forforståelse

De fleste temaer kan en ha en forforståelse for som vil påvirke tolkning og oppfattelse av resultater og forskning. Forskerens forforståelse kan blant annet bli formet av personlig bakgrunn og erfaring. Dette vil kunne påvirke hvordan man former prosjektet med hensyn til tema, metode, teori og analyse.

Egne erfaringer, synspunkt og kunnskap om forskningsfeltet kan både ha positive og negative sider. Det kan bli negativt dersom jeg som forsker blir forutinntatt når jeg tolker informantene sine utsagn. Den positive er at god innsikt og kunnskap om forskningsfeltet kan være nyttig for grunnlaget til mitt studium. Da min lange erfaring fra fagfeltet revmatologi og interesse og engasjement i temaet jeg har forsket på er positivt. Samtidig kan en forforståelse overdøve den kunnskapen og funnene det empiriske materialet. Dette er noe som må være fokuset for meg som forsker under drøftingen av forskningsspørsmålene mine.

Forforståelse er en viktig side av motivasjonen for mitt valg av tema for oppgaven, da dette har mye med min hverdag som leder ved en revmatologisk poliklinikk og dagpost. Jeg har erfaring innen faget tilbake til 1991 og er godt kjent med de andre avdelingen innen revmatologi rundt i landet. På tross av min forforståelse ønsket jeg å være åpen for at svarene jeg fikk kunne vise noe annet enn det jeg på forhånd hadde tenkt.

Når jeg i intervjuene spør ledere om de følger de EULARS anbefalingene for sykepleiere i poliklinikken kan det være at de ønsker å svare bekræftende på dette. Dette er alltid en utfordring når forsker og de som er informanter kjenner godt til hverandre, og vi samtidig skal samtale om en anbefalt måte å drive en poliklinikk på. Som leder ønsker en alltid å drive avdelingen på beste mulig måte og etter faglige anbefalinger. Det kan bli en svakhet i svarene fra lederne hvor svarene kan farges av et ønske å gi et bilde av en avdeling som fungerer. Dette kan bli spennende å se på i drøftingen om det kommer frem noe av dette i svarene jeg får gjennom intervjuene og spørreundersøkelsen.

Mitt utgangspunkt for dette arbeidet er å kunne få noen gode innspill og tanker for å bygge videre på ved avdelingen jeg er leder for.

3.2 Vitenskapsteori og valg av metode

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke både kvalitativ og kvantitativ metode for å få frem flere sider av problemstillingen. Jeg vil da kunne dra nytte av begge metoders styrker og minske noe av svakhetene da metodene utfyller hverandre og vil gi et godt innblikk på temaet som skal belyses. Da dette er en oppgave med mest vekt på oppgavedeling, ledelse og kompetanse ønsket jeg å vite mer hva lederne sitt syn på dette er.

Jeg har valgt semistrukturerte intervju som styres av de temaene jeg ønsker å få informasjon fra og har fokus på respondentenes erfaring og opplevelse av hvert enkelt tema. Fordelen da er at svarene er sammenlignbare fordi alle respondentene har svart på de samme spørsmålene på temaene. Her er det mulig for forsker å spørre mer utdypende og få en god dialog med informanten. Du vil da kunne innhente mer informasjon ved denne metoden fordi du kan komme med oppfølgingsspørsmål underveis. Det vil også være lett å bruke sitat fra intervjuet. Semistrukturerte intervju vil si delvis strukturert og beskrives som en samtale mellom forsker og respondent der samtalen er styrt av forsker. For å kunne stille relevante spørsmål er det nødvendig med god teoretisk kunnskap om feltet, det mener jeg som forsker å ha på grunn av min lange erfaring ved revmatologisk avdeling.

På forhånd har jeg laget en intervjuguide med en plan for tema som skulle diskuteres med utgangspunkt i problemstillingen og forsknings spørsmål. Spørsmålene er tematisk strukturert og jeg har brukt båndopptaker til intervjuene så jeg kan være mest mulig fri til å lytte til informanten. Alle intervjuene har blitt transkribert ordrett rett etter intervjuene.

Da mitt valg var å intervjuere ledere ved revmatologisk avdeling innen spesialisthelsetjenesten på ulike sykehus, var det ikke mitt valg hvor intervjuene skulle foregå. Derfor hadde jeg ingen føringer på hvor intervjuene skulle foregå på de forskjellige sykehusene. Intervjuene ble utført på grupperom ved avdelingene, dette er nøytrale rom brukt til samtale og møter.

Jeg har valgt å ikke merke om de jeg intervjuer er mann eller kvinne, om de er nivå 2 eller 3 ledere og om de er sykepleieledere eller lege ledere. Dette fordi vårt fagfelt og våre avdelinger er så små og alle kjenner til hverandre, og fordi jeg har valgt at lederne svar skal være anonymisert har jeg kun merke de som Leder 1, Leder 2 osv.

Jeg valgte å bruke en Survey spørreundersøkelse som er en kvantitativ undersøkelse, dette fordi jeg hadde noe erfaring med dette programmet fra et pasienttilfredshets prosjekt jeg tidligere hadde gjennomført. Kvantitativ forskning er en betydelig bidragsyter innen

forskningsbasert kunnskap, da den er spesielt egnet til å kartlegge, se på sammenhenger, belyse årsak-virkning og måle effekt av tiltak. Sentralt i kvantitativ forskning er bruk av spørreskjema og da spesielt survey undersøkelser. (Dragset et al.2009)

Da jeg ønsket å finne ut av rutiner, måter å organisere seg på, retningslinjer og anbefalinger som ble brukt og hvilke kompetanse som fantes blant sykepleierne som jobbet ved revmatologiske poliklinikker valgte jeg en spørreundersøkelse. Dette fordi en spørreundersøkelse på mail gjør at du vil få svar fra en større mengde sykepleiere enn om du skulle samle grupper av sykepleiere til gruppeintervju.

Survey undersøkelsen ble laget ved god hjelp av avdeling for pasientundersøkelse ved Haukeland universitets sykehus. Der jeg fikk gode tilbakemelding og hjelp til å utformet spørsmålene. Jeg har og benyttet meg av et fritekstspørsmål i spørreundersøkelsen slik at det der og vil være noen kvalitative besvarelser.

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til alle sykepleierne som jobbet ved poliklinikkene der jeg intervjuet lederne. Den ble sendt som en lenke fra min PC og er derfor helt anonym og jeg kan ikke se hvem som har svart på undersøkelsen. Jeg sendte i første omgang ut til 50 sykepleiere og der kun 20 hadde svart på undersøkelsen. Da dette var litt for liten svarprosent ble spørreundersøkelsen sendt ut enda en gang, der jeg fikk noen få svar til. Ut fra min prosjektplan hadde jeg satt som mål å få minst 30 sykepleiere som svarte på undersøkelsen. Derfor sendte jeg ut spørreundersøkelsen til noen sykepleiere ved tre andre poliklinikker innen revmatologi. Dermed ble spørreundersøkelsen sendt ut til 65 sykepleiere og ut fra de 65 fikk jeg 36 besvarelser.

Kvantitativ undersøkelse innen forskning er spesielt egnet til kartlegging, belyse årsaker og finne noen fakta. Og jeg mener at disse svarene vil gi meg en god innsikt og kartlagt noen fakta om kompetanse, selv om det kun var 36 som svarte. Kvantitativ forskning kartlegger at noe skjer, mens kvalitativ forskning avdekker mer hvordan og hvorfor ting skjer.

3.3 Datainnsamling

3.3.1 Intervju

Hvorfor denne metoden?

Jeg ønsket å bruke intervju for å kunne få en mer bred dialog med lederne for å kunne komme mer til kjernen av problemstillingen jeg har satt som tema for oppgaven. Jeg valgte å reise til de andre avdelingene slik at jeg samtidig og kunne se hvordan de gjennomførte den daglige driften ved sine avdelinger. Ved å bruke intervju kommer man nær de man forsker på og kan bruke kontrollspørsmål underveis for å kunne være sikker på at informanten har svart på det

som ligger til grunne i spørsmålene.

Intervjuene ble transkribert fortløpende etter hvert intervju for å gjøre materialet tilgjengelig for analyse. Å transkribere betyr å transformere fra muntlig tale til skriftlig tekst (Kvale & Brinkmann 2009). Jeg valgte å transkribere selv, for å få godt innblikk i og kjennskap til mitt materialet.

Jeg valgte å intervjuere ledere ved tre av de revmatologiske avdelingene i Norge. Hovedregelen for utvalg i kvalitativ intervjustudie er at man velger informanter som av ulike grunner vil kunne uttale seg på en reflektert måte om det aktuelle temaet (Tjora 2013). Dette viste seg å bli mer krevende enn først antatt, da ledere ikke alltid er lett å få kontakt med og er veldig travle. Jeg brukte et helt år på å innhente de dataen jeg hadde planlagt, da både forsker som er leder har en travel hverdag og de andre lederne likeså. Det var viktig for meg å ha klare avtaler da jeg var avhengig av å fly til disse sykehusene. Fra disse tre sykehusene har jeg valgt ut nivå 2 og 3 ledere til intervju. Det ble til sammen 6 intervjuer.

Jeg laget en kort presentasjon om oppgavens innhold og formålet med intervjuet. Sendte deretter forespørsel om informantene var villige til å la seg intervjuere på deres arbeidsplass. Jeg har valgt ut tre revmatologiske poliklinikker innen spesialisthelsetjenesten som er ganske ulike. Det er St.Olavs som har driver en stor poliklinikk og en liten sengepost. Sykehuset Sørlandet i Kristiansand som ikke har hatt egen sengepost siden 2006, men har en stor poliklinisk drift. Til slutt avdelingen på Haukeland sykehus som inntil nylig har hatt en stor sengepost men etter hvert en større poliklinikk. Dette for mer å se bredden og forskjellene. Siden alle avdelingene er små, så måtte jeg ta utvalget fra avdelinger rundt i landet.

Jeg forsto fort at jeg hadde laget mye ekstra arbeid fordi jeg måtte avklare intervjuene i god tid på forhånd, og det var viktig å få begge intervjuene på samme dag ved sykehusene. Da vi er små avdelinger og som i min situasjon hvor jeg er alene som sykepleieleder ved avdelingen, er det alltid lærerikt å treffe andre ledere som jobber med akkurat det samme som deg selv. Derfor ble dette en lærerik prosess hvor møtene med informantene var med på å skape ny kunnskap. Jeg opplevde at informantene var engasjerte og åpne for temaet som ble presenter i intervjuene.

Hvordan gikk jeg fram ved innhenting av funn i den kvantitative undersøkelsen?

Jeg sendte mail med informasjon om prosjektet mitt til lederne på de tre utvalgte sykehusene. Mail adressene til nivå 2 lederne fikk jeg av nivå 3 lederne ved avdelingen, da jeg har kontakt med disse via vår faggruppe innen revmatologi. Jeg innhentet mailadressene til sykepleierne via sykepleielederne ved poliklinikkene.

3.3.2 Spørreundersøkelsen

Jeg valgte å bruke en elektronisk spørreundersøkelse «Corporate Survey» for å få inn tall på hvor mange som praktiserer oppgavedeling og bruker EULARS anbefalinger. Ut fra denne kvantitative undersøkelsen kunne jeg kartlegge kompetanse, finne ut hvor og hvordan sykepleierne innhentet kunnskap.

Hvorfor denne metoden?

Ved å bruke en elektronisk spørreundersøkelse kan den distribueres til store utvalg, og er lite ressurskrevende i forhold til tidsbruk og økonomi. Samtidig gir en survey-undersøkelse med spørreskjema mulighet for respondenten å være anonyme. På grunn av de geografiske avstandene mellom disse sykehusene og forskerens hverdag i klinikken, kunne jeg få flere svar ved en elektronisk spørreundersøkelse.

Jeg valgte ut sykepleiere som jobber ved poliklinikkene til tre av sykehusene innen de statlig drevne sykehusene. Dette fordi oppgaveglidning blir praktisert ved poliklinikkene og ikke i noen særlig grad på sengepostene.

Jeg valgte ut i utgangspunktet sykepleierne ved de tre avdelingene jeg og skulle intervju lederne med semistrukturert intervju. Dette for å kunne sammenligne om svarene fra sykepleierne sto i forhold til ledernes tanker og ønsker. Men fordi det da kun var 30 sykepleiere som kunne sendes ut til og du ikke kan regne med at alle respondenter svarer fant jeg et utvalg av sykepleier fra Ålesund sykehus, Førde sykehus og ellers noen sykepleiere ved andre revmatologiske poliklinikker. Jeg sendte da ut spørreundersøkelsen til i alt 56 sykepleiere som jobber ved revmatologisk poliklinikker.

Hvordan gikk jeg frem?

Jeg laget et infoskriv som fulgte med spørreundersøkelsen, som sa at de ved å besvare denne spørreundersøkelsen dermed gav samtykke til å delta. Siden denne undersøkelsen ble sendt ut helt anonymt kunne jeg ikke i etterkant slette noen av besvarelsene hvis de angret. Først fikk jeg kun 20 svar, noe som er relativt lite i en kvantitativ undersøkelse. Jeg sendte den ut for andre gang med uthevet skrift at de som hadde svart tidligere skulle se bort fra denne henvendelsen. Jeg fikk da 36 besvarelser, som er greit nok for å kunne si noe om hvordan vi jobber ved revmatologiske poliklinikker i landet.

Jeg fikk råmaterialet fra spørreundersøkelsen i programvaren Excel. Ut fra råmaterialet laget jeg grafer som ofte kan gi et mer visuelt svar av funnene, da mye av informasjonen kan bli litt borte med kun skrift og tall.

3.4 Studiens pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet.

Som hovedkriterier for god kvalitet i kvalitativ forskning benyttes ofte begrepene pålitelighet, gyldighet og generalisering som brukes som indikatorer på studiets kvalitet (Tjora 2013).

Jeg har valgt ut nivå 2 og 3 ledere ved de tre avdelingene, slik at en strategisk utvelgelse av intervjuobjekt har også betydning for intervjuets kvalitet som kunnskapskilde. Slik at svarene til mine intervjuobjekt i kraft av deres stilling vil svarene bli et gyldig og pålitelig bidrag til oppgaven.

Forskningens reliabilitet(pålitelighet) knytter seg til vurderingen av dataens kvalitet og til selve fremgangsmåten bak datainnsamlingen. Slik at hvis noen andre skulle stille de samme spørsmålene som jeg har spurt ville de fått de samme svarene. Da jeg er godt kjent med på miljøet og temaet jeg forsker på, vil det være umulig å være helt nøytral. For å sikre reliabilitet er det derfor viktig å beskrive strategi, metode og analyse samtidig som jeg reflekterer over dette fakta at jeg som forsker kan påvirke data på grunn av min bakgrunn som sykepleier og leder. Det at både informantene og forsker er åpen og engasjer i temaet som ble tatt opp vil øke kvaliteten på data som skapes i denne dialogen. Det er viktig at det kommer frem hva som er forskers tolkning og hva som er svarene ut fra informantenes utsagn. Jeg har brukt diktafon under intervjuene og transkribert de ordrett, noe som kan styrke studiets pålitelighet. Dette komme tydeligere frem i metode kapitlet.

Gyldighet (validitet)peker på om man har undersøkt det man skulle undersøke. I kvalitative forskningsintervjuer er forskeres kompetanse og egnethet avgjørende for data som skapes. Dette handler om hva slags konklusjoner forskeren kan trekke fra datamaterialet som er samlet inn. Jeg tenker at ved å ta intervju av ledere på to forskjellige nivå og sykepleiere på flere avdelinger har gjort at mine funn representerer mange med ulik erfaring og kompetanse som gjør at mine funn er valide. Jeg tenker at mine funn er tatt ut fra både kvalitative og kvantitative materiale kan vise at konklusjonen på min forskning kommer ut med er både riktig og gyldig. Det viser at innsamlede data gir svar på forskningsspørsmålene.

Forskningsresultatenes generaliserbarhet er knyttet til den analytiske prosessen og handler om å få en utvidet forståelse av de fenomen som studeres. (Leseth 2018). Generalisering handler om i hvilken grad funnene i en undersøkelse kan ha relevans for andre enn det utvalget som er med i studiet (Tjora 2013). Jeg vil tro at mine funn på oppgavedeling og kompetanse kan være overførbare til andre selv om jeg har konsentrert meg om det revmatologiske faget og de anbefalinger som ligger til grunne for dette faget.

3.5 Etiske refleksjoner

Forskere må forholde seg til etiske prinsipper og retningslinjer i sitt forskningsarbeid. I følge Tjora (2013) vil det alltid være etiske betraktninger i forbindelse med de ulike datagenereringsmetodene og en slags etisk sans bør ligge til grunn i all forskning. Aspekter som tillit, konfidensialitet, respekt og gjensidighet vil prege kontakten vi har med våre informanter. Hvordan vi oppfører oss blant folk påvirker kommunikasjonen der og da. Mye av etikken i forbindelse med intervjuer er knyttet til presentasjon av data og da mest med tanke på anonymisering av funn. (Tjora 2013).

Da det er lite sensitive og personlige spørsmål som går på de som privatperson, men mer spørsmål om hvordan man løser ting praktisk som ledere. Jeg har heller ikke berørt sensitive ting som går direkte på noen pasienter eller pasientgrupper i intervjuene.

På bakgrunn av dette har jeg ivaretatt informantene med at alt material fra intervjuene er anonymisert. Ledere ved de tre avdelingen fikk en skriftlig henvendelse fra meg før studiet startet med informasjon om tema på masteroppgaven og hva jeg ønsket å innhente fra ledere og sykepleiere. Skjema ligger som vedlegg.

Survey spørreundersøkelsen er sendt ut helt anonymt, hvor man ikke kan spore tilbake hvem som har svart. Datamaterialet er håndtert konfidensielt og alt vil bli slettet når forskningen er ferdigført og oppgaven er levert. Informantene har fått skriftlig informasjon om studiet på forhånd og alle som var med i den kvalitative intervju studiet har skrevet under på et samtykkeskjema. Skjema ligger som vedlegg.

Innsamling og oppbevaring ble søkt godkjent hos Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) og det ble godkjent. Godkjenningen ligger som vedlegg og godkjenningen er forlenget. På bakgrunn av det overnevnte og at oppgavens tema er å anse som lite sensitivt, er det ikke tatt andre etiske hensyn enn personvern i dette studiet.

Kapittel 4

4.0 Presentasjon av funn

I dette kapittelet vil jeg presentere funn fra den kvalitative intervju delen og den kvantitative spørreundersøkelsen i tematisk rekkefølge. Jeg vil først presentere funn ut fra intervjuene med ledene ved de tre avdelingene jeg har valgt ut, dette for å kunne svare på om det er EULARS anbefalinger for sykepleiekonsultasjoner som har ført til oppgavedeling eller om det er andre utløsende årsaker til oppgavedeling. Noe av fokuset i den kvalitative delen vil være hvordan ledere jobber med kompetanseøkning til sykepleierne når de skal ta over oppgaver fra en yrkesgruppe med høyere utdanning. Blir kompetanseøkning prioritert i en travel hverdag med trange budsjett? Det vil også være naturlig å ta med yrkesutøvernes autonomi som kan påvirke oppgavedeling.

Deretter vil jeg ta for meg den kvantitative undersøkelsen for å kunne diskutere og sammenligne om svarene til lederne (kvalitativ forskning) og sykepleiernes svar i den kvantitative spørreundersøkelsen kan gi meg svar på oppgavens forskningsspørsmål. Med bruk fra både de kvalitative og kvantitative funnene vil jeg tro at jeg har godt grunnlag til å diskutere forskningsspørsmålene.

4.1 Funn ut fra kvalitativ metode

Jeg har valgt ut to ledere fra hver av de tre avdelingene, hvor fire av disse er leger og to av de er sykepleiere. Hvilke yrkestittel de har var ikke tema, men kun at de var enten nivå 2 eller 3 ledere ved avdelingen og ansvarlige for drift og fag ved avdelingene. De blir betegnet som Leder1, Leder2 osv. Grunnen til dette er at revmatologi er et lite fagfelt hvor vi alle kjenner hverandre og da for å unngå at de som leser oppgaven kan gjenkjenne hva de forskjellige ledere har svar i intervjuet. Jeg har sagt i prosjektplanen at informantene mine skal kjenne seg ivaretatt og at svarene er anonyme. Da min forskning går på oppgavedeling og kompetanse, og ikke spesielt på ledelse og ledernes hverdag mener jeg det ikke er så relevant om de var sykepleiere eller lege ledere.

Jeg har valgt å dele opp funnene etter spørsmålene jeg brukte under intervjuene. Samtidig vil forskningsspørsmålene trekkes frem for å se om jeg kan besvare de via mitt empiri.

4.1.1 Oppgavedeling i revmatologisk poliklinikk.

Helsedirektoratet har foretatt kartlegging av erfaring med oppgavedeling ved mange sykehus innen spesialisthelsetjenesten, da oftest ved poliklinikkene. For eksempel har sykepleierne selvstendig konsultasjoner ved mange revmatologiske poliklinikker. (Regjeringen.no)

Ut fra kartlegging av oppgavedeling utført av helsedirektoratet i 2013 kom det tydelig frem at oppgavedeling ble brukt ved revmatologiske poliklinikker. Temaet oppgavedeling fra lege til sykepleier har vært mye diskutert på fagseminarer og beskrevet i flere artikler de siste årene innen revmatologi. Da temaet for min forskning og oppgaven er om oppgavedeling er det et godt utgangspunkt for mine forskningsspørsmål at alle seks ledere svarer bekreftende på at dette er et kjent begrep.

Det mener jeg og har hatt lenge. Minst i 10 år, og det har blitt tydeligere etter årene som har gått og et påtrykk og styringssignal at du må løse oppgavene med det mannskapet du har som utgangspunkt og ikke hele tiden tenke at du har en for lite. (Leder 3)

Mitt materiale viser at oppgavedeling er vanlig praksis ved revmatologiske poliklinikkene, da praksis med bruk av oppgavedeling fra lege til sykepleiere.

Det er vanlig praksis og utstrakt bruk og hele tiden prøvd å finne ut hvor grensen går(Leder1)

Oppgavedeling har ofte vært tema innen fagfeltet revmatologi og det er skrevet en del artikler og innlegg om dette temaet. Derfor var det ikke uventet at alle informantene benyttet seg av oppgavedeling fra lege til sykepleiere ved poliklinikkene. Noen avdelinger har lenger erfaring med dette, og temaet har gjerne vært mer diskutert i faggruppen for sykepleierne enn hos legene.

Det med oppgavedeling fra lege til sykepleier har vi benyttet oss av lenge. Og vi er enig om at det løser problemene vi har hatt med lange ventelister. At sykepleierne tar de enkleste pasientene som er stabil og med behov for oppfølging (Leder 4).

Skjedd gradvis, men mest merkbart de siste 4-5 årene (Leder2).

Ja, det har vi gjort siden 2006. Og da går det i større grad ut på at sykepleierne får utvalgte pasienter og problemstillinger, og gjennomfører konsultasjoner som kanskje en relativt ny LIS (lege under spesialisering) lege gjør. Det faglige ansvaret ligger hos meg som øverste leder.

Det er aldri noen sykepleier som utad må stå til ansvar for noe. Alle notater som lages signeres av meg som leder eller en annen lege. Sykepleierne skriver selv notatet og bruker mye GTI (Leder 3).

Helsepolitiske føringer er tydelig på at pasientene skal møte et team med forskjellig kompetanse når de møter helsevesenet. Helseminister Bernt Høye er tydelig i sin sykehustale når han sier at pasienten skal behandles som et helt menneske og ikke en diagnose

(Sykehustalen 2019). Mine funn finner at revmatologiske poliklinikker jobber ut fra teamtanken for å kunne bruke hver yrkesgruppe sin styrke og kunnskap. Diagnoserettet pasientforløp kan være den beste måten å tenke team arbeid på, og jeg finner at dette er satt i system ved revmatologiske poliklinikker. Ut fra funnene finner jeg at alle de tre avdelingene har tatt i bruk pasientforløp med flere yrkesgrupper involvert i pasientbehandlingen.

*I prinsippet har vi 3-4 **pasientforløp** hvor pasientene blir satt i et system hvor de over et år blir introdusert til kontroller og da kan pasienten selv bestemme når de vil til fysioterapeut og ergoterapeut. Etter en erfaring ut fra en spørreundersøkelse vi hadde for noen år siden som vi kalte «bruker til bruker» Det ente ut med tre ting, et brukerutvalg og at de kunne komme til kontroll når de selv ville og fast lege hver gang. Dette har fungert greit. Vi har **pasientforløp** om biologiske medisiner. Vi har hele tiden vært i en **team** prosess, **team** poliklinikk, **team** dagpost, **team** sengepost og **team** kompetansesenter, hvor man prøver å jobbe litt på tvers av yrkesgrupper. Dette har gått litt opp og ned. (Leder 3)*

*Det jobbes jo begge deler, det jobbes mye i **team**. Noen enheter mer **team** enn andre. Men tanken er å jobbe i **team**. Vi har ingen avansert teammodell, men mener du jobbe tverrfaglig, er svaret betinget ja, for eksempel rehabilitering. (Leder 6)*

Disse svarene viser til at man innen revmatologi jobber mye ut fra team og da med bruk av flere yrkesgrupper.

I min forskning ville jeg vite om det var EULARS anbefalinger som har utløst oppgavedeling ved revmatologiske poliklinikker, men mine funn viser at det er ord som ressursmangel, økte oppgaver og mer travelt som utpeker seg som de mest utløsende årsaker til oppgavedeling. Grunnen var opprinnelig på grunn av **ressursmangel**, at man måtte bruke de folkene man har til de oppgavene man har. I dag ser vi på det som hensiktsmessig for å få avdelingen til å gå. For å tilfredsstille resultatindikatorerne som ventetid. Og pasientene etter hvert gir uttrykk for at de ønsker å komme til **forskjellige helsepersonell** som tar opp flere ting. Konsultasjonene hos legene føler de er mer irrelevant for de tar ikke opp de tingene som pasientene har på hjerte. (Leder 3)

*Det går litt på at legene har fått det **mer travelt og økt antall oppgaver**. Og vi har sett det mest hensiktsmessig å fordele noe av arbeidet til sykepleierne. Og så har sykepleierne delegert litt av sitt arbeid til hjelpepleierne g kontorpersonell. (Leder 2)*

*Det er ut fra hensiktsmessige betraktninger. Vi har de **ressursene** vi har, og hvert år får vi forventninger til effektivisering. Og da må vi utnytte de **ressursene** vi har på best mulig måte. Da må vi se hvem som best kan løse oppgavene. Fordele slik at noen yrkesgrupper ikke får for mye belastning i forhold til andre. Det går på kompetanse og opplæring, da for å få rett*

kompetanse. (Leder 6)

*Tror det først og fremst er at sykehuset hele tiden har tenkt på det og på mulighetene, ikke minst på vår avdeling. Vi har fått innovasjons pris to år på rad 2006 og 2007 på hvordan vi organiserer oss. Da må du tenke, hva gjør merkantil, **hva gjør sykepleierne og hva gjør legene?** Og videre hva kan merkantil gjøre, sykepleierne og legene gjøre? (Leder 5)*

*Det er jo for at vi synes vi har for få lege **ressurser** til å klare alt. Vi fikk et krav fra fylkeslegen med tilsyn, og der fikk vi en skape for at vi ikke ivaretok de pasientene som gikk til oppfølging ved poliklinikken. Vi fikk et avvik på det i 2012 og da hadde vi så vidt begynt med jobbglidning. Og en av de tiltakene var å utvide jobbglidning fra lege til sykepleier. To år etter ble avviket lukket. (Leder 4)*

*To ting: først en **ressursmangel på leger**. Underskudd på leger. Andre er at ulike **yrkesgrupper har sin styrke**. En pasient som møter sykepleiere, kan oppleve en situasjon av tillit i forhold til en lege. Godt å snakke med andre enn leger. (Leder 1)*

Ut fra disse svarene kan jeg se at ikke bare ressursmangel, men og tanken på at hver yrkesgruppe har noe de kan tilføye pasientene i behandlingen. Svarene viser tydelig en mangel på legeressurser og tanken på at sykepleiere har noe eget de kan tilføye pasientene. Dette er viktige funn da jeg i utgangspunktet ønsker å vite om det er EULARS anbefalinger som har ført til oppgavedeling, noe disse sitatene kan avkrefte den påstanden. Derfor har jeg markert noen ord som jeg skal bruke videre i drøftingen.

Der er skrevet en del innlegg blant annet i Legeforeningen.no om temaet oppgavedeling/oppgaveglidning og meningene er mange. Blant annet sier Overlegeforeningen i innlegget «Jobbglidning- trussel eller mulighet» at de ønsker at fenomenet jobbglidning skal være noe annet enn profesjonskamp (Legeforeningen.no 2012/5)

Etter å ha lest mange artikler og masteroppgaver om oppgavedeling der profesjonskamp har vært tema, kunne ikke ut fra mine funn finne store utfordringer ved innføring av oppgavedeling ved revmatologiske poliklinikker. Det vil jeg synliggjøre med sitatene under. *Nei, jeg synes det stort sett har **gått greit**. Det har jo gått gradvis og det har vært gjennomtenkt. Så egentlig stort sett gått fint. **Ingen store utfordringer**, men det går jo på at det er god **kommunikasjon** med de man deler oppgaver med. (Leder 2)*

Dette viser at de opplever i sin hverdag ved endring som går gradvis over tid hvor de ansatte kjenner hverandre og kommuniserer godt, så går endringer greit.

*Utfordringen går på **kompetanse** og at vi trygt kan overlate oppgaver. Vi har **ikke hatt store utfordringer** på dette når vi begynte og gjøre store forandringer i 2010, da gjorde vi en stor prosess ved å velge ut de sykepleierne vi ønsket videre i poliklinikken. Det var ikke noen enkel*

*prosess, men den gjorde det litt lettere. Har hatt mange **flinke sykepleiere**, men det har vært utfordrende. En annen utfordring er og **generasjonsskifte** ved avdelingen,*

***kompetanseoverføring.** (Leder 1)*

Her ønsker jeg å utheve noen av ordene som er viktige i mine funn, fordi her kommer det tydelig frem at legene er skeptisk til om sykepleierne har god nok kompetanse til å ta over legenes oppgaver ved oppgavedeling. Dette gjerne fordi legene er redd de blir sittende med det juridiske ansvaret hvis noe går galt med pasientbehandlingen. For kompetanse er den samlede kunnskap, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig for at oppgavene blir utført i trå med krav og mål (Lai 2013). Da kravene og målene for revmatiske pasienter er at de skal ha lavest mulig sykdomsaktivitet og rett behandling som gjør at de når disse målene. Dette gjør at kompetansen til sykepleierne må være god nok til å se til at pasientene når disse behandlingsmålene og at de har kunnskap til å rådføre seg med lege når de er usikre. Derfor kan vi innen revmatologi møte en fremtidig utfordring ved at sykepleiere med god og lang erfaring og stor kompetanse går av med alderspensjon og det vil bli et generasjonsskifte.

*I forhold til oppgavedeling så går det ett eller annet sted en linje på hva som er det **medisinske i forhold til det legene bør gjøre.** Det ser jeg på ifølge loven skal legene diagnostisere og igangsette behandling og revurdere behandling. Men selve oppfølgingen kan delegeres til **kompetente personell først og fremst sykepleiere.** Hvis du ser innad i sykepleiergruppen er det noen som vegrer seg for disse oppgavene. Da må man se på **opplæring.** Man ser på egnet personell. De med **videreutdannelse i revmatologi** blir brukt til dette. Noen leger har egne synspunkt om dette, Så vi har laget prosedyrer på hvor **handlingsrommet** går. (Leder 3)*

Dette utsagnet tyder på en leder som bevisst har valgt ut sykepleierne som kan ta over legenes arbeidsoppgaver, tydeliggjort hvor grensen ut fra forsvarlighet går mellom legers oppgaver og hva sykepleierne kan overta. Leder har her laget tydelige prosedyre på denne arbeidsdelingen. Dette viser at leder tenker at det er ikke alle oppgaver som kan overføres fra lege til sykepleier. Lederen her trekker frem at forutsetningen for at oppgavedeling skal være gjennomførbart og vellykket må det være ledelsesforankret.

*Kan være en **motstand** det vil si en overordnet motstand, men det var sterkere før. Det er mer akseptabelt de siste årene. Hvis man drøfter det med fagforeninger versus når man jobber sammen, får du et helt annet svar. Man er mer villig til å snakke om oppgavedeling. Men det vil komme **til en grense** hvor an sier at dette ikke kan gå. For man vil jo støte på **kompetansesvikt** en plass for eksempel kan man ikke være kirurg hvis du ikke er lege.*

Det har sine naturlige begrensninger. Viktig hele tiden å se hvilke yrkesgrupper som kan gjøre oppgaven (Leder 6).

*Jeg tror sykepleierne har tenkt tanken på om de er **kvalifisert** for det. De må få opplæring og føle seg trygg. Men det har ikke vært så mye utfordringer. Sykepleierne har vært veldig bevisst i forhold til hva de kan gjøre, **hvilke begrensning de har**. (Leder 5)*

Ut fra disse funnene er det tydelig at ledere mener at det er en grense på hva som kan delegeres videre av legers oppgaver til sykepleiere. Et viktig ord som går tydelig gjennom er **kompetanse**. Sitatene over viser også at legene i nyere tid har begynt å stille spørsmål ved at sykepleiere gjør deres oppgaver.» *Ja, nå i år har vi møtt utfordringer i form av at **legegruppen begynner å mene at leger skal gjøre legeoppgaver**. Og det er mye på grunn av at de nå får de vanskeligste pasientene som er krevende å jobbe med (Leder 4).* Jeg tenker at noe av motstanden er fordi legene tidligere kunne ta disse mer «enkle» pasientene som nå er delegert til sykepleierne, slik at de kunne få noen pusterom mellom de mest krevende pasientene. Slik at hverdagen til legene på gulvet har nok ikke blitt noe enklere ved oppgavedeling, men at dette har blitt tvunget frem fra ledelse og politiske føringer. Det kan nok være noe grunn til motstand.

Kompetanse vil jeg drøfte videre i neste kapittel og bruke svarene både fra min kvalitativ og kvantitativ forskning, men det er tydelig at manglede og ulik kompetanse kan være noe av utfordringen ved oppgavedeling.

Når funnene over viser tegn til motstand og en del uro oppgavedeling, har jeg konkret sett på hva som fremmer og hva som hemmer oppgavedeling fra leger til sykepleiere ved poliklinikken. Ut fra intervjuene med lederne har jeg fått noen sitat som kan gi meg noen funn på hva lederne tenker fremmer og hemmer oppgavedeling. Funnen vil jeg kunne bruke til å drøfte temaet om profesjoner og autonomi.

*Det som hemmer er jo at sykepleierne kan være litt **usikre**. Informasjon og **undervisning** er viktig. Hva som fremmer det er **å få nye oppgaver**, for det er positivt for de aller fleste. (Leder 5)* Her viser funnene igjen at kompetanse er viktig ved oppgavedeling, ellers vil sykepleierne føle seg usikre på om de kan ta over legenes oppgaver.

*Fremmer: oppgavedeling er **teamtanken**, at man jobber med teamtenkning. Tenker diagnoseteam der pasient, IKT og personell er i team. Tenker du team tenker du mindre hierarkisk. Da anerkjenner du at alle har en verdi inn i et team. Hemmer: angst for **å miste anseelse og oppgaver**. (Leder 6)*

*Fremmer er den **faglige entusiasme**. Hemmer er **motstand** av forskjellig slag. Men det brukes ofte **faglige argumenter**. Sluttresultatet for pasienten er det som teller. Det som fremmer er utdannelse, kompetanse, erfaring, interesse og entusiasme. Hemmer er ofte at leger er skeptiske. (Leder 3)*

*Fremmer: en ledelse sak at dette er en arbeidsmåte vi skal bruke hos oss og at vi har tillit til andre yrkesgrupper. **Ledelse er viktig**. Hemmer er **mistillit til at andre yrkesgrupper faktisk gjør jobben godt nok**. Det kan nok legene plages av. I en slik situasjon overlater du faktisk oppgaver til andre yrkesgrupper. (Leder 1)*

*Det som fremmer er at det er god kontakt og god fysisk nærhet med de som skal dele. At det er lett tilgjengelig via muntlig og digitalt. Usikkert hva som hemmer. **Kompetanse?** (Leder 2)*

*Fremmer: det som fremmer er at vi ser og at vi har gjort studier som viser at det er **forsvarlig** og at pasientene er veldig tilfreds med å bli fulgt opp av sykepleiere. Hemmer: er den **negative oppmerksomheten fra legene**. Sykepleierne blir usikre på om de gjør en god nok jobb. (Leder 4)*

Funnene ut fra disse utsagnene viser at ved oppgavedeling bruker ofte legene faglige argumenter for å sette tvil om at sykepleierne kan ta over arbeidsoppgaver som de tidligere hadde. De stiller gjerne tvil om at sykepleierne gjør en god nok jobb og bruker ofte ord som faglig forsvarlighet og mangel på kunnskap som argumentasjon. Dette kan forklares ut fra Abbott sin teori om profesjoner, der profesjoner som skal gi fra seg oppgaver ofte er skeptiske til at andre yrkesprofesjoner kan ta disse. Abbott begrunner det med at kunnskap og teori er selve valutaen i konkurranse eller byttehandel om oppgaver (Abbott 1988). Dette er ting som hemmer oppgavedeling.

Lederne trekker frem at teamtanken er noe som fremmer oppgavedeling. Ved team vil det tverrfaglige teamet finne hver enkelte yrkesgruppe sin styrke og jobbe sammen til det beste for pasienten. Økt kompetanse og faglig entusiasme hos sykepleierne er noe som blir trukket frem som faktor som fremmer oppgavedeling. Dette er midt i kjernen av fagenes autonomi, noe jeg vil diskutere videre i drøftingsdelen.

4.1.2 Er EULARS anbefalinger vanlig praksis ved de revmatologiske poliklinikker?

Da utgangspunktet for min forskning er om EULARS anbefalinger som har vært den utløsende årsaken til at oppgavedeling har blitt vanlig praksis ved revmatologiske poliklinikker. Jeg finner ut fra svarene til lederne at de er kjent med disse anbefalingene.

*Jeg vet at de finnes, men **ikke godt kjent med innholdet**. (Leder 6)*

Er godt kjent med at den finnes. Husker ikke så godt ordrett hvordan disse anbefalingene er. Bortsett at vi anser som en nødvendighet at pasienten møter sykepleier. Og det går mye på opplæring og informasjon. Anbefalingene er litt konservative i forhold til praksis i Norge. (Leder 3)

Mine funn viser at disse anbefalingene er kjent for 5 av 6 ledere, men ingen kan ord gi anbefalingene. Her hadde det vært spennende å vite om det er lege lederne eller sykepleielederne som ikke har hørt om disse, men fordi jeg har valgt at respondentene skal være anonyme vil ikke dette være mulig.

Da utgangspunktet for min forskning er om EULARS anbefalingene er en av årsakene til oppgavedeling ved revmatologiske poliklinikker, ønsker jeg å vite om anbefalingene blir fulgt ved deres poliklinikker.

Svarene viser at EULARS har vært utløsende årsak til hvordan enkelte avdelinger har laget sine rutiner og organisert seg på. Anbefalingene har ført til en organisatorisk endring ved poliklinikkene innen revmatologi. «Ja, for vi har jo laget **rutinene** ut fra disse anbefalingene» (Leder 4). *I praksis følger vi disse anbefalingene. (Leder 1). Noe av anbefalingene, og har vært med å påvirke. (Leder 6)*

Jeg kan ut fra funn si at EULARS anbefalinger er i samsvar med helsepolitisk føringer og ressursbruk i poliklinikkene. *Vi bruker disse i organiseringen, selv om vi ikke helt er bevisst. Men vi har tatt et lite steg lenger, for anbefalingene må hvert land ha en slags implementeringsprosess. Og bruke de opp **mot landets helsepolitiske føringer og de ressurser som blir stilt til disposisjon.** (Leder 3)*

Da funnene over viser at EULARS anbefalinger har vært med på å påvirke hvordan poliklinikkene har organisert seg på og mange rutiner har kommet ut fra disse anbefalingene. Kan jeg ikke finne ut fra mine funn at disse anbefalingene har vært utløsende årsak til oppgavedeling ved revmatologiske poliklinikker. **Ikke i utgangspunktet. Tror det er mer å organisere det riktig (Leder 5). Ikke EULARS sine anbefalinger som har ført til oppgavedeling, mer en trend i tiden (Leder 2). Tror ikke vi har brukt disse og vært så bevisst disse. Vi har funnet ut litt selv om de temaene som står, vi har brukt de uten å ha vært så bevisst selve anbefalingene (Leder 3).**

Det som kommer frem av funnene er at det er en trend i tiden og at der har vært mangel på ressurser. *Er vel i utgangspunktet at vi hadde for lite **legerressurser.** (Leder 4)*

Sitatene over peker på at EULARS anbefalinger ikke har vært utløsende årsak til oppgavedeling ved revmatologiske poliklinikker, men heller en trend innen revmatologi, en løsning på ressursmangel eller en måte å organisere revmatologiske poliklinikker på.

I neste tematikk beveger jeg meg litt inn på noe av kjernen til profesjonskampen. Har sykepleierne et eget fag eller kom denne yrkesgruppen inn som «hjelpere» til legene når det medisinske faget utviklet seg? Her kommer det frem at sykepleierne har en annen innfallsvinkel i forhold til pasientene, de innehar en større omsorgsdel og de har bedre tid i sine pasientkonsultasjoner enn legene. Dette kan være mye på grunn av inntjening, selv om sykepleiere fra 2009 får refusjon og betalt for sine konsultasjoner. Tidligere var det kun når lege sto som behandler at det ble utløst refusjon og egenandeler (Helse og omsorgsdepartementet 2009).

Jeg finner i svarene fra lederne at de tenker at sykepleierne har noe unikt og eget i sitt fag og sin profesjon som kan tilføye noe eget i pasientkonsultasjonene. *Det jeg opplever hos pasienten når de kommer til sykepleiere, at pasienten bruker de på en annen måte. At sykepleierne har et annet fokus. De er mer opptatt av at pasienten må forstå. De har kanskje mer **tid** enn legene? (Leder 5) Hvis en pasient har vært hos lege først og sykepleier etterpå, finner ofte sykepleieren mer hva pasienten trenger. Vi har ofte **bedre tid å våre konsultasjoner enn legene**. Vi utfyller hverandre veldig godt (Leder 4).*

Jeg forstår disse svarene slik at sykepleierne har mer tid i sine konsultasjoner i forhold til legene, dette fordi avdelingenes økonomi er avhengig av legenes inntjening på pasientkonsultasjoner. Jeg har tidligere nevnt at det fra 2009 ble innført takster som gav sykepleierne noe inntjening, men ikke på alle typer konsultasjoner. Og det er fremdeles slik at når pasienten er til flere yrkesgrupper på en dag utløses kun takst på legekonsultasjonen. Det er når pasient kommer kun til sykepleier utløses det takst på sykepleiekonsultasjoner. Dette vil si at legene vil ha et mye mer press fra ledelsen på flere konsultasjoner, siden legekonsultasjoner alltid utløser takst og betaling.

Sykepleiefaget har vært mye bygget på omsorg for pasienten og ikke bare på diagnose og medisiner. De har vært opptatt av å se hele personen og alle utfordringer pasientene har i sin hverdag med sykdommen. *En har en forventning av at sykepleieren har en omsorgsdel Det skal egentlig legene og ha. Kan være litt personavhengig og. Viktig i et miljø at det er **flere yrkesgrupper**. Ikke greit hvis det bare var leger (Leder 1).*

Ut fra disse svarene kan jeg finne at lederne tenker at sykepleie som eget fag har en viktig funksjon i møte med pasientene. Da pasientene i vår tid kan finne mye informasjon om sykdommer og medisiner på nettet, er det gjerne den mellommenneskelige omsorgsdelen som er det som er ønsket fra pasientenes side. Pasientene ønsker ikke å være en diagnose, men få hjelpemidler og oppmuntring til å mestre hverdagen sin.

Kompetanse og kompetanseøkning er mye nevnt når temaet oppgavedeling blir diskutert. Det

å være kompetent er ikke nødvendigvis likt med å ha høy kompetanse, men det betyr at i sykepleierne har anvendbar og riktig kompetanse for de oppgavene man skal håndtere (Lai 2013).

Jeg finner at lederne mener at oppgavedeling ikke er noe som kan overføres til en hel yrkesgruppe, men at de har valgt ut sykepleiere med den kompetansen lederne mener er viktig for å ha egne pasientkonsultasjoner. *Ikke alle, det er ikke alle som kan gjøre det. Men de som har videreutdanning og lang erfaring. Men de trenger ikke nødvendigvis å ha den videreutdanningen. De som er ivrig i faget, leser seg opp og søker kunnskap. Og så har du de som aldri leser noe på fritiden. Så det er opp til ledelsen og vurdere hvem som passer til sånne oppgaver (Leder 4). Ja, våre sykepleiere i poliklinikken har absolutt det. Sånn som det er nå og så lenge det er en stabil gjeng av erfarne sykepleiere (Leder 2). Forutsatt at de får opplæring, er engasjerte og eventuelt tar seg en videreutdanning. Og de pasientene og problemstillingene de har ansvar for er valgt ut av avdelingsledelsen. (Leder 3)*

Her viser funnene at det er de erfarne sykepleierne som er foretrukket når ledere tenker praksis med oppgavedeling. Da videreutdanningen innen revmatologi kun utdannet sykepleier i kull fra 2006 og 2008, vil det si at disse har både lang erfaring og faglig kompetanse til å ta over legenes arbeid. Lederne påpeker også at disse sykepleierne blir først og fremst brukt ved oppgavedeling. Det er tydelig at lederne ønsker å definere grensene for oppgavedeling og hvilke oppgaver som kan delegeres.

Siden mitt fokus er på EULARS anbefalinger for sykepleiere vil jeg vite om informantene tenker at EULARS anbefalinger vil øke kvaliteten på pasientenes behandling ved revmatologiske poliklinikker, og da spesielt med tanke på «Pasientens helsetjeneste». Flere svarte at:

Ja, jeg tenker det kan øke kvaliteten. Så lenge det har blitt sånn tidspress på andre og det har blitt så mye informasjon. Så mye som skal skje på poliklinikken. Før hadde man mer tid når pasientene lå på sengepost over flere dager. (Leder 2)

EULARS anbefalinger passer veldig godt inn i «pasientens helsetjeneste». (Leder 1)

Her er vi veldig på at pasienten selv må ta ansvar for egen helse. Ansvarlig gjøre de og gi de god informasjon. De kjenner sykdommen sin best, og vi er her for de. (Leder4)

Her påpeker lederne at sykepleierne har en viktig funksjon i pasientenebehandlingen ved å gi pasientene informasjon om både sykdom, mestring og medikamenter. Jeg tenker at den første av de ti anbefalingene samsvarer godt med disse utsagnene hvor det står:» **Pasienter bør ha tilgang til oppfølging fra sykepleiere for å forbedre kunnskap om kronisk inflammatorisk artritt og behandlingen av denne under hele sykdomsforløpet».**

Når de helsepolitiske føringene er at det er pasientens helsetjeneste og ikke helsetjenestens pasienter, er pasienttilfredshet noe av det avdelingene blir målt på. Spesialisthelsetjenesten blir kontinuerlig målt på pasienttilfredshet og der er mange kvalitetsindikatorer som sier noe om hvordan vi utfører våre tjenester ut til pasientene. Ut fra mine funn viser de at ledere finner at pasienttilfredsheten er god når poliklinikkene er organisert med egne sykepleiekonsultasjoner og bruker EULARS anbefalinger. *Det ser sånn ut. **Tilfredsheten**, da vi får innkommende klager hvis pasienten ikke er fornøyd. Ut fra tidligere undersøkelser på **pasienttilfredshet** viser dette tydelig (Leder3).*

Informantene viser flere ganger til Koksvik (2013) sin forskning på pasienttilfredshet ved bruk av EULARS anbefalinger. *Tror at disse anbefalingene passer inn i **pasienttilfredsheten**, og der er forsket på dette ved St.Olavs som understøtter dette (Leder 1).*

Noen av sitatene påpeker også at måten revmatologiske avdelinger er organisert på med korte konsultasjoner ved poliklinikken gjør at det er nødvendig å bruke flere yrkesgrupper inn i behandlingen. Tidligere lå de på sengepostene hvor de daglig hadde samtaler med alle yrkesgrupper og fikk kontinuerlig informasjon fra blant annet sykepleiere. *Det tror jeg, for de får mindre tid enn de fikk før når de var mer innlagt. Det å få en ekstra person å forholde seg til og som kan gi de ekstra **informasjon**. Lett tilgjengelig på telefon. Og så er pasientforløpene og veldig viktige (Leder 2).*

Jeg finner at det er full enighet blant informantene om at disse anbefalingene vil øke pasientenes tilfredshet ved behandlingen av sin kroniske sykdom. Og at EULARS anbefalinger setter fokus på den viktige oppgaven sykepleierne har med informasjon og omsorg.

4.1.3 Hvilke behov for kompetanse trenger vil innen revmatologi?

Regjeringen har som overordnet mål at helsetjenesten i hele landet skal ha nok personell med riktig kompetanse. Dette er en forutsetning for gode, effektive og trygge helsetjenester.

Regjeringen vil styrke kompetansen i hele helse- og omsorgstjenesten.

Videreutdanningstilbud og spesialisering, spesielt for leger og sykepleiere, er avgjørende for at pasientene får en trygg, moderne og effektiv behandling i spesialisthelsetjeneste. (Meld. St. 11)

Når informantene reflekterer over hva de tenker om hvilke kompetanse som trengs fremover løfter de frem tanker som:

*Vi har laget en **kompetanseplan** i trå med sykehusets føringer, og de vil ha 20% med Master*

og 5% med doktorgrad. Står i strategiplanen til sykehuset. Da må vi ha et par med Master og en med Phd. Nesten alle har Master på kompetansesenteret hos oss. Jeg ser at det er kritisk **kompetanse** i forhold til den som skal overta jobbglidning fra de som har gjort dette mange år. (Leder 4)

Vi tenker at det blir en **utfordring** å få den viktige **kompetansen** til de type pasienter vi har her. I og med at dette er et mer poliklinisk fag. At vi rekrutterer ikke lenger sykepleiere fra egne sengeposter. (Leder 5)

Det er behov for at **kompetanse** utvikles i forhold innen ag og styringssignal som kommer. At alle er oppdaterte og at spesialisthelsetjenesten har en spesiell kompetanse. At det enkle går ut til kommunene. Sykepleierforbundet har ment at en basiskompetanse er viktig. Men du kan ikke i dag plassere folk uten at de kan noe om det faget de styrer med der de jobber i sykehuset. Slik at jo mer oppgaver de tar over som tidligere var tildelt leger, slik som informasjon. Så trenger man spesialist **kompetanse**. Vi trenger utdanning som er satt inn i et system. Og at du får et bevis på at du kan noe. Det må være godt samarbeid med utdanning og avdelingen. Problemer blir det når kompetanse går naturlig ut ved pensjons avslutning. (Leder 3)

Disse sitatene over sier meg at informantene ser på kompetanse som en utfordring ved at kompetanse som er opparbeidet ved videreutdanning og mange års erfaring forsvinner ut ved naturlig avgang. De sier også med disse sitatene at den kompetansen som spesialist avdeling skal inneha er spesialkompetanse, fordi resten kan bli utført utenfor spesialisthelsetjenesten. Tidligere rekrutterte revmatologiske poliklinikker sykepleiere fra sengepostene, hvor sykepleierne som ble rekrutterte ofte hadde flere års praksis innen revmatologi. Når revmatologiske avdelinger er bygd opp av små sengeposter, ofte sammen med andre diagnoser kan den revmatologiske fagspesialiseringen bli litt pulverisert.

Alle som har sitt virke innen helsevesenet har fått med seg at eldrebølgen vil komme og at vi lever lengere, og det er god grunn til å tro at pasientgrunnlaget vil endre seg. Noe informantene i min undersøkelse kan bekrefte når de sier: *Jeg synes det allerede har endret seg mye. Tidligere har vi mer favnet pasientene, men at vi nå mer hjelper de ut. Nye tanker for de fleste blir veldig bra. Mennesker og verden endrer seg. Vi må gi pasientene et håndverk som de kan bruke ute og vite hvor de kan henvende seg* (Leder 5).

Fordi de helsepolitiske føringene er at pasientene blir behandlet på lavest mulig behandlingsnivå, vil pasienter som tidligere ble behandlet på sengepost nå få sin behandling poliklinisk og på grunn av samhandlingsreformen er det mange som blir ivaretatt av fastleger og i kommunene. *De som kommer til spesialisthelsetjenesten er mye sykere. De har større*

kompleksitet og det er større krav om å bruke nye typer undersøkelser som ikke er brukt før. Behandlingsarsenalet både i eget fag og andres fag utvides og fornyes raskt. Selv om sykdommen er den samme er problemstillingen endret (Leder 3).

Grunnlaget er der, men vi kan gjerne jobbe på en annen måte. Vi prøver å jobbe på et lavere omsorgsnivå. Vært et paradigmeskiftet i vårt fag, men det er en kronisk sykdom. Enda ikke funnet noe som kurerer dette. (Leder 6)

Ut fra funnene på dette spørsmålet er det tydelig at ledere ikke tror og mener at det blir mindre bruk for personale med kompetanse innen revmatologi i fremtiden. Lederne tror og at den medisinske utviklingen fremdeles vil fortsette og behandlingsmulighetene for revmatikere vil endres fremover.

Da de nye medisinene kom ut på markedet var de svært kostbare og kun de aller sykeste pasientene fikk denne behandlingen. Når det går ti år er det lovlig å markedsføre lignende preparater med samme virkestoffene, noe vi kaller synonympreparater. Disse synonympreparatene (biosimilar) er mye billigere, slik at det nå er en voksende pasientgruppe som får denne type behandling. *De vil endre seg. Det vil komme flere og nye medisiner og når prisen på kopi preparatene går ned drastisk vil flere pasienter starte tidlig med behandling. Da vil de igjen trenge mer oppfølging ved poliklinikken (Leder4).*

Det ser sånn ut, for det er hele tiden utvikling og forskning i det medikamentelle tilbudet til pasientene (Leder 2).

Ja, det kan vi se allerede. Det har endret seg og man kan nok forvente seg at det endrer seg enda mer. Mye forskning på gang (Leder 5).

Siden faget revmatologi allerede har endret seg drastisk fra 90-tallet til vår tid og der er mye forskning på disse sykdommene, er det grunn til å tro at behandlingsmulighetene vil endres i fremtiden. Dette bekrefter alle lederne jeg intervjuet.

Pasientforløp er veldig inn i tiden sammen med pakkeforløp på kreft. Det har og blitt mer og mer tatt i bruk innen revmatologi, for å sikre lik og god oppfølging av pasientene. Da spesielt de ny oppstått sykdom, hvor pasientene vil ha behov for mye informasjon og tett oppfølging. Mine informanter tenker at det vil komme endringer og videreutvikling av pasientforløpene innen revmatologi. *Pasientforløpene har endret seg hele tiden. Erfarer ting og så ser man at man å endre noe hele tiden (Leder 5).* Når det blir stort press på revmatologiske poliklinikker og det blir mangel på personal ressurser blir avdelingene nødt til å se på løsninger for pasientflyten. Fordi revmatologisk behandlingsmetoder er tett oppfølging, er det viktig å se på hvordan avdelingen skal bruke sine ressurser på best mulig måte. Der vil pasientforløp være en hjelp til god pasientflyt. *Man må belage seg på at de friskeste pasientene regelmessig*

følges opp i spesialisthelsetjenesten, så lenge man har tradisjonelt gjort. Men så må pasientene ansvarlig gjøres, Empowerment. Vi må se mer på hvilke pasienter som trenger oss, og da kan pasientforløp sette det mer i system (Leder 3).

Etter hvert som faget endres vil vi måtte endre på pasientforløpene (Leder 1).

Flere av informantene peker på at kommunen og fastlegene kan ta over noe av ansvaret for pasienter med revmatisme, slik at alt ikke skal behandles av spesialisthelsetjenesten.

Ut fra endrede pasientbehandlinger og organisering av avdelingene, er det naturlig å tenke at der vil dukke opp nye og endrede oppgaver både til leger og sykepleiere. Hvor det vil føre til behov for økt kompetanse for sykepleierne siden de tar over noe av legenes arbeidsoppgaver. Det vil med tiden bli nødvendig å se på rutiner og behandlingsmåter da ny teknologi blir tatt i bruk. Innen revmatologi har vi et selvregistreingsprogram (Go Treat It) hvor pasientene rapporterer inn hvordan de opplever hverdagen og kan angi smerter og stivhet, som kommer ut i grafer som leger og sykepleiere kan vurdere. Der vil blodprøvesvar og nåværende medikamentbehandling ligge inne. Dette er et program som gjør at leger og sykepleiere kan ha kontroll på pasientenes sykdomsaktivitet. *Kjøre mer på det som er tradisjonelt, det tror jeg ikke på. Det må være mer på det nye. Tidligere telefontid le utviklet til «call back» system. 10000 besvarte henvendelser som sykepleierne tok. Nytt prosjekt med blant annet smart digital kommunikasjon. Det som er kommet frem er at pasientene vil snakke om andre ting. Tenker på å ha samlet grupper med samtaler om medikamenter for å få ned presset på det individuelle. Prosjektet som heter «når konsultasjonen starter hjemme», Bruke GTI som hjemme registrering, et samarbeid med Sintef. Vi prøver og tester ut i et prosjekt. Det er nok av oppgaver å endre i fremtiden (Leder3).*

*Ja, ser for meg enda mer **jobbglidning** i fremtiden. Lege- sykepleier og sykepleier-helsesekretær. (Leder4)*

*Behandlingsmulighetene vil nok forandre seg. Vi må tenke at vi har en **total kompetanse** og har vi en veldig **dyktig sykepleier** som ønsker utfordringer er det ikke umulig at den kan lære ultralyd og lignende. Men alt må avklareres ved avdelingene, da vi har forskjellige utdanningsnivå og ansvar. (Leder 1)*

Det er tydelig ut fra disse funnene fra sitatene over at lederne ikke ser for seg at avdelingene skal jobbe på samme måte, men de stadig må tenke nytt og tenke på hvilke yrkesgrupper som skal ha ansvar for de forskjellige delene av pasientbehandlingen.

Mine respondenter er enig i at kompetanse for sykepleiere i poliklinikkene er viktig og de påpeker viktigheten av at kompetanseøkning er et lederansvar og må forankres i avdelingens ledergruppe. *Det er oss som samlet ledergruppe. Det **må forankres helt på topp**. Sykepleier*

*leder får ansvar for å definere kompetansen, men **øverste leder** har hovedansvar (Leder 4). Ledelsen må definere hvilke **kompetanse** de vil ha. Ellers vil jo den enkelte definere sin egen **kompetanse**. Ledelse vil jo være å rekruttere, stimulere og støtte. Så er det viktig å ha utdannelse tilbud, så sykepleierne får anledning til å utvikle seg. Tror ikke hver avdeling kan gjøre alt sånt selv. Utdannelse kan og gå på hospitering og trening (Leder 3).*

*Det er et samspill, det er en utvikling. **Ledergruppen** kan ta ansvar og lage en vei de ønsker. Legge til rette for de som ønsker økt kompetanse (Leder 6).*

*Det blir på en måte fagmiljøet og **ledelsen**. (Leder 2)*

*Det er litt som at veien har gått seg til. Uansett er det en prosess og en **faglig ledelses** oppgave å se på dette. Kommer stadig nye oppgaver og man må da tenke, hvem kan gjøre dette? (Leder1)*

*Vi gjør mye sammen i gruppen vi sykepleiere, men så er det selvfølgelig meg som **leder** som har ansvaret (Leder 5).*

Her viser funnene fra mine respondenter enighet om at skal det satses kompetanseøkning må det starte med ledelsen. Det er avdelingens ledelse som må definere ønsket kompetanse og legge til rette for kompetanseøkning. Sykepleierne med sin sykepleieleder kan ønske å øke kompetansen ved forskjellige kurs og utdannelser, men det er ledelsen som må definere hvilke behov for kompetanse de har ved de forskjellige avdelingene. Det som kommer frem fra svarene er at det ikke er sykepleierne selv som kan definere hvilke kompetanse de ønsker, men ledelsen kan gi føring på hvilke type kompetanse som er ønskelig for avdelingen. Da oppgavedeling er hovedfokus for min forskning er det naturlig å konsentrere seg om kompetanse, da dette har blitt trukket frem tidligere som utfordring ved oppgavedeling. Respondentenes svar er entydig på at sykepleiere med spesial utdanning innen revmatologi eller annen fagutdanning er svært ønskelig. **Videreutdanningen** er ønsket, men den har jo stoppet opp. Man kunne tenke hospitering og bruke kompetansen rundt på de andre revmatologiske avdelingene. Må ha kontakt med høyskolene. Kan og tenke klinisk stige igjen (Leder 6).

Ut fra mine funn er respondentene opptatt av at sykepleierne har en god faglig kompetanse for å sikre god pasientbehandling. **Trenger fagkompetanse, kommunikasjons kompetanse, system kompetanse og samarbeids kompetanse. Men i bunnen ligger fag kompetanse. Det skaper forutsigbarhet og trygghet for pasientene uansett hvilke system man trenger. (Leder3)**

Andre ting lederne trekker frem er sykepleiere som har kompetanse til å jobbe selvstendig og har kompetanse til å behandle kronisk syke pasienter. **Det er jo flere ting. Først og fremst egnlighet til å jobbe selvstendig. Også erfaring med den type pasienter. Med kronikere er det**

*annerledes å jobbe enn å jobbe med akutt syke. Trenger en egen **kompetanse og forståelse** til dette. (Leder5)*

*En utfordring. På en måte hadde det vært bra om vi kunne hatt en nasjonal felles utdanning for vårt fag igjen. Håpe det kommer. Hadde vært interessant å få til en utdanning med noen andre faggrupper. Savner det vi hadde på høyskolen, **for vi trenger spesial sykepleiere innen revmatologi**. Ser hvor dyktige og sikre de er de sykepleierne som tok denne utdannelsen for noen år tilbake (Leder 1).*

*Jeg tror vi vil trenge flere sykepleiere med **fagspesifikk kompetanse**. At det er rom for at det kan organiseres og at det faglige forum og undervisning er litt mer organisert enn det nå er (Leder 2).*

Respondentene mine uttrykker en bekymring for at der ikke på nåværende tidspunkt finnes en spesifikk videreutdanning innen revmatologi som hadde ført til rett og god kompetanseøkning til sykepleierne. Lederne viser til disse sykepleierne som har videreutdanningen fra tidligere år, der de påpeker at denne type kompetanse er ønskelig. Det er ofte at ønsker om noe er veldig annerledes enn å få noe igangsatt. Det er krevende å igangsette en videreutdanning innen revmatologi og et stort gap fra å ønske en videreutdanning innen revmatologi til det å få igangsatt en videreutdanning ved høyskolen på nytt. Dette fordi det er 11 år siden siste kull gjennomførte denne utdannelsen. Det ble bare utdannet to kull av spesialsykepleiere innen revmatologi før den ble avsluttet grunnet for lite søkere til å gjennomføre utdannelsen.

Når det ikke finnes noen formell utdanning innen revmatologi ville jeg høre med mine respondenter hvordan de tenker kompetanseøkning løst ut fra dagens situasjon. Skal det bygges kompetanse må der ligge en plan i bunn som ledergruppen har laget og hele avdelingen kjenner til. Der viser mine funn at det er få som har en nedskrevet plan for kompetanseøkning ved avdelingene hvor jeg har foretatt min undersøkelse. Selv om det ved mange sykehusene finnes en overordnet plan for kompetanse. *Vi har egentlig **ikke** noe plan, men prøver å stimulere til videreutdanning i formaliserte kurs. Sånn som klinisk stige og kurs ved høyskolen. Savner den formelle videreutdannelsen som spesialsykepleier i revmatologi (Leder 3).*

*Ja, vi har stipulert hva vi trenger i kompetanseplan vi har overordnet. Der er det blant annet at ledere må **ha en master i ledelse**. Og helst flere mastere. Vi har hatt 4 sykepleiere på den videreutdanningen som var for noen år tilbake. Og vi har hatt to på videreutdanning innen revmatologisk rehabilitering i Tromsø, den er og avsluttet. Vi har sendt forespørsel til faggruppa vår for at de kan ta ansvar for et utdanningsopplegg (Leder 4).*

Muligheten for videreutdanning innen revmatologi ser ut ifra mine funn er et sterkt ønske fra samtlige ledere. Det kommer ut fra respondentenes svar frem en del tanker om løsninger på kompetanseøkning. *Jeg tenker at det kanskje ikke blir en egen men en felles mellom de små fagene. At vi kunne vært sammen med flere av de polikliniske fagene, for å få den slags kompetanse (Leder5).*

I en klinisk utdanning må det være et senter som har ansvar, kanskje se litt på hvordan man utdanner legespesialister med sjekklister og konkrete oppgaver man må utføre og man har en veileder. Koblet til høyskolen for krav til litteratur. (Leder 1)

Mine funn viser at alle ønsket en videreutdanning, men at det kan bli vanskelig og utfordrende å ha sin egen utdanning innen kun revmatologi. Dette fordi vi som faggrupper ikke vil kunne samle nok sykepleiere til å fyllet et kull innen videreutdanning i revmatologi. Respondentene kom med forslag om å slå seg sammen med andre lignende medisinske faggrupper for å kunne ha en felles utdanning. *Det er veldig ønsket, men kanskje litt for snevert å tenke kun revmatologi? (Leder 6) Ja, så absolutt og spesielt med tanke på jobbglidning (Leder 4).*

Det er tydelig ut fra mine funn at temaet og utfordringene med kompetanseøkning engasjerer respondentene der de kommer med sine tanker og forslag til å se dette løst. *Mulig at hver revmatologisk avdeling hadde et spesialkurs og at sykepleierne kunne reise rundt å ta de forskjellige kursene som var et samarbeid med høyskolene (Leder 1). Lage noen moduler og ha en høyskole eller universitet som står bak. Spille på lag med andre videreutdannelse (Leder 4)*

Respondentene mine påpeker at sykepleierne må begynne å kreve økt kompetanse da de stadig får nye arbeidsoppgaver. *Må ha en vilje til å satse på det. Sykepleierne må og heve røsten og være pådrivere selv. Og si at dette trenger vi og dette må vi ha. Nå får jeg stadig nye oppgaver og det er vanskelig for meg uten formell kompetanse. Og man får en dypere forståelse for faget ved en slik type utdanning og ikke bare gjennom praksis (Leder 3).*

Kompetanse vil alltid koste både med tanke på tid og økonomi, men det igjen ledelsen som må se dette løst. *Må tenke annerledes, tenke at kompetanse koster (Leder 6).*

Jeg tror dette må gjøres på et høyere nivå, at det må være lands utdanning eller kursing. Og ikke bare ut fra den lokale avdeling. (Leder2)

Ut fra svarene om lederne ønsket videreutdanning på høyskolenivå innen revmatologi var dette ønsket av alle lederne, men det er litt usikkerhet på hvordan det kan løses rent praktisk. De fleste av lederne ønsket en formell utdanning på høyskolenivå, men det var villighet til å tenke nytt og annerledes. *Det vil være nødvendig at noen flere har det. Usikker på om det må*

være på **høyskolenivå**, men godt mulig (Leder 2).

Ja, det tror jeg styrker avdelingen. Den blir kanskje i en annerledes form, vi må tenke nytt her. Vi er så små at det kan bli praktisk litt vanskelig hvis mange skal studere samtidig. Viktig å få det formalisert på **høyskolenivå** (Leder 5).

Ja, det mener jeg. Ikke at alle har det, men de fleste av sykepleierne. VI må ha noen fyrstårn rundt i avdelingen som motivere de andre og driver faget frem. Veldig ønskelig med videreutdanning på **høyskolenivå** (Leder 6).

Det er helt nødvendig med **formalisert kompetanse**. Når pasientene kommer og krever svar fra den som skal inneha kompetanse på veldig mange ting. Jeg syns det må formaliseres på **høyskolenivå**. Litt simulering og hospitering. Vi må kunne omsette det i praksis. Vi må vise vilje til å si at dette er nødvendig. Bindingstid etter utdanning. Det er en investering for avdelingen (Leder 3).

Så absolutt, det er disse sykepleierne som har denne utdannelsen som er mest brukt til egne konsultasjoner ved poliklinikken. Vi trenger å få **formell videreutdanning** tilbake. (Leder 4)

Det er nødvendig fordi faget er veldig stort. Får du en formell utdanning ville du sikre **kompetanse**. Kompetanse kan og økes ved avdelingen, da mulig med samarbeid med høyskolen. Ønsker en videreutdanning innen revmatologi på lik linje med andre spesialistavdelinger (Leder 1). Funnene her viser at det vil kreve økt kompetanse på sykepleierne fordi pasientene er mer opplyst enn de var tidligere, hvor pasientene nå finner mye informasjon på internett. Får sykepleierne formell utdanning vil det og føre med seg økt lønn, noe som i seg selv kan stimulere til videreutdanning.

Den senere tid har det blitt snakket om «mastersyken» og det blir mer og mer vanlig at sykepleiere ønsker å få den karriere muligheten. Innen revmatologi har vi og fått noen med master i sykepleie. Og det er stor diskusjon både i sykepleierforbundet og på sykehusene om hvor mange sykepleiere med master man trenger. Kompetanse koster, men det gjør og fravær av kompetanse. Ut fra mine funn i intervjudelen viser det seg at noen få ledere har en plan for hvor mange med master på sykehusnivå. Ellers er de fleste lederne skeptisk til om master på flere sykepleiere vil løse kompetanseøkning da noen ledere har opplevd av sykepleiere med master eller en Phd grad ikke forblir i klinikken men søker seg andre plasser. Funnen mine sier meg at det ikke ved alle avdelinger er noen plan på hvor mange med master grad de ønsker og om en slik type utdanning er ønsket fra ledelsens side. *Det har vi ikke. På sykehuset er det ønske om flere med master. Litt delt på det, for det vil nok ikke løse alle problemer med kompetanse* (Leder 5).

Der har vi ønske og plan om 20% av sykepleierne våre med master. (Leder 4)

Ingen plan for master. Vi hadde noen med master, men de forsvant videre til høyskolen. De to vi hadde satset på har gått videre til forskning, slik at den kompetansen ble ikke til gode for avdelingen. Og en master trenger ikke gjøre en sykepleier til noen bedre sykepleier. De sykepleierne som satser så høyt vil stort sett ikke bli igjen på en vanlig avdeling. Vil for eksempel en sykepleier med Phd gå i vanlig klinikk? (Leder 1)

Sykehuset generelt har det, de sier 20 %. Avdelingen her hadde den første med master på sykehuset. Vi har nå 5 sykepleiere med master. (Leder 3)

Ikke noe enda. Alle kan jo ikke ta det, men ønskelig med noen som virkelig ønsker dette (Leder 6). Ut fra disse funnene kan jeg finne at mine respondenter ikke mener at det nødvendigvis er sykepleiere med master grad som er ønskelig, men at den formelle videreutdannelsen innen revmatologi er savnet og ønsket.

Forskning er en av hovedoppgavene ved spesialisthelsetjenesten, men mine funn tyder på at det ikke er tenkt at sykepleiere skal drive med egen forskning ved avdelingene. Sykepleiere er mest brukt til å samle data for leger som forsker og heter da studiesykepleier. Vi har vel ikke noe spesielle planer for dette, er legene som forsker hos oss. Men vi bruker studiesykepleiere til å samle noe data (Leder 2).

At det kanskje ikke er dette som er ønskelig på avdelingsnivå, mer videre i forskning ved universitet og høyskole. (Leder 1)

For å kunne ha faglig fokus for sykepleierne ved avdelingene vil det være behov for sykepleiere som ønsker økt utdanning slik at de kan være pådrivere for faglig utvikling i klinikken. Trenger en som har master som kan hjelpe til med fag og forskningsprosjekt. Først ta de som har videreutdanning og senere en master. En som er på poliklinikken og hjelper til med best practis. Det blir for mye for en leder å sitte med dette ansvaret hele tiden (Leder 4). Funnen viser at fagsterke sykepleiere er ønsket i klinikken i nærheten til pasientbehandlingen for å kunne gi den beste behandlingen.

Vi har jo den første sykepleieren på sykehuset som tok doktorgrad. Jeg vil bruke de fagsterke sykepleierne mest på gulvet. Vi trenger veldig gode kliniske sykepleiere. (Leder 5)

Har ikke tenkt så mye på det. Det har vi ikke fått helt til, og forskningen vår har vært mye knyttet opp til NTNU. Men klart det hadde vært ønskelig på avdelingsnivå. (Leder 3)

Når sykepleiere bruker tid på kompetanse økning er det viktig at ledere etterspør og bruker denne kompetansen. Her finner jeg at sykepleierne med videreutdanning blir brukt til prosjekter og oppgavedeling med egne konsultasjoner. Funnene mine viser også at sykepleierne med master eller annen videreutdanning brukes til ekstraoppgaver og mye selvstendig arbeid.

Vi vil bruke de i prosjekter ved avdelingen og støtte oss på disse. De vil få selvstendige ekstraoppgaver. (Leder 5)

Økt ansvar, men at man ikke tenker kun sykepleierforskning, men mer team forskning. Noen avdelinger publiserer tverrfaglig, dette er noe å tenke på. Og man kan lage kompetanseplaner med sjekklister inn mot revmatologi. (Leder 6)

Både jobbglidning og små forskningsprosjekt. Opplæring av nye sykepleiere. Viktig med dialog og ha en utviklingsplan for hver enkelt medarbeider via kompetanseportalen. Finne styrken til den enkelte. (Leder 4)

Bruke de til oppgaver som tilsvarer utdannelsen. De har fått selvstendige lederoppgaver ved kompetansesenteret. Hun som tok doktorgrad gikk til høyskolen grunnet lønn. Er ansatt ved avdelingen i 10% stilling for å være prosjektleder for omstilling, da hun er flink med dette. (Leder 3)

Det må være det viktigste der oppgavedeling er aktuelt. Det er viktig å ha godt utdannede sykepleiere, slik at de kan ta selvstendige oppgaver. (Leder 2)

Med tanke på profesjonskamp og fagenes autonomi viser mine funn at respondentene ikke så det som et problem at sykepleierne tenkte og ønsket en karriere.

Funnene mine viser at respondentene synes de er helt legitimt t sykepleierne har et ønske om egen karriere og økt kompetanse. Det lederne trekker frem som kan være et problem når sykepleiere får høyere utdanning som en master grad eller en Phd grad er at de sykepleierne erfaringsvis forsvinner ut av klinikken og bort fra pasientbehandlingen. Det mulig funnene farges litt av erfaringene de har på dette og at respondentene derfor mener at for mye utdanning ikke er nødvendig men at man trenger gode kliniske sykepleiere tett opp til pasientbehandlingen. *Ønsker at folk kan ha en karriereplan. Men det blir ofte litt lite igjen til pasientene, da utdanning tar tid bort fra klinisk arbeid. Hvis vi skal tenke pasientens helsetjeneste er det ikke sikkert de ønsker så høy utdanning på helsepersonell. (Leder 1)*

Skal ledere stimulere til økt kompetanse må det være en belønning i form av økt lønn noe, funnene mine kan vise til er vanlig praksis ved kompetanseheving. *Ja, det vil jeg si. Så absolutt, men da må lønningen henge med. Vi har vært flinke til å gi funksjonstillegg og prøvd å belønne de som har relevant utdanning. (Leder 4)*

Er det ikke det da? Feil å tenke at sykepleierne er hjelpere til legene. Det begrepet må da ha forsvunnet? (Leder 3)

Funnene viser at lederne tenker at sykepleie er et eget fag og ikke hjelperne til legene. De viser også til at det er ønskelig med sykepleiere som ønske en karriere og høyere utdanning.

Samtidig er det god kompetanse i pasient nær behandling som er hoved ønske til mine respondenter.

4.1.4 Økonomiske utfordringer ved kompetanseheving

Siste tematikk som jeg fant viktig i mitt materiale går på økonomi. Dette kom tydelig frem både i den kvalitative undersøkelsen og den kvantitative. Fordi grunnbemanningen er det som trengs hver dag og det er ikke vanlig praksis å legge inn noe ekstra bemanning til kompetanseheving i et trangt budsjett hvor hovedfokus alltid er best pasientbehandling. Der akademisk utdanning ikke alltid ser ut som best bruk av avdelingen ressurser. Der økt kompetanse for sykepleierne kjemper om samme økonomiske midler på lik linje med de andre yrkesgruppene ved avdelingene. Det kommer frem i funnene mine at det blir satt av lite penger til kompetanseøkning og ingen av lederne hadde øremerket noe midler i sine budsjett spesifikt til kompetanseheving av sykepleierne.

Nei, vi har jo et budsjett for fagutvikling. Men det er jo ikke så stort og deles på alle faggrupper. Men sykehuset har en plan for videreutdanning av ledere og der dekkes alt fra sykehuset (Leder 4).

Mine funn viser at når det var en formell videreutdanning innen revmatologi ble dette prioritert økonomisk ved noen avdelinger. *Den gangen det var videreutdanning i revmatologi satte vi penger av til dette. Men nå har vi ikke noe øremerkede midler for videreutdanning (Leder 5).*

Mine funn utfra respondentene sine utsagn kan det virke som at de sykepleierne som ønsker videreutdanning må påberegne seg å bruke mye av fritiden til å lese til eksamen og skrive oppgaver. Alle vil få fri med lønn når de har forelesninger og er på høyskolene og universitetene, men der er ikke satt av midler til mye fritak fra jobb med lønn. Dette viser utsagnene under her:

De får fri med lønn når de er på høyskole eller universitets, da når det er forelesninger. Får noen studiedager før eksamen. (Leder 4)

Det har ikke vært så mange i den siste tiden. Det har skortet litt på interessen og etterspørselen fra sykepleierne, så derfor har det gjerne sklidd ut. Men det med tid er jo veldig viktig. Det kan jo være grunn til at noen ikke melder seg, hvis man må gjøre det på toppen av jobben (Leder 2). Dette ene utsagnet kan si noe om årsaken til at sykepleierne vegrer seg for å ta videreutdanning da de gjerne må bruke mye fritid og får lite økonomisk kompensasjon tilbake.

Vi skal jo legge til rette for studier, men man må jo tenke at det ikke er en 09-16 jobb å være student. Må tenke at det er å gi og få. (Leder 6)

På de fleste plasser får de satt av noe tid, men det vil alltid være en diskusjon om hvor mye tid som trengs settes av til studier. Funnene sier og at når det brukes av avdelingens økonomi på kompetanseøkning vil det føre til mindre penger til andre ting. Avdelingene får alltid en sum til avdelingens budsjett og må selv sette av penger til de forskjellige postene. *De får mulighet til å få støtte til kompetanseheving, men det går utover avdelingens totale budsjett. (Leder 1)* Når spørsmålet om de får lønn under studiet, får alle lønn de dagene de er på undervisning og noen studiedager før eksamen og oppgaveinnleveringer. Skal de få satt av mer tid må de selv søke eksterne midler til forskning og studier. Mine funn viser at alle avdelingene har satt av midler til kurs og utdanning, men det er midler som skal brukes til alle yrkesgrupper ved avdelingen.

Det siste spørsmålet fokuserer på det økonomiske aspektet ved kompetanse heving og om dette er prioritert fra ledelsens side. Alle ønsker å prioritere kompetanseøkning, men det er viktig at det er kompetanse som avdelingen trenger. Det kommer tydelig frem at det økonomiske aspektet ved kompetanseheving kan by på problemer og utfordringer.

Det er prioritert, men noen syns det har gått for langt. Man trenger en fast base som er igjen på avdelingen. Man kan sette føringer på dette, men det er ikke lett å si nei når de har fått midler til forskning og utdannelse eksternt. (Leder 3)

Har vært prioritert og ikke noe problem, brukt en del av til kliniske studier ol. Behovet har ikke vært så stort, men hvis det endres og vi ønsker økning på dette kan det bli et problem. Det kan bli en utfordring å sende en sykepleier bort et helt år for spesialistutdanning fordi kompetansen ved avdelingen blir fraværende. (Leder 1)

Det er i hvert fall mer prioritert enn tidligere og det er en diskusjon innen ledergruppen ved avdelingen. Vi vil nok ha behov for spesial sykepleiere med videreutdanning innen revmatologi. Da med tanke på økt bruk av oppgavedeling. (Leder 2)

Hvis der er aktuelle utdanninger og kurs så har det blitt prioritert. Men det må være en kompetanse avdelingen ønsker og trenger. (Leder 4)

Det er en tydelig policy i sykehuset at kompetanseheving og studier er viktig. Ved avdelingene er det en utfordring reint økonomisk. (Leder 5)

Ut fra disse utsagnene fra mine respondenter kan jeg konkludere med at økt kompetanse er ønsket, men at de ønsker kompetanse som er ønsket av ledelsen og som kan brukes i pasientbehandling. De påpeker at økt kompetanse vil være nødvendig med tanke på

oppgavedeling, men at det vil være et problem med for lite personale ved avdelingen den tiden sykepleierne er ute i utdanning.

4.2 Funn utfra kvantitativ metode:

Som kvantitativ metode har jeg brukt en internett basert surveyer hvor jeg har sendt elektronisk spørreskjema til sykepleiere som jobber ved revmatologiske poliklinikker ved flere av de revmatologiske poliklinikkene i landet. I spørreundersøkelsen har jeg brukt både avkryssingssvar og på slutten fritekstsvar.

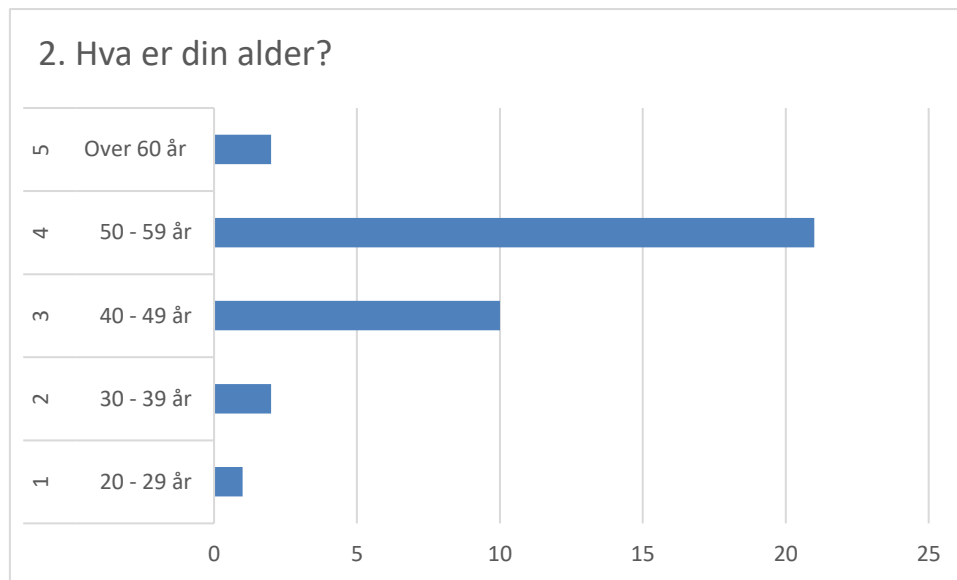
Jeg har valgt å spørre om kjønn da jeg tenker det kan si noe om fordelingen av kjønn innen faget revmatologi. Som ellers i sykepleieryrket er det flest kvinner. I min kvantitative forskning svarer 3 menn og 33 kvinner.

Siden oppgaven tar for seg emnet kompetanse og mulighet for videre utdanning er aldersgrupperingen viktig for å forstå resten av svarene i denne undersøkelsen. Lang erfaring og høy alder vil gi høy kompetanse, men det er gjerne ikke de som har ønske om videreutdanning eller en master. Og når grunnutdannelsen i sykepleiefaget endrer seg etter både medisinsk og politiske endringer, vil de nyutdannede sykepleierne ha en annerledes kunnskap enn de som ble offentlig godkjent for over 20 år siden. Bare med tanke på den store forandringen innen helsevesenet med bruk av IKT, noe som var litt utenkelig på 80-tallet. Mine funn viser at det er høy alder på mine informanter og jeg ut fra dette kan anta at vi vil få bruk for mange nye sykepleiere innen revmatologi som nok ikke har den kompetansen som de som går av ved alderspensjon innehar. Da det er 13 år siden det ble uteksaminert spesialsykepleiere innen revmatologi ved høyskolen, er det grunn til å tro at denne spesialkompetansen vil forsvinne om noen år grunnet alder. Og fordi utdannelsen bortfalt og vi ikke får nye sykepleiere inn med denne kompetansen.

Utdannelsen innen sykepleie har blitt mer akademisk de senere år. Den er nå både på høyskoler og universiteter. Under den treårige bachelorutdanningen skal studentene trene på og tilegne seg et kunnskapsnivå og praktiske ferdigheter til å utøve sykepleie på et selvstendig grunnlag og med teoretiske kunnskaper innenfor mange ulike fag som anses å være nødvendig i den aktuelle yrkesprofesjonen (Kunnskapsdepartementet, 2008). Slik at de nyutdannede og yngre sykepleierne vil inneha en annen type kunnskap og praksis som er mye mer akademisk tilnærmet.

Jeg finner i min kvalitative undersøkelse at det er en godt voksen gruppe med sykepleiere ved revmatologiske poliklinikker og der vil i løpet av noen få år bli behov for mange nye og

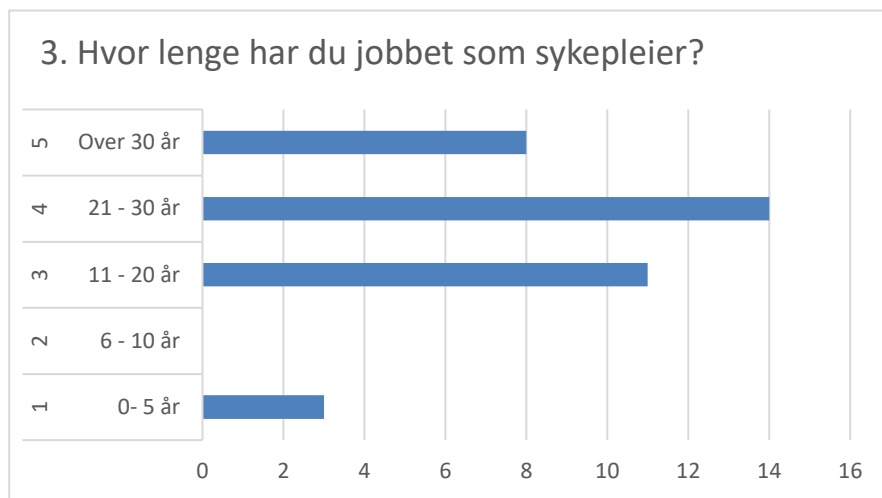
gjernu erfarnu sykepleiere som må bygge opp sin kompetanse innen revmatologi. Siden poliklinikkene ikke lenger kan rekruttere sykepleiere fra sine sengeposter må det være nødvendig å ha tydelige mål for kompetanse for å lage en kompetanseplan for sykepleie innen revmatologi.



Figur 1

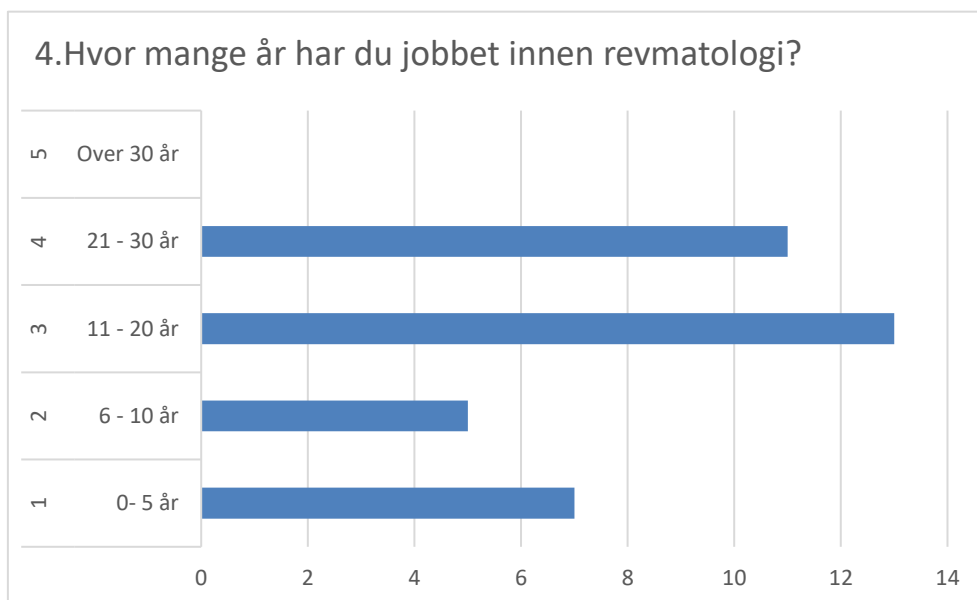
Kompetanse bygges over år og mye blir tilegnet ved å være ute i klinikken, lære etter hvert og lære av de som har vært der lenger. Derfor ønsket jeg å ta med antall år sykepleierne har vært yrkesaktive.

Her viser funnene at disse sykepleierne har lang yrkeserfaring og de har ervervet seg god



Figur 2

kunnskap innen sitt fag da jeg allerede vet at disse sykepleierne jobber ved poliklinikk hvor der er mange selvstendige arbeidsoppgaver. Se figur under hvor der kommer frem at mange har jobbet lenge innen revmatologi.



Figur 3

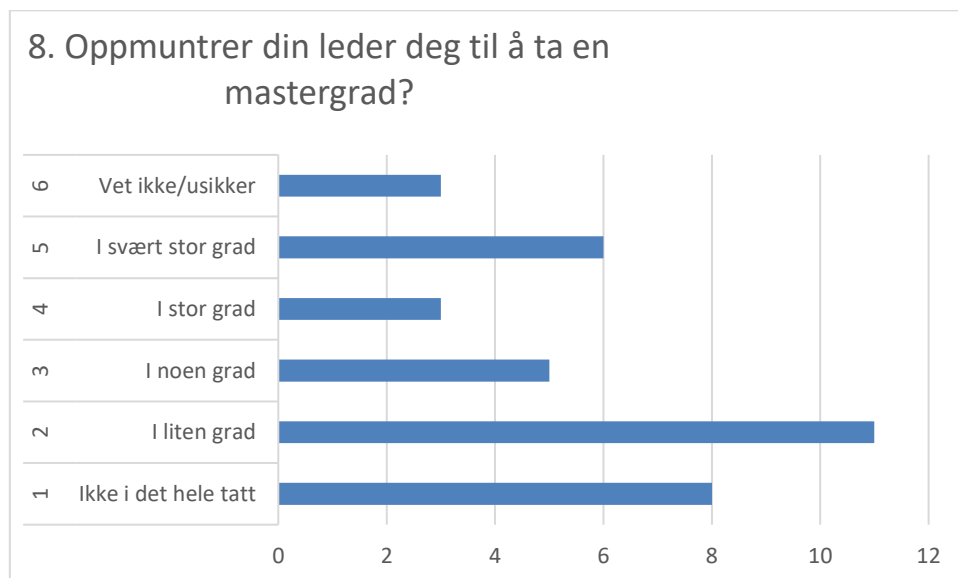
Ut fra denne besvarelsen vil en gå ut ifra at der er masse kompetanse innen revmatologi på nåværende tidspunkt, men at det må gjøres noe for å opprettholde og videreføre denne kompetansen. Dette spesielt med tanke på høy alder og lang arbeidserfaring innen revmatologi.

Det er ikke noen overraskelse at kun 8 av 36 har videreutdanning innen revmatologi da denne utdannelsen kun uteksaminerte to kull med spesialsykepleiere innen revmatologi.

5. Har du videreutdanning innen revmatologi?
 No/Nei 28
 Yes/Ja 8

6. Har du annen videreutdanning?
 No/Nei 19
 Yes/Ja 17

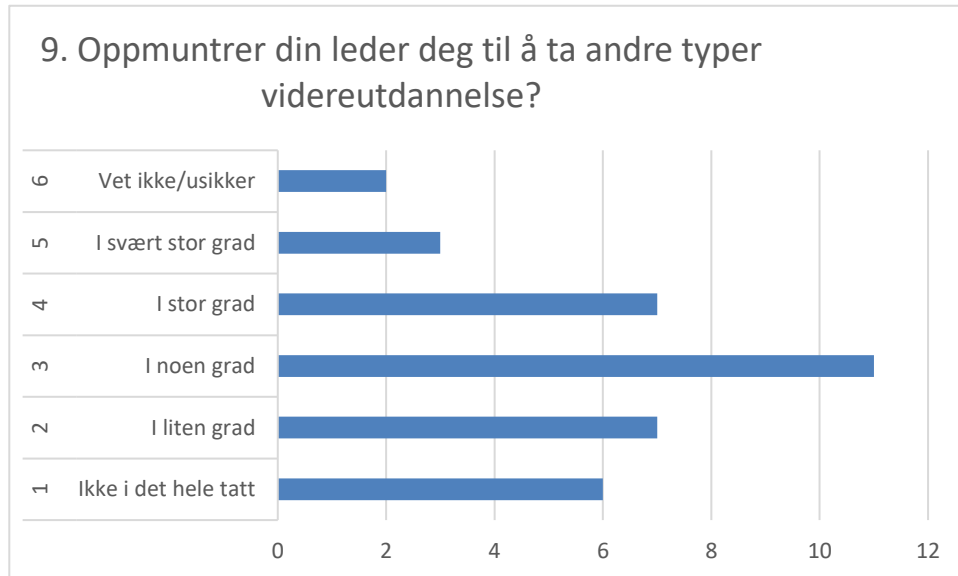
7. Har du, eller holder du på med, mastergrad?
 No/Nei 32
 Yes/Ja 4



Figur 4

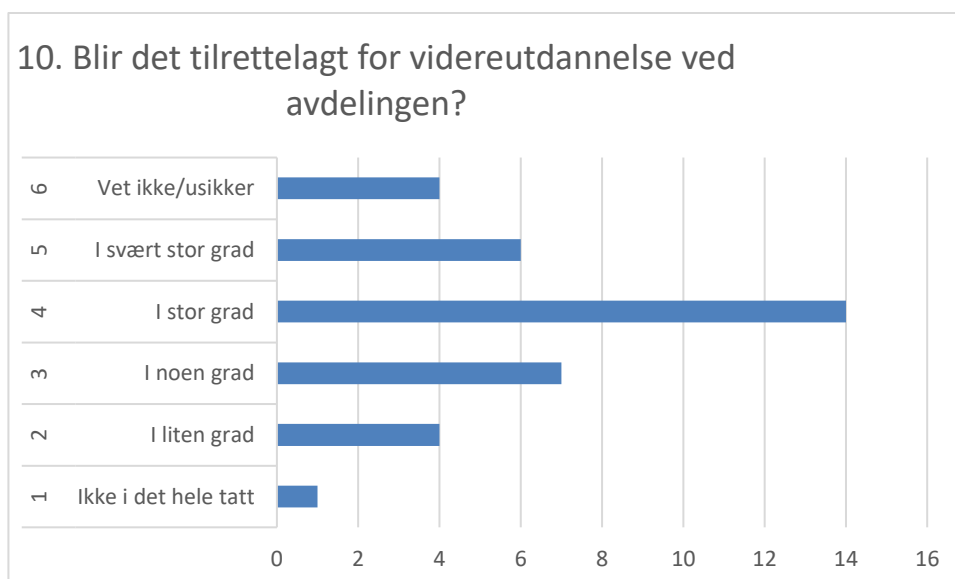
Her kan funnene at kun 4 av 36 holder på med eller har tatt en master grad ha en sammenheng med grafen i figur 4. som viser at ledere oppmuntrer lite sine ansatte til å ta en master grad. Ut fra funn finner jeg at ledere ikke oppmuntrer i så veldig stor grad til hverken videreutdanning

eller masterstudie, noe jeg vil drøfte videre senere ved bruk av både de kvalitative funnene og de kvantitative.



Figur 5

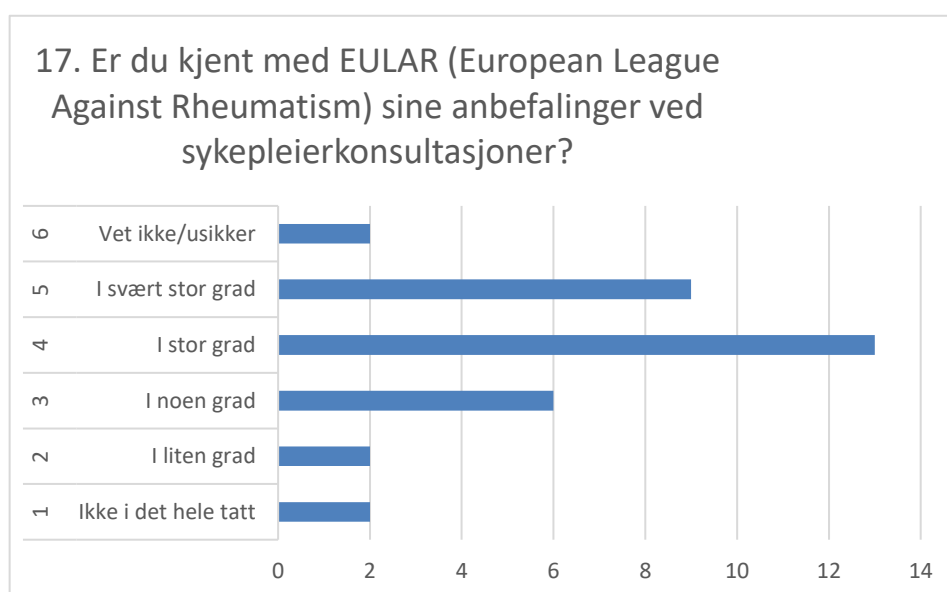
Jeg vil tro alle svarene her reflekterer både den økonomiske biten for ledere og at det vil koste en del fritid for sykepleierne å gjennomføre studier ved siden av arbeid. Det er veldig ofte økonomisk vanskelig å ta seg helt fri fra lønnet arbeid for å studere på full tid. Helsevesenet har allerede begynt å merke sykepleiemangelen og det er vanskelig å få inn vikarer med god og rett kompetanse når sykepleiere er fritatt for å studere.



Figur 6

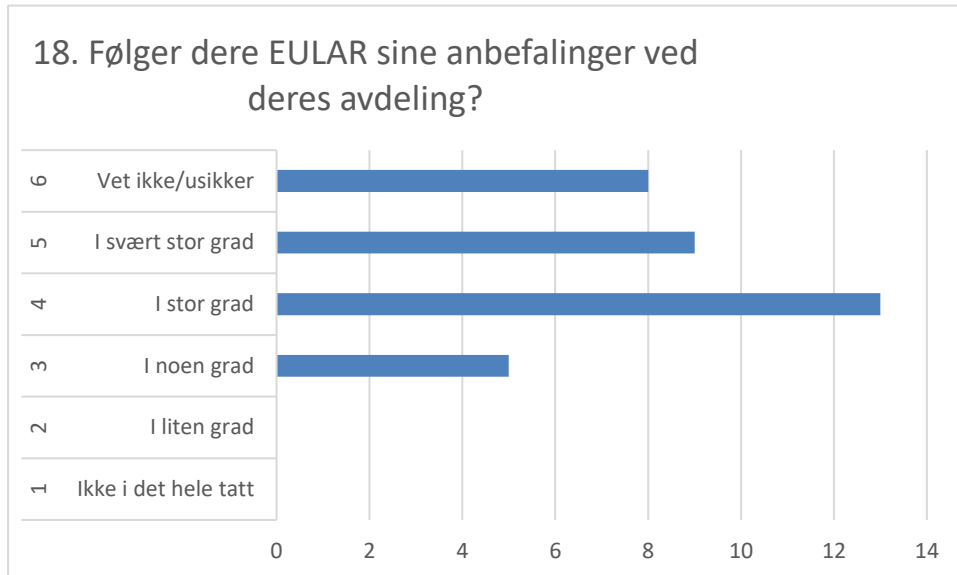
Her viser funnene litt andre svar enn det tidligere grafer har vist og det kan antas at de som har erfaring fra videreutdanning og kompetanseøkning har erfart at det blir lagt til rette når de har prioriter å ta videreutdanning. De kan vise at ved samarbeid mellom student og leder hvor en åpen dialog og vilje til å få videreutdanning gjennomført fungerer det godt.

Jeg har videre spurt sykepleierne om det blir lagt til rette for masterstudie og videreutdanning ved avdelingene og der svarer 12 at det blir i noen grad lagt til rette og 9 svarer at det blir i stor grad lagt til rette for dette. På spørsmålet om videreutdanning er tema på medarbeidersamtale svarer 5 «ikke i det hele tatt» og 5 «i liten grad». 10 stykker svarer «i stor grad» og 6 svarer «i svært stor grad». På spørsmålet om videreutdanning er tema på personalmøte svarer 15 «i liten grad» og 5 «ikke i det hele tatt». 6 stykker svarer «i stor grad». Om det er en plan for ønsket antall sykepleiere med mastergrad ved avdelingene svarer 6 «ikke i det hele tatt» og 9 «i liten grad». 3 svarer «i svært stor grad» og 14 svarer «vet ikke». Tidligere var det noe som het klinisk stige hvor en kunne ta fag og kurs som gav deg en økt kompetanse med medfølgende økt lønn. Dette har falt bort som en fast ordning og det er mer opp til hver avdeling hva de gir av uttelling for økt kompetanse. Derfor har jeg spurt om det finnes muligheter ved avdelingen å ta fag som da gir en spesialisering. På dette har 10 svart «i noen grad» 3 «ikke i det hele tatt», 4 «i liten grad» og 5 «i stor grad». Til nå har fokuset på spørsmålene vært på avdelingen, men for å kunne øke kompetanse må sykepleierne og være villige til å bruke tid og krefter på økt kompetanse. Derfor spør jeg sykepleierne om de er villige til å bruke noe av sin fritid på studier og faglig utvikling. Der svarer 3 «ikke i det hele tatt». 5 «i liten grad», 12 i noen grad», 9 «i stor grad» og 7 «i svært stor grad»



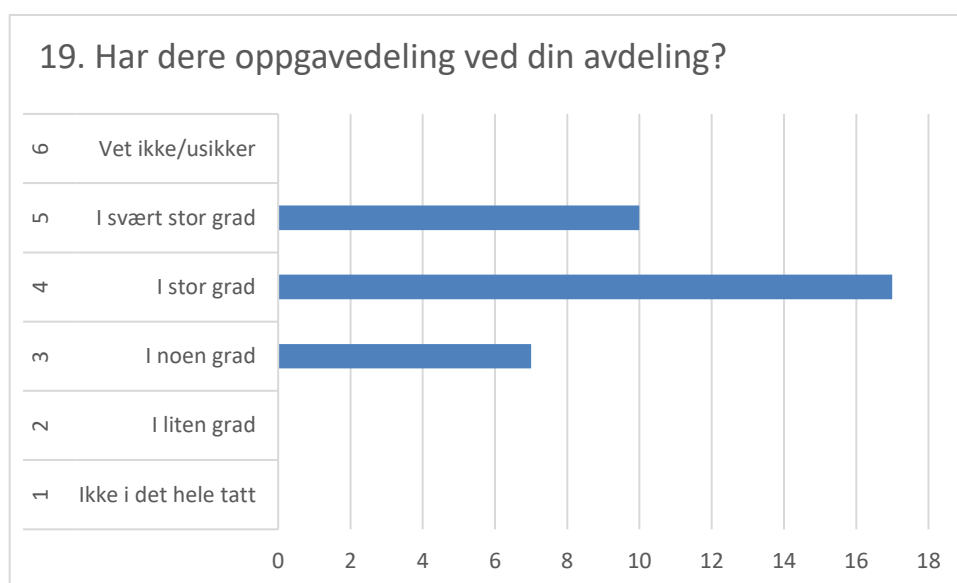
Figur 7

Da temaet for oppgaven er EULARS anbefalinger, er det gledelig å finne at EULAR sine anbefalinger er godt kjent for sykepleierne som jobber ved de revmatologiske poliklinikkene.



Figur 8

Her viser mine funn at EULARS anbefalinger er godt kjent blant sykepleierne ved revmatologiske poliklinikker. Og at disse anbefalingen blir fulgt selv om 8 av 36 sier de ikke vet eller er usikker. Dette kan være tilfelle for noen som eventuelt ikke jobber med egne konsultasjoner men har andre oppgaver ved poliklinikken.



Figur 9

Dette viser veldig tydelig at oppgavedeling er vanlig praksis ved revmatologiske poliklinikker, for her er ingen usikre og ingen svarer «ikke i det hele tatt».

For å utdype mer om oppgavedeling har jeg spurt om oppgavedeling fungerer tilfredsstillende og der har 10 svart i noen grad, mens 24 av 36 har svart i stor grad og svært stor grad.

Videre på spørsmålet om har kunnskap nok til å ta egne pasientkonsultasjoner har 27 av 36 svart i stor grad og svært stor grad. Ingen har svart «ikke i det hele tatt og i liten grad.

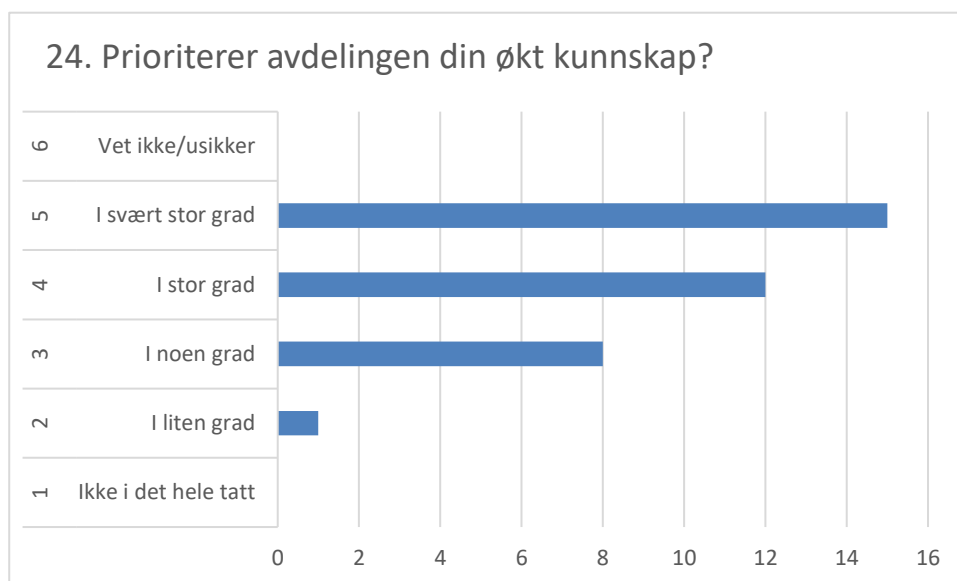
På spørsmålet om sykepleierne har kunnskap nok til å ta over noen av legenes arbeidsoppgaver svarer 22 i stor grad og svært stor grad. Kun 2 personer sier i liten grad.

Alle disse svarene viser at oppgavedeling fra leger til sykepleiere fungerer godt og at disse sykepleierne som har svart på min kvantitative undersøkelse mener at de har gode kunnskaper til å overta legers arbeid. Dette kan ha noen med den høye aldersgrensen og lange arbeidserfaringen å gjøre.

På spørsmål 23 har jeg interesse av å vite hvordan de tilegner seg kunnskap og der er det anledning til å sette flere kryss.

Der har 20 krysset av «kurs over flere dager». 31 har svart «fagseminar for faggruppen innenfor revmatologi». «Kunnskapsdeling med kolleger» har 36 svart. 21 har svart bekreftende på at de bruker selvstudier for å øke kompetansen. 17 bruker nettsidene til NKSR som er kompetansesiden for svangerskap og revmatisme. 22 søker informasjon på nettsidene til revmatiker.no. 29 bruker sykepleien.no for å innhente kunnskap. 15 finner informasjon på www.eular.org . 14 svarer at de finner kunnskap på legeföreningen.no. Det er kun 5 som bruker EULARS nettbaserte kursmoduler, som kan gi relevante moduler for å bygge kompetanse innen revmatologi. 13 svarer at de innhenter kunnskap via NKRR som er kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering. Det er få som bruker Pub med og forskning.no.

Denne kartleggingen som viser hvordan sykepleierne innhenter sine kunnskaper, viser at de bruker hverandre til å utveksle kunnskaper i svært stor grad. Fagseminarene innen revmatologi ser ut til å være en viktig arena for sykepleierne å få økt kompetanse. Når 21 av 36 bruker tid på selvstudie vil jeg si at sykepleierne i mitt studie er opptatt av å øke sin kompetanse. De bruker faglige nettsider til å finne informasjon og øke sin kompetanse. Det at det kun er 5 som har brukt EULARS nettbaserte kursmoduler kan være at disse modulene er for hele Europa og alt går på engelsk. Derfor kan en språkbarriere hindre noen sykepleiere å gjennomføre disse kursene.



Figur 10

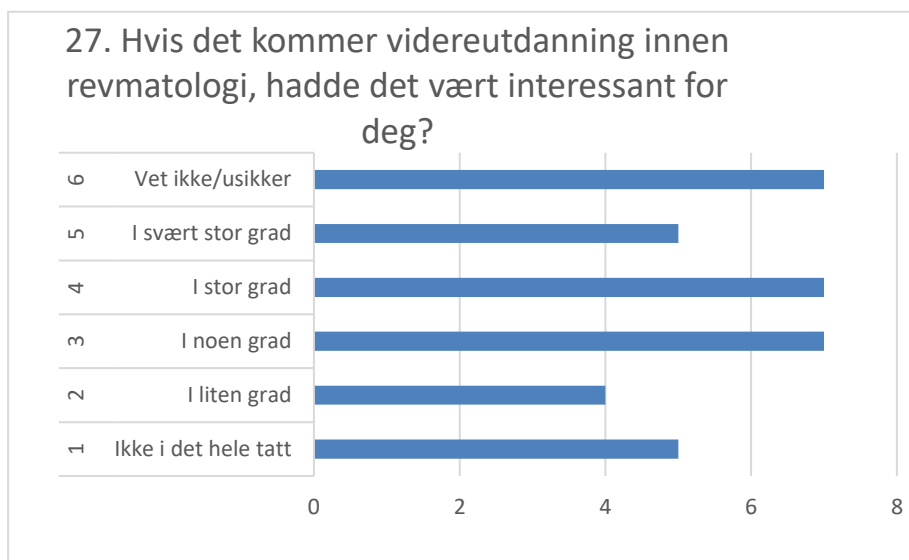
Skal avdelingens ledelse motivere sine sykepleiere til å øke sin kunnskap er det viktig at ledere bruker og etterspør deres kunnskap. På spørsmålet om avdelingen etterspør deres kunnskap svarer 16 «i stor grad» 10 svarer «i svært stor grad»

På spørsmålet om sykepleierne sin kunnskap blir lyttet til i faglige diskusjoner svarer 19 «i stor grad» og 9 «i svært stor grad».

Disse funnene viser at sykepleierne i min kvantitative undersøkelser blir vurdert av ledelse og kollegaer som en kunnskapsrik gruppe med sykepleiere. De blir lyttet til i faglige spørsmål, noe som igjen kan gi sykepleiere motivasjon til å øke sin kunnskap.

Jeg fant i den kvalitative intervjudelen at alle seks lederne savnet videreutdanning innen revmatologi på høyskolenivå. Selv om 7 er usikre på dette og 5 ikke ønsker det i det hele tatt viser funnet at de fleste sykepleierne kunne tenke seg videreutdanning innen revmatologi.

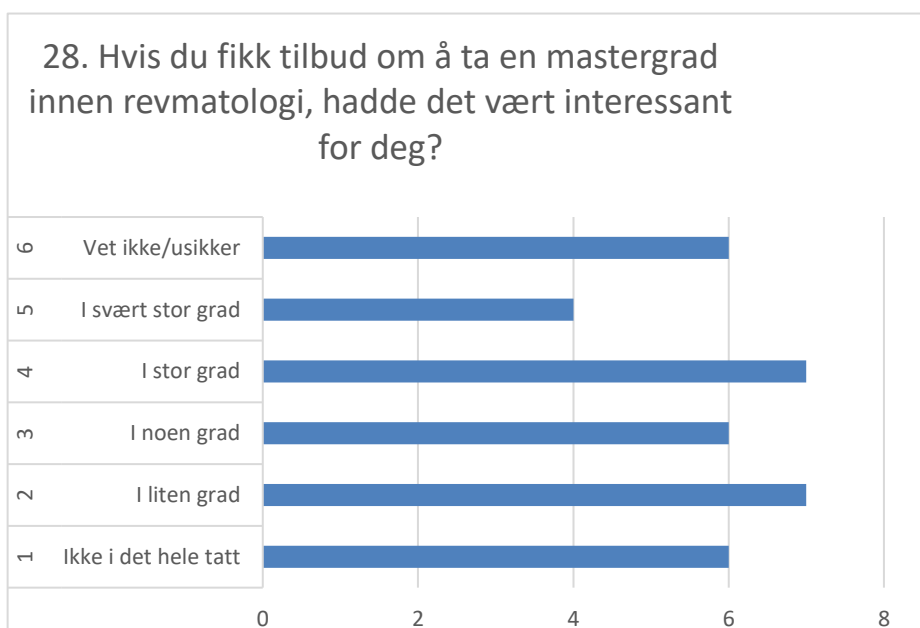
Det kan også tenke seg at de 5 som har svart ikke i det hele tatt innehar allerede denne utdannelsen.



Figur 11

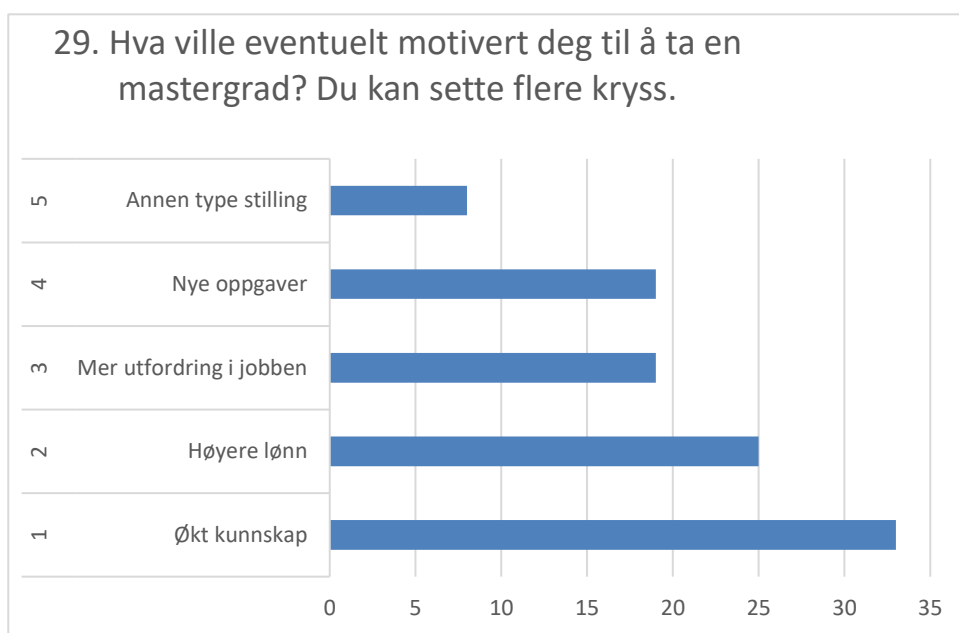
Da lederne i den kvalitative delen ytret ønske om sykepleiere med videreutdannelse var de fleste skeptisk til at alle sykepleierne trengte en master for å ha kom nok kompetanse til å ta over legene sine arbeidsoppgaver ved oppgavedeling.

Funnen når jeg spør sykepleierne viser at veldig mange ønsker å kunne ta dette og i tidligere spørsmål var det kun 4 av 36 som hadde en master eller holdt på med master. Jeg vil bruke disse svarene senere når jeg skal drøfte kompetanse.



Figur 12

Det er spennende å se at 33 av 36 sier at økt kunnskap er det som motiverer de til å ta en master. 19 sykepleiere uttrykker at nye oppgaver er en motivasjon til å gjennomføre et masterstudie. Det er ikke noen overraskelse at 25 svarer at høyere lønn er en motivasjon, da vi vet at sykepleiere har en lavere lønn enn for eksempel ingeniører med samme lengde på utdannelsen. Slik at man kan tenke ut fra disse funnene at kompetanse økning som fører til økt lønn vil være en motivasjon.



Figur 13

Til slutt har jeg spurt sykepleierne om de har noen gode tips til hva som må til for opprettholde og øke sykepleiernes kompetanse. Her har jeg bedt om kommentarer i fritekst. Og 19 av 36 har gitt sine råd. Disse svarene ønsker jeg å bruke i drøftingsdelen om kompetanse.

Kapittel 5

5.0 Diskusjon og analyse

Oppgavedeling er et fenomen som har vært en del av arbeidslivet i flere år, og ofte skjer det uten mye oppmerksomhet mens andre ganger setter det i gang diskusjoner mellom faggruppene. Oppgavedeling handler om fordeling av arbeidsoppgaver mellom profesjoner eller yrkesgrupper.

Ved oppgavedeling kan der ofte oppstå spenningsfylte relasjoner mellom helhetsorienterte sykepleiere og medisins orienterte leger som muligens kan forklares med ulike verdigrunnlag og ikke bare en kamp om makt og penger (Erichsen1996).

For å belyse dette temaet med bakgrunn innen revmatologi, vil jeg drøfte ulike sider ved oppgavedeling ved hjelp av både det kvalitative og det kvantitative materialet jeg har innhentet.

5.1 Bakgrunn for oppgavedeling

Da jeg som utgangspunkt for min forskning ønsket å vite om det var EULARS anbefalinger som er årsaken til oppgavedeling ved revmatologiske poliklinikker, ønsker jeg å fokusere på bakgrunn for oppgavedeling.

Faget revmatologi har vært gjennom store både medisinske og organisatoriske endringer de siste årene hvor det meste av pasientkontakten er ved poliklinikker. Faget har gått fra «tender care» til målstyrt behandling. Innen faget revmatologi kan vi kalle det et paradigmeskiftet for pasienter med kronisk inflammatoriske leddsykdommer som for eksempel leddgikt. Men målstyrt behandling av pasienter har og ført til tettere oppfølging og oftere legekonsultasjoner ved revmatologiske poliklinikker. Noe som igjen har ført til økt belastning på poliklinikkene. Relasjonen mellom behandler og pasient preges av korte møter, men behovet for omsorg er ikke blitt mindre. (Norsk Revmagullitin, 4.2012)

Det kan være mange årsaker til oppgavedeling, som mangel på ressurser av noen faggrupper, lange ventelister og nye behandlingsformer som gir økt oppfølging av pasientene.

Oppgavedeling kan rokke ved tradisjonell oppgavefordeling mellom sykepleiere og leger der man flytter på profesjongrenser. Det er viktig at endring ikke skjer for endringens sin del, men at det er en faglig motivasjon bak som sikrer faglig forsvarlig pasientbehandling. Slik at det fører til best mulig utnyttet ressurser til pasientens beste.

Derfor vil jeg se på om det var EULARS anbefalinger som har ført til ny praksis med oppgavedeling og egne sykepleiekonsultasjoner ved revmatologiske poliklinikker? Videre vil jeg på hva som har utløst bruken av oppgavedeling? Kan yrkesutøvernes autonomi påvirke oppgavedeling? Til slutt vil jeg diskutere hvordan ledere kan sikre kompetansen hos sykepleierne ved nye oppgaver. Det viktig å se på hvem som sikrer kvalifikasjonene og faglig forsvarlighet hos de som tar over nye oppgaver.

5.1.1 Påvirker «EULARS anbefalinger for sykepleiere» oppgavedeling?

Oktober 2011 ble EULARS anbefalinger publisert med anbefalinger for sykepleierollen innen revmatologi. Disse anbefalingene kan man anta være utløsende effekt på oppgavedeling inne revmatologi.

Ut fra spørsmålet om lederne som jeg intervjuet hadde kjennskap til disse anbefalingene, svarte 5 av 6 bekreftende på at disse var kjent, men de kunne ikke ord gi disse 10 anbefalingene. Disse svarene samsvarer med svarene sykepleierne har gitt på spørsmålet om de følger EULARS anbefalinger ved avdelingen. (Se svar figur 8) og figur 7 viser at EULARS anbefalinger er kjent for de aller fleste av sykepleierne ved poliklinikkene. Ut fra disse svarene kan jeg si at de følger anbefalingene, men disse funnene sier ingenting om det er disse som har ført til oppgavedeling.

Men man kan anta at EULARS anbefalinger muligens kom fordi denne praksisen med å bruke sykepleierne mer selvstendig hadde begynt å ta form rundt på flere revmatologiske poliklinikker i Europa. I England hadde de holdt på med oppgavedeling fra leger til sykepleiere med sykepleiedrevet poliklinikk siden tidlig 90-tallet (Hill 1994) Derfor hadde en behov for å se på noen anbefalinger ut fra evidens basert forskning, slik at forsvarlighet av pasientbehandling opprettholdes.

Da jeg ønsker å få informasjon fra respondentene om det er EULARS anbefalinger som har vært utløsende årsak til oppgavedeling, viser mine funn at oppgavedeling er kjent og blitt brukt en god stund. «*Oppgavedeling mener jeg vi har hatt lenge, minst 10 år*» (Leder 3).

Dette tyder flere funn også på hvor en av informantene avkrefter igjen at det ikke er EULARS anbefalinger som har ført til oppgavedeling ved å si «*Nei, det er en lang prosess helt tilbake til 90-tallet med en prosess som har ført til hvordan vi jobber ved poliklinikken*» (Leder 1).

Hvor en annen leder uttaler: «*Oppgavedeling er vanlig praksis ved avdelingen, spesielt fra 2010*» (Leder 5). Da EULARS anbefalinger ikke kom før i 2011, kan dette si noe om at EULARS anbefalinger ikke har ført til oppgavedeling. Som en rød tråd gjennom hele den

kvalitative forskningen min kommer det stadig utsagn om at de sykepleierne med videreutdanning innen revmatologi blir brukt ved oppgavedeling ved poliklinikkene. Dette viser utsagn som: ... *det er disse sykepleierne som har denne utdannelsen som er mest brukt il egne konsultasjoner ved poliklinikken*. Det kan utfra mine funn antas at videreutdanningen innen revmatologi som kom i 2006 og utdannet to kull har vært noe av den utløsende årsaken til oppgavedeling innen revmatologi. Funnene jeg gjør når spørsmålet kommer om kompetanse ved oppgavedeling tyder på at lederne savner denne type utdanning for å øke kompetansen til sykepleierne. Flere trekker frem at denne utdannelsen er savnet. «*Ønsker en videreutdanning på lik linje med de andre spesialavdelingene*» og «*Vi trenger å få formell videreutdanning tilbake*» Ut fra disse funnene som sier meg at det ikke var EULARS anbefalinger som har ført til oppgavedeling, men ved at sykepleierne fikk økt sin kompetanse ved en formell videreutdanning som gjorde de kompetent til å ta over oppgaver fra legene. Det kan se ut til at mine funn viser til at når man fikk en videreutdanning innen revmatologi førte det til økt bruk av oppgavedeling.

Det at ikke EULARS anbefalinger har vært årsaken til oppgavedeling er nok den praksisen ved alle avdelinger at legene med sine ledere jobber med kompetanse innad i legegruppen og parallelt jobber sykepleieledere med kompetanse til sine sykepleiere. Flere informanter peker på at det sjeldent er en felles kompetanseplan for alle yrkesgrupper ved revmatologiske avdelinger eller noen annen avdeling. Det er ikke praksis ved avdelingene at legene blir informert om nye behandlingsmetoder som angår sykepleierne sine arbeidsoppgaver. Selv ved store kongresser innen revmatologi har leger og sykepleiere forskjellige forelesninger som går parallelt. Selv om EULARS anbefalinger for sykepleiere var på agendaen ved disse kongressene, var dette tema for sykepleierne og ikke legene.

Så når EULARS anbefalinger kom som pekte på typiske sykepleieoppgaver og ikke gikk inn på legenes hovedoppgaver som å sette diagnose og medisinere, skapte det nok ikke noen reaksjoner fra legesiden. EULARS anbefalinger går på kommunikasjon, informasjon, psykososiale aspekter hos pasientene, hjelp til mestring og opplæring. Mine funn peker på at EULARS anbefalinger har ført til hvordan revmatologiske poliklinikker organiserer seg når ledere sier at de har laget sine rutiner ut fra disse anbefalingene. «*...vi har laget rutiner ut fra disse anbefalingene*» (Leder 4). «*Vi bruker disse i organiseringen, selv om vi ikke helt er bevisst*». En annen leder uttrykker det slik: «*I praksis følger vi disse anbefalingene*» (Leder 4). Slik den kvalitative undersøkelsen viser tyder det ikke på at innholdet i anbefalingene har gjort noe inntrykk og skapt noen diskusjoner, da ingen av de 6 lederne kunne huske innholdet i anbefalingene. Dette kommer frem i svaret til en leder som sier: «*Jeg vet at de finnes, men*

ikke godt kjent med innholdet» (Leder 6) og «Er godt kjent med at den finnes. Husker ikke så godt ordrett hvordan disse anbefalingene er» (Leder 3).

På spørsmålet videre til lederne er om de tror at det er disse anbefalingene som har ført til oppgavedeling. Ingen av de seks lederne kan bekrefte at det er anbefalingene som har ført til oppgavedeling. De fleste av lederne hadde tatt i bruk oppgavedeling på grunn av mangel på leger og mer organisatoriske årsaker. Leder 2 sier: *«Ikke EULAR sine anbefalinger som har ført til oppgavedeling, mer en trend i tiden»*. Og en leder sier at det har vært en lang prosess helt tilbake til de ble stor poliklinikk og liten sengepost. Et annet utsagn at EULARS anbefalinger har gitt en bevissthet på måten man organiserer seg og jobber på, men har ikke vært den utløsende årsaken. Motivasjonen for å ta i bruk disse anbefalingene har tydelig vært mangel på legerressurser og man må bruke de ressursene man har til rådighet.

Når jeg ikke finner at EULARS anbefalinger har utløst oppgavedeling ved revmatologiske avdelinger, er det dermed interessant å diskutere om hvilke andre begrunnelser som brukes for å praktisere oppgavedeling. Det jeg da ser ut fra svarene fra lederne i den kvalitative undersøkelsen kommer det tydelig frem at de spesielt har brukt de sykepleierne som tok videreutdanning innen revmatologi i 2005 blir brukt til legedelegerte oppgaver. Hvor en leder sier tydelig at *de sykepleierne med videreutdannelse blir brukt til oppgavedeling*. Så kanskje hovedgrunnen til oppgavedeling var at faget fikk sin egen spesialutdannelse innen revmatologi og ledere sammen med legene så at disse sykepleierne hadde ervervet seg god kunnskap til å ta over noe av oppgavene til legene.

Siden pasientforløp har også blitt en vanlig måte å organisere pasientbehandlingen på, har disse tverrfaglige forløpene gjort at flere yrkesgrupper har fått en plass i behandlingen av pasientene. Der viser mine funn at sykepleierne har en viktig omsorgsfunksjon inn til pasientbehandlingen, noe som leder uttrykker ved utsagn som: *«Det jeg opplever hos pasienten når de kommer til sykepleiere, at pasienten bruker de på en annen måte. At sykepleierne har et annet fokus» (Leder 5).*

Grunnen til at EULARS anbefalinger blir brukt uten at det har vært bevisst kan man anta at disse anbefalingene ble laget av tverrfaglige team ut fra «best practis» og evidensbasert litteratur som nok ligger nært den måten som er best å jobbe på for å sikre pasientene best behandling.

Går jeg mer inn på innholdet i EULARS anbefalinger ser jeg at disse anbefalingene går mer på kommunikasjon, informasjon og opplæring. Dette står i samsvar med min funn hvor en leder uttaler: *I forhold til oppgavedeling så går det ett sted en linje å hva som er det medisinske i forhold til hva legene bør gjøre. Det ser jeg på ifølge loven skal legene sett*

diagnose, igangsette behandling og revurdere behandling. Men selve oppfølgingen kan delegeres til kompetent personell, først og fremst sykepleiere» (Leder 3). Slik jeg ser det passer EULARS anbefalinger godt inn i både helsepolitiske føringer hvor helseminister Bernt Høye i sin sykehustale sier at vi må bruke pasienten sine evner til å mestre egen sykdom, hvor Høye mener dette er en lite brukt medisin (Sykehustalen 2019). Her viser mine funn at sykepleierne har en viktig rolle i pasientbehandlingen ved å informere, støtte og motivere. Det viser en av respondentenes utsagn: *En har en forventning av at sykepleierne har en omsorgsdel. Viktig i et miljø at det er flere yrkesgrupper, ikke greit hvis det bare var leger* (Leder 1). Slik at team tanken og praktisere pasientforløp vil føre til helhetlig behandling av pasientene med kronisk sykdom.

I Norge er det største problemet at der vil mangle mange sykepleiere til å gjøre oppgavene i årene fremover, mens i andre europeiske land er der stor mangel på legeressurser. Samtidig vet vi at andre nye oppgaver og økt kompetanse vil gjøre at sykepleierne fortsetter i sitt virke og ikke velger andre jobber utenfor helsesektoren. Noe svarene til sykepleierne kan gi uttrykk for i den kvantitative undersøkelsen hvor jeg spør sykepleierne hva som kan motivere de til å ta en master grad. Da svarer 19 «mer utfordringer», 19 bekrefter og at det er nye oppgaver som motiverer. 25 har gitt uttrykk for at høyere lønn kan motivere. Så skal ledere beholde sykepleierne i klinikken er det viktig å gi de utfordringer i form av kompetanseøkning. Konklusjonen er ganske klare på at det ikke er EULARS anbefalinger for sykepleiere i poliklinikken som har ført til oppgavedeling, men at alle de tre revmatologiske poliklinikkene undersøkelsen har blitt utført hos har implementert disse anbefalingene.

Jeg vil diskutere temaet videre, men da se mer på årsaken til bruk av oppgavedeling.

5.1.2 Hva er utløsende årsaker til oppgavedeling i revmatologisk poliklinikk?

Når evidensbaserte anbefalinger som var tydelige på hvilke oppgaver sykepleierne skulle ivareta i en revmatologisk poliklinikk, kan det være lett å konkludere med at disse har vært utløsende årsak til oppgavedeling. Der viser mine hovedfunn at det ikke er EULARS anbefalinger som har ført til oppgavedeling innen revmatologi. Dette kan understøttes av Hagelund sin undersøkelsen som foregikk før disse anbefalingene kom. Både mine funn og konklusjonen til Hagelund er at oppgavedeling har skjedd grunnet lange ventelister og dårlig lege kapasitet.

Ifølge Jacobsen (2018) endres organisasjonen ved en ubalanse mellom interne forhold i organisasjonen eller en ubalanse mellom organisasjonen og omgivelsene. Her viser mine funn

at etterspørsel og kapasitet stemmer ikke overens, hvor lange ventelister og mangel på leger førte til at endringen og oppgavedeling ble satt i gang. Endringene ble nok ikke satt i gang som en planlagt endring, men at politiske påtrykk og medisinske anbefalinger gjorde til at ressursene de hadde til rådighet måtte brukes på best mulig måte. Dette viser en av respondentenes utsagn: *Grunnen var opprinnelig på grunn av ressursmangel, at man måtte bruke de folkene man har til de oppgavene man har* (Leder 3).

Materialet mitt viser at spørsmålet om de praktiserer oppgavedeling ved avdelingene svarer 17 sykepleiere at det har de i «stor grad» og 10 har svart i «svært stor grad», noe som bekrefter at dette er en godt brukt arbeidsmetode ved revmatologiske poliklinikker. Mine funn fra den kvalitative materialet mitt viser en enighet om at oppgavedeling er noe som blir praktiser ved revmatologiske poliklinikker med utsagn som: *Det er vanlig praksis og utstrakt bruk og hele tiden prøvd å finne hvor grensen går* (Leder 1).

Det kommer frem momenter i mitt materiale som viser at oppgavene som blir delegert videre til sykepleierne er valgt ut fra lederne sin side, slik at man kan ikke si at det er alle oppgavene til legene blir overført til sykepleierne. Mine funn sier noe om dette ut fra sitater som: *At sykepleierne tar de enkleste pasientene som er stabile og med behov for oppfølging* (Leder 4). *Og da går det ut på at sykepleierne får utvalgte pasienter og problemstillinger, og gjennomfører konsultasjoner som en relativt ny LIS lege gjør* (Leder 3). Funnene tyder på at det er vanlig praksis ved poliklinikkene men det trenger nødvendigvis ikke være en velfungerende praksis, men mer en måte å organisere seg på og bruke de ressursene man har til rådighet.

Funn ut fra den kvantitative spørreundersøkelsen der jeg ønsket å vite om sykepleierne mente at oppgavedeling fungerer tilfredsstillende ved deres avdeling. Der har 16 svar» i stor grad», 8 «i svært stor grad» og 10 «i noen grad». Det at 10 uttrykker at det kun fungerer i noen grad kan en tenke at der har kommet opp litt kamp om oppgavene ved enkelte poliklinikker. Det kan vi anta utfra utsagn fra leder som svarer på om de har møtt noen utfordringer ved oppgavedeling «*Ja, nå i år har vi møtt utfordringer i form at legegruppen begynner å mene at leger skal gjøre legeoppgaver*» (Leder 4). En annen leder har uttrykt at noen sykepleiere kan være litt usikre på oppgaver som blir delegert og har gjerne tanker på om de er kvalifisert for disse oppgavene. På tross av disse utfordringene finner jeg at oppgaveglidning fungerer godt på de fleste revmatologiske poliklinikker i landet, men at noe motstand til denne praksisen har dukket opp ved noen avdelinger. Der viser en leders utsagn (Leder 3) som sier at arbeidsmåten med oppgavedeling har gått litt opp og ned, hvor dette kan bunne i at der er utskifting av leger og sykepleiere ved avdelingene. Siden noen av lederne påpekte at god

kommunikasjon mellom de to yrkesgruppene og at de kjenner sykepleiernes styrke og faglige kompetanse er en forutsetning for at oppgavedeling kan fungere tilfredsstillende. Dette kan i en overgang være en utfordring ved bytte av personale.

Noe av den politiske føringen til oppgavedeling er omfordeling av ressurser til pasientens beste, og oppgavedeling har blitt brukt der hvor det har vært ressursmangel på for eksempel leger. Dette viser seg å være tilfelle ved revmatologiske avdelinger hvor noen avdelinger i en årrekke har hatt mangel på legeressurser ved sine avdelinger. Det derfor lett å tenke at dette er utløsende faktorer for oppgavedeling. Når jeg har analysert svarene ut fra den kvalitative intervjudelen tar jeg utgangspunkt i ordet som går igjen hos flere av lederne og det er *ressursmangel*. Her har jeg valgt å sette de ordene som er viktig i mine funn i kursiv tekst, for å understreke de viktigste funn opp mot temaet oppgavedeling.

Mine funn sier meg at hovedgrunnen til oppgavedeling ved revmatologiske poliklinikker er ut fra respondentenes svar: «To ting, først en *ressursmangel* på leger. Leder uttrykker at de hadde et *underskudd på leger*. En annen svarer «*det går litt på at legene har fått det mer travelt og økt antall oppgaver*». De fleste av mine respondenter viser til ressursmangel som hoved årsak: «Det er for at vi syns vi har *for få lege ressurser* til å klare alt». Der de fikk og et avvik fra fylkeslegen fordi de ikke tok godt nok vare på pasientene på poliklinikken på grunn av lange ventelister. Denne tilsynssaken ble lukket to år senere fordi avdelingen brukte oppgavedeling fra lege til sykepleiere som tiltak på avviket. (Leder 4) Her kan vi se at oppgavedeling er en nøkkel til å få ned lange ventelister. Noe som igjen er viktig helsepolitisk, da frist for helsehjelp blir stadig kortere og fristbrudd er en kvalitetsindikator. Andre ledere mener at ulike yrkesgrupper har sin styrke.

Så ut fra mine funn er hovedårsaken til bruk av oppgavedeling *ressursmangel*, men flere har konkludert med at det å treffe flere yrkesgrupper vil være til det beste for pasienten. En av lederne uttrykker det slik: «*Grunnen var opprinnelig på grunn av ressursmangel, at man måtte bruke de folkene man har til de oppgavene man har. I dag ser vi det som hensiktsmessig for å få avdelingen til å gå. Og pasientene gir etter hvert uttrykk for at de ønsker å komme til forskjellige helsepersonell som tar opp flere ting*». Dette kommer også frem i utsagnet: «*En pasient som møter sykepleiere kan oppleve den situasjonen i større tillit i forhold til en lege*». Disse utsagnene fra ledere kan påpeke noe av det som er spennende mellom disse to yrkesgruppene, og det er at de har forskjellig fokus når de møter pasienten. Dette gjør at pasientene vil få bedre behandling når de møter de forskjellige yrkesgruppene som kan hjelpe de med utfordringer de har ved å leve med sin kroniske sykdom. Hver yrkesgruppe har sin styrke i møte med pasienten.

Legeforeningen har gjennomført en kartlegging av legers tidsbruk i tidspunktet 1994-2002, hvor der viser en nedgang i tiden som blir brukt til direkte pasientkontakt hos legene. Legene har nå mer merkantile oppgaver og møtevirksomhet. Så med økt pasientgrunnlag og mindre tid til pasientbehandling er det grunn til å anta at oppgavedeling har blitt tatt i bruk for å ta unna strømmen av pasienter. Dette stemmer med mine funn hvor leder 2 uttaler at legene har fått det *mer travelt og økt antall oppgaver*. Der lederne har sett det mest hensiktsmessig å fordele noe av arbeidet til sykepleierne.

Selv om det ikke er EULARS anbefalinger som har utløst oppgavedeling innen revmatologi har det utløst flere prosjekter og artikler. Dette kan også være fordi det fra videreutdanningen innen revmatologi ble en mye mer fokus på kompetanseøkning og flere sykepleiere hadde under videreutdannelsen utarbeidet en oppgave som gikk på sykepleie innen revmatologi. Det er ofte når noen sykepleiere og kollegaer blir inspirert til faglig videreutvikling at dette kan virke positivt på hele gruppen av sykepleiere. Derfor vil jeg anta at prosjektet til Koksvik i 2013 ble utløst som et resultat av at fagmiljøet innen revmatologi hadde fått mer fokus på at sykepleierne også kunne drive med forskning. Koksvik (2013) sin forskning kunne vise til at pasientene var veldig fornøyd med sykepleiekonsultasjonene og at funnen tydet på at det ikke var noe medisinsk fare ved bruk av oppgavedeling. Her kan jeg vise at mine funn understøtter koksvik (2013) sin forskning ved uttalelse fra leder (Leder 3) som sier: *Konsultasjoner hos legene føler pasientene er mer irrelevant for de tar ikke opp de tingene som pasientene har på hjerte.*

Mine funn når det gjelder utløsende årsak til oppgavedeling viser til lange ventelister og for få legerressurser. Der flere av mine informanter uttrykker at legene har fått det mer travelt og har fått økte oppgaver slik at det ble mest hensiktsmessig å fordele noe av arbeidet til sykepleierne. «*Grunnen var opprinnelig på grunn av ressursmangel, at man måtte bruke de folkene man hadde til de oppgavene man har. I dag ser vi det som hensiktsmessig for å få avdelingen til å gå*» (Leder 3). Jeg kan også vise til revmatologisk avdeling i Ålesund som utførte et jobbglidningsprosjekt fra lege til sykepleiere på grunn av ressursmangel og lange ventelister, der jobbglidning har ført til reduserte ventelister. (Mørkeseth 2013).

Da mine funn viser til at legene er bekymret for kompetansen til sykepleierne som tar over noen av arbeidsoppgavene deres ved oppgavedeling. Her viser mine kvantitative funn at sykepleierne mener de har god nok kunnskap til å ta over legenes arbeidsoppgaver der 27 av 36 svare at de har gode nok kunnskap til å utføre egne pasientkonsultasjoner. Her viser også en av respondentene sine svar at leder *anser det som nødvendig at pasienten møter en sykepleier, hvor leder påpeker at sykepleierne brukes mye til opplæring og informasjon*

(Leder 3). Der er og funn som sier meg at sykepleierne har et annet fokus enn legene i pasientbehandlingen. *De er mer opptatt av at pasienten må forstå* (Leder 5), hvor det og kommer frem ved flere utsagn fra respondentene at *sykepleierne har bedre tid* enn legene på sine konsultasjoner. Dette kan nok tenkes gir utslag på pasienttilfredshet når det leger og sykepleiekonsultasjoner blir målt opp mot hverandre slik det ble gjort i Koksvik (2013) sin forskning.

Kristine Hagelund (2009) fortok en spørreundersøkelse av pasienter etter at de har vært hos sykepleiere til konsultasjon, og der svarer 97 av 117 at de ønsker å komme til sykepleier neste gang og 9 av 117 pasienter mente denne konsultasjonen var dårligere enn legekonsultasjon. Hun sendte og spørreundersøkelse til 8 leger og 8 sykepleiere ved 5 revmatologiske avdelinger. Dette var spørsmål som omhandlet oppgavedeling fra leger til sykepleiere og da spesielt egne sykepleiekonsultasjoner. Svarerne var gjennomgående samstemte og positive til temaet. Det kom frem at legene er positive til å delegere slike konsultasjoner til sykepleier, men det var avhengig av at legen kjente sykepleierens kunnskap og var trygg på han/henne. Godt samarbeid mellom lege og sykepleier ble spesielt trukket frem. Det gjennomgående fra disse respondentene var ønske om at sykepleierne måtte ha lang erfaring innen revmatologi med god kunnskap om medisiner og leddvurderings kurs (Hagelund, 2009). Hagelund sine funn passer godt med det mine respondenter sine svar hvor de påpeker at det som fremmer oppgavedeling er god kontakt i teamene og fysisk nærhet mellom lege og sykepleiere. Og som tidligere nevnt at de sykepleierne med spesialutdanning innen revmatologi blir brukt til oppgavedeling.

Hagelund fant disse svarene på om det er faglig forsvarlig og at pasientene er tilfreds med sykepleiekonsultasjoner som var delegert fra legene tre år før EULARS anbefalinger ble utarbeidet. Dette understøtter mine funn at det ikke er EULARS anbefalinger som har ført til oppgavedeling innen revmatologi, men at oppgavedeling har blitt til grunnet mangel på legeressurser og lange ventelister på legekonsultasjoner ved revmatologiske poliklinikker. Samtidig er det viktig at ledere som er ansvarlig for pasientsikkerheten ser på ansvarsforhold når det gjelder oppgaver som blir overført til en annen yrkesgruppe. Forsvarlighetskravet setter krav til at helsepersonell ikke går utover sine faglige kvalifikasjoner og legene vil alltid ha det medisinskfaglige ansvaret.

I sykehustalen 2019 sier Bernt Høye «Flere vil trenge hjelp til å leve med kronisk sykdom» og behovet for helsetjeneste vil øke. Vi vil i fremtidens helsetjenester mangle mange helsearbeidere, så derfor må vi tenke annerledes. Så i helsepolitisk klima ser helsemyndighetene *oppgavedeling* som et verktøy for best mulig ressursutnyttelse, hvor

oppgavedeling både etterspørres og forventes (Helse og omsorgsdepartementet 2015) «*Pasientenes helsetjeneste*» er et ofte brukt ord fra helseminister Høyre. Og i Stortingsmelding 11, kommer dette tydelig frem. Når det blir snakket om pasientens helsetjeneste blir ordet kvalitet mye brukt. Funnene mine sier meg at EULARS anbefalinger kan øke kvaliteten for pasientene ved revmatologiske poliklinikker. Der en av respondentene svarer: EULARS *anbefalinger passer godt inn i «pasientens helsetjeneste»*. Og de andre 5 respondentene svarer bekræftende på dette spørsmålet. Dette kan også bety at pasientene ønsker ofte å ta opp andre ting enn medikamentbruk, men ting som mestring, søvnproblemer og andre ting som ligger pasientene på hjerte. Derfor passer sykepleieoppgavene med fokus på pasientens egen mestring av sykdommen og EULARS anbefalingene godt inn i pasientens helsetjeneste. EULARS anbefalinger kom fordi man fant at der var store forskjeller på behandling til revmatiske pasienter rundt i Europa, og man skulle ut fra evidensbasert litteratur finne en felles anbefaling for sykepleiernes rolle ved poliklinikkene og egne sykepleiekonsultasjoner. Helsedirektoratet har foretatt en kartlegging av erfaringer med endret oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten, og den viser at det foregår oppgavedeling ved mange sykehus. I rapporten er det spesielt nevnt selvstendige sykepleiekonsultasjoner ved mange revmatologiske poliklinikker og studien fra St.Olavs blir trukket frem. Rapporten trekker frem at ønske om mer effektiv pasientbehandling med *reduksjon av ventetid og fjerning av flaskehals* var en viktig årsak til at oppgavedeling ble brukt. Helsepersonell blir avlastet og frigitt tid til viktigere oppgaver, man får en bedre arbeidsflyt og helsepersonell som får nye oppgaver melder om økt motivasjon, teamfølelse og jobbtilfredshet. Her viser disse funnene mye av det samme som jeg fant at sykepleierne fikk økt motivasjon ved nye oppgaver og at oppgavedeling kan fremme den faglige entusiasme.

Mine funn tyder på at noe av det viktigste arbeidet ved oppgavedeling er å tenke team tanken, fordi oppgavedeling hadde vært et ikke-tema dersom man ikke anerkjenner helsevesenet som et system sammensatt av flere yrkesgrupper hvor mange av disse er gjensidig avhengig av hverandre. Dette kommer og frem i min undersøkelse hvor leder svarer: *Vi tenker jo team, og vi har veldig mye kommunikasjon lege og sykepleier*. (Leder 2) En annen leder har svart: *vi har jobbet veldig de siste årene for å få til mer teamfølelse og jobber mot effektive team*. På mitt forskningsspørsmål om hva som er utløsende årsak til oppgavedeling gir tidligere funn og mine funn at årsaken til oppgavedeling fra leger til sykepleiere er mangel på legeressurser, økte oppgaver for legene og at ledere mener at sykepleierne har noe eget å tilføye pasientene.

Noe som kommer frem når du leser EULARS anbefalinger og du ser på pasienttilfredshetsundersøkelsene som er utført viser at sykepleierne er en viktig ressurs for pasientene.

Økonomi er viktig når avdelinger skal ledes og det kan hende at nye refusjonsregler som kom 01.01.2010 hvor sykepleiere kunne kreve egenandel for sykepleiekonsultasjoner har ført til oppgavedeling. Som en leder uttrykker dette med økt bruk av oppgavedeling fordi løsningen er ikke bare å ansette nye men løse oppgavene du har med det mannskapet du har. «*Hvor opplevelsen av ressursmangel har på en måte gjort at du må se på oppgavene som skal gjøres på avdelingen og bruke det personale du har.*» Denne lederen påpeker det momentet igjen at sykepleierne fyller et annet behov pasientene har lederen sier:» *Pasientene har etter hvert gitt uttrykk for at de ønsker å komme til forskjellige helsepersonell som tar opp flere ting enn medisiner*».

Da kan jeg oppsummere at oppgavedeling ved revmatologiske poliklinikker ble vanlig praksis fordi det var legemangel ved flere avdelinger. Samtidig fikk vi sykepleiere som tok videreutdanning på høyskolenivå og fikk en økt kompetanse. Disse ble i første omgang brukt til legedelegerte oppgaver som egne sykepleiekonsultasjoner. Videre kom EULARS anbefalinger som satte fokus på viktige sykepleieoppgaver i behandling av pasientene. Det viser seg at det ikke var EULARS anbefalinger som utløste oppgavedeling men det utløste flere artikler og et fokus på den viktige rollen sykepleierne har inn i pasientbehandlingen. Videre i oppgaven vil jeg se på utfordringer når noen med lavere utdanning tar over oppgaver fra de med høyere utdanning.

5.1.3 Påvirker profesjonenes autonomi oppgavedeling?

For å forstå begrepet autonomi vil jeg trekke frem hva mine respondenter har gitt uttrykk for har vært en utfordring ved oppgavedeling fra lege til sykepleier.

Legene hadde sin egen legelov frem til 2001, da fikk Norge en felles helsepersonell lov. Med felles lov kan man tenke at noe av legenes autonomi har gått tapt.

Florence Nightingale som startet den første offisielle sykepleieutdanningen etter Krimkrigen og er en del av sykepleieidentiteten. (Lockertsen 2015) Hun hadde en visjon og ønske om sykepleiefaget som en selvstendig og uavhengig profesjon som brukte evidensbasert kunnskap inn i pasientbehandlingen. Hun spilte en stor rolle i bekjempelsen av bakteriell smitte og overføring av smitte mellom pasienter. Det at lege yrket kom først og sykepleierne etterpå har blitt et profesjons skille mellom disse to yrkesgruppene selv om

sykepleierutdannelsen har blitt mye mer akademisk de senere årene og de jobber tett sammen som team på arbeidsplassene. Dette har preget miljøet ved spesialisthelsetjenesten hvor sykepleierne ofte har blitt sett på som hjelpere til legene.

Endring i profesjongrensener blir ofte beskrevet med ord som profesjonskamp og som en evig kamp og konkurranse for å beskytte profesjonens grenser (Abbot 1988). Profesjonslitteratur gir en forståelse av at det som hovedregel vil være motstand hos den profesjonen om skal avgi en oppgave og en velvilje hos den profesjon som skal overta nye oppgaver og at graden av vertikal substitusjon vanligvis vil være kontrollert av de fagdisiplinene med mest makt (Abbott 1988).

Abbotts teorier om profesjonsutdanning vektlegger at arbeidsdeling mellom yrkesgruppene antas å følge profesjonelle grenser og jurisdiksjon. Profesjonenes avhengighet av hverandre kommer til uttrykk gjennom forhandlinger av såkalte jurisdiksjoner, som betyr en form for kontroll over en viss type kunnskap, ferdigheter og arbeidsoppgaver. Grensene er etablert gjennom historie og lovgivning. Opprettholdelse av full jurisdiksjon og underordninger vil oftest henge sammen med en slags enighet og aksept av de to representative profesjonene og yrkesgruppene (Abbot 1988).

Det nåværende klimaet for oppgavedeling kan se ut til å være mer preget av enighet enn tidligere fokus på profesjonskamp ifølge Nancarrow og Botwick (2005). Noe mine funn kan understøtte, da jeg ikke finner så veldig sterk motstand til oppgavedeling fra leger til sykepleiere ut fra kvalitativ undersøkelse.

Mine funn viser at det meste som hemmer oppgavedeling er» *Angst for å miste anseelse og oppgaver.*» Videre sier en leder» I forhold til oppgavedeling så går det ett eller annet sted *en grense* å hva som er det medisinske i forhold til det legene bør gjøre. Det jeg ser ifølge loven, skal legene sette diagnose og igangsette behandling». Dette understøtter felles Lov om helsepersonell §4: ved *samarbeid med annet helsepersonell skal legen ta beslutning i medisinske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.*

En annen leder svarer på spørsmålet om utfordringer ved oppgavedeling: «*Ja, nå i år har vi møtt utfordringer i form av at legegruppen begynner å mene at leger skal gjøre legeoppgaver. Og det er mye på grunn av at de å får de vanskeligste pasientene og at det er mer jobb med de.*». Det blir og uttalt at noen leger har negative synspunkt på oppgavedeling og ved den avdelingen har de laget prosedyrer på hvor handlingsrommet til hvilke oppgaver sykepleierne kan gjøre. Faglig autonomi er at du har kontroll på dine arbeidsoppgaver og det kan tenkes her at legene mener de mister kontakt med noen av pasient diagnosene som tidligere var til legekonsultasjoner, men som nå går til sykepleiere. Dette mest fordi medisinsk utvikling har

gjort at revmatiske pasienter fungerer godt, men de har gjerne behov for å snakke om andre ting enn medisiner og behandling. Derfor ønsker ofte pasienten å gå til andre yrkesgrupper enn legene, noe som igjen kan rukke ved legenes autonomi.

Når Abbott påpeker at det er to måter en profesjon sikrer seg kontroll over et arbeidsområde eller en oppgave, enten gjennom teknisk basert kontrollsystem eller teoretisk basert kontrollsystem (Abbott 1988). På det teknisk baserte kontrollsystemet ligger det å ha kontroll i selve teknikken eller den praktiske utførelsen av oppgaven. Dette kontrollsystemet benyttes ofte av yrkesgrupper med mindre utdanning og akademisk kunnskap. Det teoretisk baserte kontrollsystemet ligger kontrollen i kunnskap og ikke i teknikken. Det er denne kunnskapen profesjonene bruker for å legitimere hvorfor bestemte oppgaver tilhører deres jurisdiksjon, hvor kunnskap og teori er selve valutaen i konkurranse om arbeidsoppgaver (Abbott 1988). Dette kan gjerne forklare noen av mine funn, da spesielt *at leger mener at de bør gjøre legeoppgaver og sykepleiere sykepleieoppgaver*. For når sykepleierne startet sitt virke på sykehusene var legene ofte glad for at de kunne ta de litt praktisk og litt ofte «ekle» oppgavene for legene. Slik som å ta prøver av avføring, samle og ta prøve av urin og ekspektorat. Slik at når sykepleierne begynner å få egne konsultasjoner, og er opptatt med egne pasienter og ikke kan gjøre praktiske ting for legene, kan det skape en uro. På den ene avdelingen har tydeligvis legene tanke på hvilke oppgaver sykepleierne kan overta da lederen sier: «*Vi har laget prosedyrer om hvor handlingsrommet går*». Dette gjerne for fremdeles og ha faglig jurisdiksjon.

Funnene mine pekte på noen ord som gikk igjen da jeg spurte ledene i intervju om hva som kunne fremme oppgavedeling. Dette var ord som *tillit, faglig entusiasme, nye oppgaver og teamtanken*. En sa:» *tenker du teamtanken tenker du mindre hierarkisk*». Et annet utsagn som kom frem var «*Det som fremmer er utdanning, kompetanse, erfaring, interesse og entusiasme*». Et annet veldig viktig utsagn er at arbeidsmåten med oppgavedeling må være ledelsesforankret og at ledere er tydelig på at dette er en ønsket arbeidsfordelingen. Der en av mine respondenter uttaler tydelig at *Ledelse er viktig*.

Men ledelse i ekspertorganisasjoner kan være krevende da ledere må kombinere der faglige arbeidet og ledelse for best mulig ressursbruk. Strand (2007) beskriver spesialisthelsetjenesten som en kunnskapsbedrift der faglig kyndighet settes opp mot myndigheter, hvor Strand påpeker at endringsprosesser i helsevesenet kan bli påvirket av profesjonenes autonomi. (Strand 2007) Og målet for medisinsk ledelse i spesialisthelsetjenesten er å sikre faglig forsvarlighet i pasientbehandlingen.

Det som kan hemmer kan være ord som *kompetanse*. En annen leder har og uttalt at sykepleierne kan bli usikre på om de gjør en god nok jobb. En annen ting som hemmer er motstand av forskjellig slag, hvor der ofte brukes faglige argument. Ofte kan legene være skeptisk til den faglige kompetansen til sykepleierne. For som en av lederne svarte på hva som hemmet oppgavedeling: *tillit til at andre yrkesgrupper faktisk gjør jobben godt nok. Det kan ofte legene plages av*. En av utsagnene er «*For man vil jo støte på kompetansesvikt en plass for eksempel kan man ikke være kirurg hvis du ikke er lege*».

Abbot beskriver dette ved at klassiske dominante profesjoner vil forsøke å beskytte sine tradisjonelle profesjongrensener. De vil forsøke å skjule nytten ved praktiske ordninger og oppgavedelinger til andre på arbeidsplassen. Dette kan gjøres ved å fokusere på akademisk kunnskap for å forsøke å beholde profesjongrensene og egen jurisdiksjon. Hvor han uttaler: «*Knowledge is the currency of competition*» (Abbott 1988, s.102).

Hagelund (2009) har publisert en artikkel i sykepleien som heter «*Sykepleiere gjør legens jobb*» hvor årsaken til oppgavedeling var lange ventelister og ubesatte legestillinger. Den viser at erfaring med sykepleiekonsultasjoner er positive både fra leger, pasienter og sykepleiere. Hun påpeker at sykepleierne må erkjenne grensene for egen kompetanse og praktisere innenfor disse, og at det er avklart ansvar mellom leger og sykepleiere. Det kommer og frem viktigheten av et tett samarbeid mellom lege og sykepleier, hvor lege må være tilgjengelig for råd og veiledning. Dette viser også mine funn da en av respondentene uttaler at *det ett eller annet sted går en linje på hva som er det medisinske i forhold til det legene bør gjøre* (Leder 3). Videre nevner en annen respondent at *sykepleierne er bevisst i forhold til hva de kan gjøre, hvilke faglige begrensninger de har* (Leder 5).

Politisk krav om kvalitet på behandling er lederes ansvar og derfor er det ledernes ansvar å se til at sykepleierne har kompetanse til å ta over legers oppgaver. Det vil også være leders oppgave å øke kompetansen for sykepleierne, fordi det medisinske faget er i endring slik at kompetanseøkning må være et kontinuerlig arbeid.

I min kvantitative spørreundersøkelse spurte jeg sykepleierne om de hadde tilstrekke kunnskap til å ta egne pasientkonsultasjoner, og der svarte 18 av 36 «i stor grad» og 9 av 36 «i svært stor grad». Ingen svarte «ikke i det hele tatt» eller «i liten grad». Dette sier meg at sykepleierne som har gitt respons på spørreundersøkelsen er sykepleiere som er klar for nye utfordringer og føler seg kompetent til disse oppgavene.

Videre på spørsmålet om de har tilstrekkelig kunnskap til å ta over noen av legenes arbeidsoppgaver er svarene igjen svært positive, men jeg ser at der skulle vært mer spesifikt hvilke oppgaver de kan ta over. Der svarer 15 av 36 «i stor grad» og 7 av 36 «i svært stor

grad». Dette viser tegn på at det er mye kompetanse på revmatologiske poliklinikker som kan bygges videre på med tanke på enda mer oppgavedeling.

Der har vært mye skrevet om temaet i legeforeningen og i artikkelen «Jobbglidning- trussel eller mulighet» sier overlegeforeningen at de ønsker at jobbglidning skal være noe annet enn profesjonskamp og at fokus på pasientens beste med et godt lagarbeid i norske sykehus er god utvikling. Med en fordeling av oppgaver kan legenes spisskompetanse brukes mer hensiktsmessig, men at forsvarlighetskravet alltid må ligge til grunn. (Helle, Overlegen nr.1-2012).

Forsvarlighetskravet er nedfelt i Helsepersonelloven § 4 (Helsepersonelloven,2012) og Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999) Der Helsepersonelloven er profesjonsnøytral, som åpner for å fordele oppgaver på tvers av profesjongrensene så fremt forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet er ivaretatt (Helsedirektoratet, 2013).

I min kvantitative spørreundersøkelse har jeg kartlagt litt kompetanse hos disse utvalgte sykepleierne, og det kan diskuteres om dette er det reelle bildet på den kompetansen da ikke alle har blitt spurt og ikke alle som har fått tilgang til spørreundersøkelsen har svart. Allikevel har jeg svar fra 36 sykepleiere som jobber ved en revmatologisk poliklinikk.

Jeg finner at 8 av de 36 sykepleierne har videreutdanning innen revmatologi og 17 sykepleiere har annen videreutdanning. 4 av sykepleierne holder på med en master innen revmatologi.

I funn ut fra de kvalitative intervjuene finner jeg utsagn fra ledere som kommenterer at de bruker spesielt sykepleierne med *videreutdanning* innen revmatologi til lege delegerte oppgaver. En annen leder uttaler at fra 2010 var det en stor prosess med å velge de sykepleierne legene ønsket å ha med seg på poliklinikken. Dette viser at ledere og leger har vært bevisst med uttak av de sykepleierne de har brukt ved oppgavedeling og at det ikke har vært noen tilfeldig utvelgelse. Det har vært sykepleiere med *spesialkompetanse*.

Som en konklusjon kan jeg si at der har ikke vært full krig om oppgavedeling ved revmatologiske poliklinikker, men noe kan vi ane ut fra svarene i den kvalitative intervju delen. Ser i ettertid at jeg burde hatt spørsmål om utfordring på oppgavedeling i den kvalitative undersøkelsen for å kunne fått innspill på temaet fra sykepleierne også. Da jeg er sykepleier i bunn og var forsker i denne kvalitative intervju delen kan det tenkes at ledere som var leger ikke ville svare altfor negativt på spørsmålet om utfordringer ved oppgavedeling. Jeg fant at den faglige autonomi ble utfordret ved at legene var redde for å miste sine oppgaver. Ledere og leger spesielt var usikre på om sykepleierne hadde rett og nok

kompetanse. Lederne og legene var redd for at ikke sykepleierne kunne gjøre den delegerte jobben godt nok og at det kan gå ut over pasientsikkerheten.

5.1.4 Hvordan sikrer ledere kvaliteten i kompetansen hos sykepleierne?

Norske sykepleiere er i litteratur omtalt som en høyt akademisk utdannet helsepersonellgruppe, i forhold til andre europeiske land (Brusselkontoret, 2012). Sykepleie er en praktisk disiplin med et naturvitenskapelig, mellommenneskelig, moralsk fundament som iverksettes gjennom omsorg, pleie, forbyggende og helsefremmende arbeid (Norsk sykepleierforbund, 2008).

Selv om sykepleierforbundet alltid har frontet kunnskap har sykepleierne gjennom tidene blitt sett på som hjelperne til legene. Så viser mine funn at sykepleierne har noe bare de kan tilføre pasienten da alle seks respondentene mine svarer bekreftende på dette. De nevner blant annet at sykepleierne er bedre til å *kommunisere* med pasientene og at sykepleierne ofte har et *annet fokus* enn legene. Og en av lederne uttaler at legene har ansvar for diagnostikk og behandling og resten av oppfølgingen kan delegeres videre til sykepleierne inntil den medisinske behandlingen må justeres.

Et av ordene som går igjen i intervju med ledere er *kompetanse* og viktigheten av å ha den rette kompetansen. *Kompetanse* er helheten av kunnskap, ferdigheter og evner som gjør en person i stand til å fylle konkrete funksjoner og utføre tilhørende oppgaver i trå med definerte krav og mål (St.meld.nr. 13 Utdanning for velferd).

Kompetanse i sykepleier profesjonen er en sentral faktor i muliggjøringen av overføring av arbeidsoppgaver fra lege til sykepleiere samtidig som faglig forsvarlighet blir ivaretatt. Profesjonsutviklingen av sykepleierne kan virke som en akademisering, hvor en akademisk tilnærming kan forenklet fremstilles som «evnen til å avveie kompliserte hensyn» (NOU 3,2008). Det er mye som tyder på at den akademiske utviklingen av sykepleien har ført til økt kunnskapsnivå og mulighet til overføring av oppgaver fra leger til sykepleiere ved revmatologiske poliklinikker. (Brusselkontoret,2012).

Helsepersonell loven sier at bedømmelse av hvorvidt helsepersonell anses å handle faglig forsvarlig skal gjøres ut fra hva en kan forvente ut fra helsepersonellens kompetanse, arbeidets karakter og situasjon for øvrig (Helsepersonelloven,2012).

Linda Lai (2013) sier at kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i trå med definerte krav og mål.

I den kvantitative undersøkelsen har jeg laget et flere svars spørsmål som spør om hvordan og hvor de tilegner seg kunnskap. 20 svarer kurs og 31 svarer fagseminarer, så det viser at mye kunnskap kan tilegnes ved kurs og fagseminarer. 21 mener kunnskap er ervervet ved selvstudie og veldig mange av sykepleierne bruker nettsidene til kompetansesentrene våre innen revmatologi. Sykepleien.no, revmatikeren.no og legeföreningen.no er mye brukt til å erverve seg kunnskap.

Hvis en sykepleier skal bruke tid på å øke kunnskapen er det viktig at ledere etterspør og prioriterer kunnskapen deres. Svarene på spørsmålet om ledere etterspør og prioriterer deres kunnskaper positive da ingen svarer *ikke i det hele tatt* på disse to spørsmålene og 27 har svart i stor grad og i svært stor grad.

Når lederne blir spurt om hvilke kompetanse de trenger for å løse oppgavene ved deres poliklinikk svarer alle at de ønsker en videreutdanning på høyskolenivå som vi hadde tidligere ved høyskolen i Bergen. Der uteksaminerte vi to kull, men så ble det for lite studentgrunnlag for å satse på det videre. Dette var en utdanning på lik linje med andre spesialistutdanningene, og grunnen til at utdanningen opphørte er nok mest fordi de revmatologiske avdelingene nå fremstår med store poliklinikker og veldig små sengeposter. Antallet ansatte sykepleiere går drastisk ned når man ikke lenger har døgndrift og sengepostene innen revmatologi er ofte slått sammen med andre fagfelt.

Jeg har både i den kvalitative og den kvantitative undersøkelsen min tatt opp temaet om *kompetanse og kompetanseøkning*. Og i den kvantitative undersøkelsen til sykepleiere har jeg spurt om de kunne være interessert i videreutdanning innen revmatologi, og der har 12 svart i stor grad/svært stor grad og 7 i noen grad. Det er 5 som har svart ikke i det hele tatt, og når man ser svar på alderssammensetningen ved min undersøkelse kan det muligens være at de er i en alder hvor dette er uaktuelt.

Det samme finner jeg når jeg spør sykepleierne om de kunne tenke seg å ta en master innen faget revmatologi. 11 svarer i stor grad/svært stor grad og 6 i noen grad. Mens 6 kan ikke tenke seg å ta noen master. Disse funnene kan vise til at en sykepleier på 60+ ikke ønsker å bruke tid på et master studie da de har få yrkesaktive år igjen.

Så ut fra mitt empiriske materiale fra den kvantitative spørreundersøkelsen er det som vist i figur 2 en stor utfordring med tanke på alderssammensetningen og fremtidens kompetanseoverføring. Det vil om noen år bli full utskiftning av sykepleiere ved revmatologiske poliklinikker. En av lederne uttrykker dette i sitt svar: «*En utfordring ved generasjonsskifte ved avdelingen. Kompetanseoverføring*». (Leder 1)

En del kompetanse er «taus» ifølge Lai. Taus kunnskap deles og spres gjennom å jobbe tett sammen med kilden, observere imitere, prøve og feile. De må erfare i praksis og få tilbakemelding fra den som har den tause kunnskapen. (Lai,2013) Utfra dette perspektivet og mine funn på alderssammensetning er det god grunn for ledere å tenke yngre sykepleiere ved rekruttering. Slik at den tause kunnskapen fra erfarne sykepleiere kan bli videreført til neste generasjon sykepleiere.

Når en skal ta videreutdanning og da master som er et forholdsvis krevende studie vil jeg vite hva som motiverer de som ønsker å ta en master. Der kunne de sette flere kryss. 33

sykepleiere krysset av på økt kunnskap var deres motivasjon. 25 svarte høyere lønn og 19 svarte mer utfordring og nye oppgaver. Funnene kan vise at motivasjon til videreutvikling og økt kompetanse finnes i sykepleiergruppen som har deltatt på spørreundersøkelsen.

Leders rolle for å sikre kompetansen til sykepleiere er veldig viktig. Det er viktig at leder definerer og legger til rette for kompetanse. Der viser funn fra respondentenes svar: ... en faglig *ledelses oppgave*, Ledelsen må definere hvilke *kompetanse* de vil ha. ..., men så er det selvfølgelig meg som har ansvaret som leder. Det må forankres helt på topp.

En av de redskapene ledere kan kartlegge kompetanse og oppmuntre til kompetanseheving på er medarbeidersamtaler. Dette er lovpålagte samtaler som alle ledere skal ha årlig med sine ansatte. Jeg har derfor brukt dette temaet i den kvantitative undersøkelsen hvor jeg spør sykepleierne om videreutdanning er tema på medarbeidersamtale. Der svarer 16 av 36 at det er i stor grad/svært stor grad et tema på medarbeidersamtaler, 5 har svart «ikke i det hele tatt». Disse funnene kan si meg at lederens fokus på kompetanseøkning muligens blir glemt i det daglige arbeidet med ventelister og vanskelig økonomi.

Disse svarene kan nok ha en sammenheng med funnene fra respondentene på hvordan de kan løse kompetanse økning i en travel sykehus hverdag med trange budsjett. Det er ofte best når en avdeling har satt mål for kompetanse og ikke bare uttale at man ønsker økt kompetanse.

Jeg har derfor spurt helt konkret om de har en plan for videreutdanning ved deres avdeling. På dette svarer de 4 av 6 ledere at de ikke har noen konkret nedskreven plan for kompetanse. Mens to av lederne har en kompetanseplan som er felles på sykehuset og ut fra sykehuset sin strategi. Leder 4 sier at i trå med sykehuset sin strategi skal hver avdeling ha 20% med master og 5% med doktorgrad av sykepleiergruppen. Alle seks lederne uttrykker et savn etter videreutdanning innen revmatologi, som kunne gjort det mulig for sykepleierne å bli spesialsykepleiere innen revmatologi.

Skal ledere ved revmatologiske avdelinger påvirke til økt kompetanse hos sine sykepleiere må de og sette av midler til dette. Ingen av de seks lederne bekreftet at det var satt av spesifikke midler til sykepleiere som ønsket å ta en master utdanning. Dette samsvarer med funn fra den kvantitative undersøkelsen og hvor jeg spurte sykepleierne om ledene oppmuntret de til å ta en mastergrad. Der svarer 19 i liten grad/ ikke i det hele tatt, mens 9 svarer i stor grad/svært stor grad. Funnene som sier noe om ledere oppmuntrer til andre typer videreutdanning viser det mye det samme.

Mine funn som går på om lederne prioriterte videreutdanning i budsjettet viser at ledere står i en mellomposisjon hvor de ønsker økt kompetanse samtidig som den daglige driften må opprettholdes. Dette er ofte lederes dilemma og på spørsmålet svarer Leder 3: «Det er prioritert, men noen synes det har gått for langt. Man trenger en fast base som er igjen på avdelingen». En annen har bekreftet: *det er en diskusjon i ledergruppen. «Det er ønsket og prioritert selv om det ikke ligger i budsjettet.»* Leder 5 sier: «Kompetanseheving og studier er viktig. Ved avdelingen er det en utfordring reint økonomisk».

Selv om funnene viser at ledere ikke har konkret satt av penger til kunnskap, så ønsker alle lederne at sykepleiere får mulighet til økt kunnskap og alle de 6 lederne savner en spesifikk videreutdanning på høyskolenivå. Leder 4 sier at videreutdanning for sykepleiere er spesielt viktig med tanke på jobbdeling.

I den kvantitative spørreundersøkelsen svarer 12 av 36 at avdelingen prioriterer økt kunnskap» i stor grad» og 15 av 36 «i svært stor grad». Dette viser at det kan være mye å bygge videre på for lederne ved disse poliklinikkene med tanke på kompetanseheving.

Derfor vil jeg til slutt trekke frem noen av svarene i fritekst som sykepleierne der de gir tips til leder på hvordan ledere kan opprettholde og øke kompetansen til sykepleierne. Dette fordi det er de på «gulvet» som kjenner hverdagen ved avdelingen og hvor skoen trykker.

Jeg fikk 23 svar av 36, noe som viser at dette temaet engasjerer sykepleierne.

Mye av det som er felles for disse tilbakemeldingene og mange etterspør avsatt tid til egen studie slik som legene har både når de er i spesialisering og overlegepermisjon. «Vanskelig å gjennomføre med så lite ressurser og stor arbeidsmengde. Men frigjøre noe arbeidstid til lesetid, slik som legene får». «Fordypningsuke av og til, slik legene har». «Sykepleierperm etter samme prinsipp som legene, prinsipp slik som leger har overlegeperm».

Flere av sykepleierne ønsker at ledere etterspør og ser den enkelte sykepleier sin ressurs «Viktig at den enkelte leder ser den enkelte sykepleiers ressurser og bygger på disse ved å gi den enkelte utfordringer den kan mestre. Dette stimulerer til ønske om å gjøre en god jobb og ønske om å opprettholde et høyt faglig nivå». Mange trekker frem ordet *motivere* og en sier:

«Kurs, motivasjon, få lønn under utdannelsen, gi tid til å øke kompetanse». En annen sier: «Verdsette og anerkjenne økt kompetanse, både i forhold til oppgaver, ansvar, respekt, tilrettelegging for at man kan øke sin kompetanse, lønn og vilkår». «Oppmuntre/legge til rette for videreutdanning/mastergrad.»

Et annet tema som går igjen, er å få igjen økonomisk for økt kompetanse. Der er utsagn som: «Mer fokus på spesialisering av sykepleierne, gjennom faglig rettet kurs og utdanning uten at man må ta en master, men som likevel gir økt lønn og status». «Åpent for koordinatroller med økt krav til både ansvar og kunnskap. Dette bør bety mer lønn og/eller goder.» «Gi informasjon, motivere. Økt lønn etter endt utdanning».

Alle innspillene fra sykepleierne viser til at de ønsker å få en kompensasjon på økt kompetanse. Det også viktig for sykepleierne å få nye og endrede oppgaver. Når jeg ser på svarene til lederne så samsvarer de mye med ønskene til sykepleierne. En ledere sier det slik: *Det å få nye oppgaver er positivt for de aller fleste.*

Kompetanse kan forstås å mange måter. Kunnskap, ferdigheter og evner er kjernekomponenter i kompetansebegrepet på individnivå og kan forstås som kjernekompetanse, endringskompetanse, handlingskompetanse, tverrfaglig kompetanse og samhandlingskompetanse. I følge Lai (2013) er kompetanse å besitte nødvendig kunnskap, ferdigheter, evner og holdninger for å mestre oppgaver og nå mål. Kompetanse handler om å være i stand til. Kompetanse reflekterer totalpotensialet en person har for å yte og utvikle seg. (Lai,2013)

Så utfra dette kan man anta at der finnes mye både formell og uformell kompetanse blant disse sykepleierne og ut fra den kvantitative undersøkelsen ser man at de fleste som har besvart undersøkelsen har mange års praksis innen revmatologi. Der har 13 av 36 jobbet mellom 11-20 år innen revmatologi og 11 av 36 jobbet 21-30 år.

Holdninger kan være avgjørende for om man er i stand til å være med på endring, handle riktig, se ut over sine egne oppgaver og samhandle med andre. Mestring, tillit til egen kompetanse er holdning som har betydning for motivasjon til å lære mer og gjøre en ekstra innsats økt kompetanse. Holdning til å hjelpe en kollega til å bli god, viljen til å være fleksibel og tilpassningsdyktig. En kompetent person er ikke bare avhengig av kunnskap og ferdigheter men og hvilke holdninger personen har til nye og endrede oppgaver som ledere og arbeidsplass tilbyr og er ønsket (Lai 2013).

I en travel hverdag med lite sykepleierressurser til alle oppgaver ved poliklinikken er det lurt å tenke alternativt for å øke kompetansen. Der flere sykepleier har kommet med gode forslag: «Jevnlige undervisning i avdelingen». «Jevnlige faglige undervisning/møter med aktuelle

temaer». «Stille krav til den enkelte ansatte, og legge til rette for kunnskapsutvikling i hverdagen med intern undervisning som det er behov for i møte med pasientene. Mer tid til å dele erfaringer og kunnskap». «Oppmuntring til å følge med selv på hvilke kurs/utdanning som kan være av interesse. Tilrettelegge for læring. Refleksjoner i sykepleiergruppen. Møterom for faglige diskusjoner». «Ha faste dager med undervisning, også undervise hverandre ved avdelingen». «Bruke de som er i utdanningsløp til å dele sin kunnskap, undervisning og kurs». Disse funnene viser et engasjement og en vilje til å tenke alternative måter å øke kompetanse på. Slike forslag er ofte lettere å få gjennomført når de kommer fra sykepleiergruppen selv og ikke bare som et pålegg fra ledelsen.

Både i den kvalitative undersøkelsen med intervju av ledere og i den kvantitative spørreundersøkelsen kommer det frem at både ledere og sykepleiere etterspør en videreutdanning innen revmatologi. Flere har kommet med alternative forslag som: «*Det er nødvendig med formalisert kompetanse. Når pasientene kommer og krever svar fra den som har kompetanse på de forskjellige tingene*». (Leder 3) «*Mulig at hver revmatologiske avdeling hadde et spesialkurs og sykepleierne kunne reise rundt å ta de forskjellige kursenesom var et samarbeid med høyskolene*» (Leder1) «*Lage noen moduler og ha en høyskole eller universitet som står bak. Spille på lag med andre videreutdannelse*» (Leder4). Ønske om spesialutdannelse innen revmatologi er der, men det er allikevel et stykke arbeid for å få det formalisert til en utdanning som gir studiepoeng.

Mine funn sier også at ledere ønsker faglig dyktige sykepleiere på «gulvet», men ofte går de med master og doktorgrader over til mer forskningsstillinger og ofte til høyskolene. Dette har en leder uttrykt som et problem:» Vi hadde noen med master, men de forsvinner til høyskolene. De to vi hadde har gått videre til forskning. Det blir litt for avansert for en avdeling. Og en master trenger ikke gjøre en sykepleier til noen bedre sykepleier» (Leder1) Det er mye diskusjon om sykepleierutdanningen og hvordan utdanningen som er ved høyskolene kan holde følge med den raske utviklingen som skjer ved spesialisthelsetjenesten. Norges første sykepleierutdanning i Norge startet i 1868 ved Diakonissehuset i Oslo og fra 1890-tallet startet flere andre sykepleierutdanninger rundt i landet med varighet på ett og to år. I 1912 tok Bergliot Larsson initiativet til å stifte Norsk sykepleieforbund under parolen «Først dyktighet- så rettigheter». Faglig fokus og en god sykepleierutdanning har hele tiden vært en kampsak for sykepleieforbundet. Forbundet jobbet hele tiden for å få sykepleierutdannelsen til 3-årig utdanning og i 1948 fremmer Sosialdepartementet «Lov om utdanning og offentlig godkjenning av sykepleiere». I 1956 ble den første statseksamen avholdt som ble administrert av Helsedirektoratet. Den opphørte i 1990. I 1962 fastsatte Sosialdepartementet nye vilkår for

offentlig godkjenning av sykepleieutdanningen hvor teoridelen i utdanningen ble fordoblet og sykepleierelevne skulle i mindre grad være arbeidshjelp og i større grad få tid til å tilegne seg faget også teoretisk. I 1986 tok staten over ansvaret for den offentlige sykepleierutdanningen og utdanningen ble knyttet til de regionale høgskolene. Bachelorgraden blir benevnelse for grunnutdanningen i sykepleie i 2001, hvor der innføres bokstavkarakter for å tilpasse utdanningen til internasjonale normer. (NSF historie)

I Bergens tidene 11. April 2019 ble det fremmet et forslag om at sykepleiehøyskolen burde være på 5 år i fremtiden. Og i lyset av oppgavedeling fra leger til sykepleiere vil sykepleiere utføre mer avanserte oppgaver og der må muligens stilles høyere krav til sykepleieutdanningen. I følge Abbotts teori kan det ved å stille høyere krav til utdanningen også sies å være et forsøk på å utvide sin akademiske kunnskap for på den måten kunne få en sterkere teoretisk kontroll over deres nåværende og potensielle utvidete jurisdiksjon. I følge Abbott er teori selve valutaen i en konkurranse eller byttehandel mellom profesjonene. (Abbott 1988). Samtidig må vi passe på at sykepleierne ikke igjen blir avlaster for andre yrkesgrupper, men helle løfte opp faget sykepleie fordi sykepleiernes oppgaver inn mot pasientene er viktig i pasientbehandlingen. Sykepleierne har en viktig rolle med tanke på omsorg, informasjon og hjelp til mestring.

Det blir også stadig flere sykepleiere som både tar master i sykepleieforskning og flere sykepleiere får en Phd grad. Dette vil være med på å øke kunnskapsnivået til sykepleierne som gruppe.

Som en konklusjon på hvordan ledere ser til at sykepleierne har god og rett kompetanse, er ingen av lederne imot at sykepleiere kan gjøre noe av legenes jobb. De legger spesielt vekt på at de sykepleierne med videreutdanning innen revmatologi blir brukt til oppgavedeling. Dette er en videreutdanning både ledere og sykepleiere etterspør i min forskning. Jeg finner at der er vilje til å se på alternativ måte å få i gang en spesial utdanning innen revmatologi.

Det finnes muligheter til å ta master innen faget revmatologi via universitetet, da under faget sykepleievitenskap. Men mine funn viser at mine respondenter ikke legger ikke så stor vekt på om det er så mange med master grad, men heller at der er gode kliniske sykepleiere som kan revmatologi faget og blir værende i klinikken.

Kapittel 6

6.0 Avslutning

Mitt materiale viser at oppgavedeling er vanlig praksis ved revmatologiske poliklinikker og da oppgaveoverføring hovedsakelig fra lege til sykepleiere. De oppgavene som er overført til sykepleiere er egne sykepleiekonsultasjoner og konsultasjoner i pasientforløp der flere yrkesgrupper er involvert. Sykepleierne er sterkt involvert i undervisning av pasienter og har tett kontakt med pasientene i samtaler ved poliklinikken og per telefon. Oppgavedeling ser ut til å fungere best ved teamorganisering, der man jobber nært, kjenner og stoler på hverandre. Da det har vært og er mye fokus innen fagmiljøet i revmatologi på EULARS anbefalinger ville jeg finne ut om det var disse anbefalingene som har vært den utløsende årsaken til oppgavedeling ved revmatologiske poliklinikker. Det viser mine funn at det ikke har vært fordi de viser til at oppgavedeling startet tidligere og det var mangel på legeressurser og lange ventelister som har utløst denne praksisen. Flere avdelinger har praktisert dette i over ti år og i England har de hatt egne sykepleiedrevet poliklinikker innen revmatologi i 20 år.

Den medisinske utviklingen har og gjort sitt til at presset på poliklinikkene har blitt større på grunn av tettere oppfølging og raskere igangsetting av behandling for pasientene. Dette viser mine funn at oppgavedeling har blitt utløst fordi det var en god måte å utnytte de ressursene man hadde til rådighet.

Mine funn viser også at oppgavedeling ble praktisert ved revmatologiske poliklinikker før det ble et overordnet helsepolitisk mål om mer effektiv utnyttelse av helsevesenets ressurser for å møte fremtidens utfordringer. Der det politisk oppfattes som unødvendig og sløsing med ressurser av spesialister utfører oppgaver som andre med kortere utdanning kan utføre. Og samtidig at pasientsikkerheten og medisinsk forsvarlighet opprettholdes.

I mitt materiale fant jeg liten grad av profesjonskamp, men noe var det som kom frem. Da gikk det mest på om det faglige ble godt nok ivaretatt. Denne profesjonskampen kan vi forstå i lys av Abbotts profesjonsteori da det vil oppstå en viss dragkamp når profesjonens jurisdiksjon blir forsøkt erobret av andre yrkesgrupper. De bruker da faglighet og kunnskap som et hinder for oppgavedeling. Det var spesielt mangel på god nok kompetanse som ble trukket frem som en utfordring. Samtidig viser mine funn at sykepleierne mener de har gode nok kunnskaper til å ta over noe av legene sine arbeidsoppgaver.

Det fremsto også i mitt datamateriale en vilje til teamtanke og samarbeid fremfor en sterk profesjonsstrid. Dette gjør at mitt materiale viser at oppgavedeling og endring av

profesjonsgrenser ikke alltid drives frem av profesjonene selv i en konkurranse om nye jurisdiksjon slik ofte profesjonsteorien beskriver. Det har mer vært drevet frem fra ledelsen som et tiltak for bedre bruk av ressurser og for å møte et kapasitetsproblem. Den medisinske utvikling har nok vært mer en faktor for endring enn selve endringsprosessen. Slik at når sykepleierne innen revmatologi fikk sin spesialutdanning muliggjorde dette økt oppgavedeling mellom leger og sykepleiere.

Nye arbeidsoppgaver og nye utfordringer var noe som sykepleierne vektla som motivasjon til økt kunnskap, og med tanke på fremtidens sykepleiemangel er det viktig å gjøre arbeidsoppgavene attraktive slik at sykepleierne ønsker å bli værende ved avdelingene.

Det som kommer frem fra mitt datamateriale er at pasientene med kroniske sykdommer har ofte mer behov for å snakke med flere andre yrkesgrupper enn kun legene. Det er ikke alltid medikamentell behandling som er det viktigste for pasientene, men at de kan få råd og hjelp til å mestre hverdagen. Derfor er det viktig at vi jobber i team ved poliklinikkene og bruker styrken til alle yrkesgruppene. Tenker man at der er et team som skal levere tjenester til pasientene vil oppgavedeling føre til mer fleksibilitet og en bedre utnyttelse av ressursene.

Både Koksvik og Hagelund sin forskning viser at pasientene er veldig godt fornøyd med sykepleiekonsultasjoner i forhold til legekonsultasjoner. Hvor der var økt pasienttilfredshet ved sykepleiekonsultasjoner som igjen viser at pasientene ikke alltid trenger medisinsk behandling, men en som kan lytte og komme med råd i forhold til deres kroniske sykdom.

Funnene mine sier *at pasienten gir uttrykk for at de ønsker å komme til forskjellige helsepersonell som kan ta opp forskjellige ting.* (Leder 3). Jeg finner og i at pasientene føler *mer tillit til sykepleierne og at alle yrkesgrupper har sin styrke.* Siden pasienttilfredshet er en sterk helsepolitisk føring, vil tidligere funn og mine funn tilsa at sykepleiekonsultasjoner bør være vanlig praksis ved revmatologiske poliklinikker.

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

Når det blir snakket om kompetanse hos de som tar over tidligere legeoppgaver viser mine funn at lederne er opptatt av å velge ut de sykepleierne som har best kompetanse til disse oppgavene. De påpeker spesielt at de sykepleierne som har videreutdanning innen

revmatologi og har lang erfaring innen faget blir brukt til egne sykepleiekonsultasjoner. Mange av lederne uttrykte bekymring for mangel på videreutdanning innen revmatologi på høyskolenivå. Kompetanse var det som ble trukket frem som utfordring ved oppgavedeling ut fra ledernes ståsted.

Økonomi viser seg å være en utfordring ved kompetanseøkning viser materialet mitt, hvor ledere uttrykker ønske om økt kompetanse men de setter av lite midler til dette. De fokuserer på problemet med at sykepleierne blir borte fra daglig drift under studiet og ofte viser det seg at når sykepleiere tar master eller doktorgrad forsvinner de fra klinikken. Lederne uttrykker og at det ikke trengs så mange med master eller doktorgrad, men at vanlig videreutdanning eller kursing er mer ønskelig.

Ut fra min forskning om oppgavedeling og kompetanse har jeg fått mye god og viktig kunnskaper jeg kan ta med tilbake til min hverdag som leder. Jeg ønsker å jobbe videre med kompetanseøkning og kunne være en pådriver til videreutdanning innen revmatologi.

Referanseliste

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

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

Claessen, M.(2012). Jobbglidning over profesjongrenser: Klare for nye løsninger? Tidsskrift Overlegen, 1/2012:18-19. Hentet fra <http://legeforeningen.no/PageFiles/29156/Overlegen%20nr.%201%202012>.

Dolonen, K.A.(2013) Sykepleiere overtar oppgaver, spiller det noen rolle for kvaliteten om sykepleierne overtar enkelte legeoppgaver? <https://sykepleien.no/2013/09/>

Drageset, S (2009) *Forståelse av kvantitativ helseforskningen introduksjon og oversikt*. Nordisk tidsskrift for Helseforskning-nr 2-2009, 5 årgang.

Erichsen, V (1996) Profesjonsmakt, på sporet av en helsepolitisk tradisjon. Tano Aschehoug

Fause, Å og Michaelsen, A. 2002. *Et fag i kamp for livet – sykepleiefagets historie i Norge*. Bergen, Fagbokforlaget, 2002. ISBN10: 8276744567

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

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

Grund, J (2006) *Sykehusledelse og helsepolitikk: Dilemmaenes tyranni*. Oslo universitetsforlag.

Haave, P (2007) *Da legene skulle autoriseres*. Tidsskrift norsk legeforening, 127:3267-71.

Hagelund, K (2009) *Sykepleiere gjør legens jobb*. <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/sykepleiere-gjor-legens-jobb>.

Helle, J. (2011). Jobbglidning-trussel eller mulighet? *Tidsskrift Overlegen*, 1/2012:4-5. Hentet fra <http://legeforeningen.no/PageFiles/29156/Overlegen%20nr.%201%202012>.

HELSE OG OMSORGSDEPARTEMENTET (2010) Endring i egenandelsregelverket, refusjon og takster for offentlige poliklinikker fra 01.01.2010.

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET 2013. Ti nye grep for bedre sykehus. www.regjeringen.no

HELSE -OG OMSORGSDEPARTEMENTET 2013. Oppdrag om oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten 13/1067. 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 rapport IS-1673 03/2009. Utdannet nok og utnyttet godt.

Oslo, Helsedirektoratet.

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].

HELSEPERSONELLOVEN (2001). *Kapittel 2. Krav til helsepersonellens yrkesutøvelse. §4.Forsvarlighet. § 5. Bruk av medhjelpere.* Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>

Helsedirektoratet rapport IS-1966/2012. Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten: En status-, trend-og behovsanalyse fram mot 2030. Oslo. Helsedirektoratet.
Hofstad, E.(2012a). Avlaster legene. *Tidsskrift Sykepleien*. Hentet fra <http://www.sykepleien.no/nyhet/883682/avlaster-legene>

Henriksen, K.A.M. (2012) *100 år historie mellom fire permer.* (nsf.no)

Hill, J. (1994) An evaluation of the effectiveness, safety and acceptability of a nurse practitioner in a rheumatology outpatient clinic. *British journal of Rheumatology*.

Hill, J. (1995) The co-ordinated care of the rheumatic patient-a nursing perspective. *Rheumatology in Europe*.

Hill, J. (1997) The expanding role of the nurse in rheumatology. *British journal of rheumatology*.

Hill, J (1997) Patient satisfaction in nurse-led rheumatology clinic. *Journal of Advanced Nursing*.

Hill, J (2004) Clinical skills: evidence-based nursing care of people with rheumatoid arthritis. *British Journal of nursing*.

Jacobsen, D. I. (2018) (3.utgave). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*, Fagbokforlaget.

Jacobsen, D.I. (2006) *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen, Fagbokforlaget

Kjesbu, T. (2015). Hvilket rom gir de rettslige rammene for endring av oppgavedeling mellom leger og sykepleiere i somatiske akuttmedisinske mottak. Mastergradsoppgave, Universitetet i Oslo.

Keiv og Levin (2009) *Forandring som praksis: endringsledelse gjennom læring og utvikling*. Fagbokforlaget

Koch, P. 2013. *Kunnskap er ikke det samme som kompetanse.* <http://innovasjonsbloggen.com/2013/01/11/kunnskap-er-ikke-det-samme-som-kompetanse/.2013>.

Koksvik, H. S., Hagen, K. B., Rodevand, E., Mowinkel, P., Kvien, T. K., Zangi, H. A.

(2013) *Patient satisfaction with nursing consultations in a rheumatology outpatient clinic: a 21-month randomised controlled trial in patients with inflammatory arthritides*. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 72 (6). s 836-843. DOI: 10.1136/annrheumdis-2012-202296.

Kunnskapssentert 2013. *Effekter av oppgavedeling for noen utvalgte helsetjenester i sykehus*. www.kunnskapssenteret.no.

Kvale, S. 1997. *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo : Ad Notam Gyldendal, 1997. ISBN 82-4170807-6.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo, Gyldendal Akademisk forlag.

Lai, L. (2013). *Strategisk kompetansestyring*. 2.utg. Bergen. Fagbokforlaget

Leeth, A.B(2018) *Hvordan lese kvalitativ forskning?* Cappelen Damm Akademisk.

Lie, A.E. (2017) *Klinikers holdning til oppgavegliding i spesialisthelsetjenesten*. Masteroppgave, Universitetet i Oslo.

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

Melby, K. 1990. *Kall og kamp*. Oslo : Capelens Forlag AS, 1990. 82-02-19505-5.

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

Moe, B.T. (2012) *Sykepleiekompetanse-en forutsetning for å lykkes*. (nsf.no)

Molander, A. og Terum, L. I. (2013) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Midttun, L (2013) *Jobbglidning Helse Midt-Norge*, Erfaringer fra 2012-2013.

Mørkeseth, K (2012) *Sykepleiekonsultasjoner ved revmatologisk poliklinikk, Ålesund sykehus*.

Nancarrow, S. A. B. A. M. 2005. Dynamic professional boundaries in the health workforce. *Sociology of Health & Illness*, 879-919.

Norsk Rheumabulletin, Nummer 4.2012. *Fra «tender care and love» til målstyrt behandling*.

Nordvik, M.B.(2016) *Hvilke erfaring har helsepersonell med oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten, relatert til behandling av pasienter med aldersrelatert makuladegenerasjon?* Masteroppgave, Universitetet i Bergen.

Rosta, J (2016) *Legers arbeidstid og tid til pasientarbeid i perioden 1994-2014*. *Tidsskriftet Den Norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2016/097>

Seierstad, T.Ø. (2009) Finansiering av virksomhet utført av sykepleiere ved ISF-finansiert spesialistpoliklinikk. (Rapport)Mai 2009.

Sykehustalen 2019, Helse og omsorgsdepartementet,
<http://www.regjeringen.no/no/hod/org/helseminister-bent-hoie/id742895/>

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

Strand, T (2007) *Ledelse, organisasjon og kultur*, Bergen Fagboklaget.

SÆLID, T. (2013). *Oppgaveglidning- mer enn et motebegrep? En studie fra en medisinsk sengepost og poliklinikker i sykehuset østfold*. Mastergradsoppgave, Høgskolen i Østfold.

Tjora, A. (2013) *Kvalitative forskningsmetoder I praksis*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2008. *Task shifting: global recommendations and guidelines* [Online]. Available:
http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/taskshifting_guidelines/en/.

Van EIJK- Hustings, Y (2011) EULARS recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. 1010.1136/annrheumdis-2011-200185.

VIGELAND, E. 2010. *Profesjonsgrenser i medisinsk bildediagnostikk. Tid for en ny arbeidsdeling?* Mastergradsoppgave, Universitetet i Oslo.

YTTERMO, S. (2013) *Hvilke synspunkter har fysioterapeutene til oppgavedeling på Lovisenberg Diakonale Sykehus? Masteroppgave, Universitetet i Oslo.*

Vedlegg:

Vedlegg 1

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Leders erfaringer med oppgavedeling i revmatologiske poliklinikker utfra Eulars anbefalinger for sykepleiernes rolle i behandling av revmatiske pasienter.» Og hvordan vi som ledere kan kvalitetssikre og øke kompetansen ved avdelingene.

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 lederes erfaringer med oppgavedeling fra leger til sykepleiere. Til daglig er jeg seksjonsleder ved Revmatologisk avdeling, Haukeland Universitetssykehus og fattet interesse for denne problemstillingen når det øker på med nye oppgaver for sykepleierne i våre poliklinikker. 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 tre av de revmatologiske avdelingene innen spesialisthelsetjenesten for intervju av lederne.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Intervju av ledere ved tre revmatologiske poliklinikker:

Deltakelse i studien innebærer å sette av ca 50 min til et intervju som vil foregå på din arbeidsplass, eventuelt over Lynch møte. Spørsmålene vil omhandle dine synspunkt på oppgavedeling generelt og hvordan vi som ledere kan kvalitetssikre kompetansen til sykepleierne for å tilfredsstille Eulars anbefalinger. 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.

Intervju med ledere ved tre av landets revmatologiske poliklinikker:

Deltakelse innebærer å sette av ca 50 min til et intervju, 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.

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen 31.12.2017.

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!

Kristin Selseng Soltveit, kristin.soltveit@helse-bergen.no, Tlf dagtid: 55976419, Mobil: 92242414

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

Samtykke til deltakelse i studien;

«Oppgavedeling fra leger til sykepleiere. Hvordan kan vi som ledere kvalitetssikre kompetansen til sykepleierne for å tilfredsstille EULARS anbefalinger for sykepleiernes rolle i revmatologi?»

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 (nivå 2 ledere)

Jeg samtykker til å delta i intervju (avdelingssykepleiere)

Vedlegg 2

Intervjuguide semistrukturert intervju:

Generelt om oppgavedeling:

- Har du et forhold til ordet oppgavedeling/ oppgaveglidning?
- Er dette en vanlig praksis ved avdelingen?
- Har du benyttet deg av oppgavedeling fra lege til sykepleier ved avdelingen?
- Jobber man i team ved avdelingen eller er det mest selvstendig arbeid?
- Hva er grunnen til at oppgavedeling blir praktisert ved deres poliklinikk?
- Har du møtt på utfordringer ved oppgavedeling? Og hvilke utfordringer?
- Hva fremmer og hva hemmer oppgavedeling ved avdelingen?

Eulars anbefalinger:

- Er du kjent med Eulars anbefalinger for sykepleiernes rolle innen revmatologi?
- Følger dere Eulars anbefalinger ved deres avdeling?
- Er det disse anbefalingene som har ført til oppgavedeling?
- Hva tenker du om at sykepleierne har noe bare de kan tilføye pasientene?
- Mener du at dine sykepleiere har nok kompetanse til å ta over arbeid fra legene?
- Når du hører »pasientene sin helsetjeneste» tenker du at Eulars anbefalinger vil øke kvaliteten på pasientene sin behandling ved revmatologisk poliklinikk?
- Og kan det øke pasienttilfredsheten?

Behov for kompetanse:

- Kan du identifisere hvilke behov for kompetanse du vil ha i en 3-5 års periode?
- Vil pasientgrunnlaget endre seg?
- Vil behandlingsmulighetene endre seg?
- Endring i pasientforløp?
- Nye eller endrede oppgaver?
- Hvordan og hvem definerer nødvendig kompetanse?
- Hva slags kompetanse trengs for å løse oppgavene ved avdelingen?

Hvordan løser man kompetanse heving?:

- Har dere en plan på videreutdanning ved avdelingen?
- Ser du en mulighet for klinisk videreutdanning for sykepleiere innen revmatologi?
- Hvordan ser du det løst?
- Er det nødvendig med sykepleiere med videreutdanning?
- Er det et ønske å få videreutdanning innen Revmatologi på høyskolenivå?
- Har dere en plan eller et mål for Master utdanning for sykepleierne?

- Hvordan tenker du om å la klinisk spesialutdannelse, gradsbygging og fagforskningsprosjekt gå hånd i hånd?
- Hvordan tenker du å bruke kompetansen inn i avdelingen?
- Er det legitimt at sykepleiere ønsker å ha en karriereplan?

Hvordan løser dere det økonomisk i et trangt budsjett?

- Setter dere av midler til utdanning og kompetanseheving?
- Får de tilstrekkelig med tid til studiene?
- Får de lønn under studiene?
- Søker dere såkornmidler for å delfinansiere prosjekter?
- Søker dere eksterne finansieringer?
- Er det satt av penger til utdanning i avdelingens budsjett?
- Er dette prioritert?

Vedlegg 3

Kjære sykepleiere!

I forbindelse med min mastergradsoppgave ved Universitetet i Bergen om oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten ønsker jeg å kartlegge omfanget av oppgavedeling ved tre av landets revmatologiske avdelinger. I den sammenheng vil jeg svært gjerne høre om dine erfaringer med oppgavedeling og hvordan kompetanse blir økt og opprettholdt. Jeg vil også undersøke om EULARs (European League Against Rheumatism) anbefalinger for sykepleiernes rolle i revmatologi benyttes.

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

Jeg håper du har anledning å delta i spørreundersøkelsen, som er beregnet til å ta ca 10 minutter å gjennomføre. Jeg vil bruke spørreundersøkelse som metode. Svarene vil være anonyme, og besvart undersøkelse regnes som samtykke til deltakelse. Deltakelser er selvsagt frivillig.

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

[Lenken nedenfor tar deg direkte til undersøkelsen.](#)

Svar frist: 06.11.2017

Vennlig hilsen Kristin Selseng Soltveit,

*Masterstudent ved Institutt for Global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.
Seksjonsleder ved Revmatologisk avdeling, Haukeland Universitetssykehus.*

Vedlegg 4

Spørsmål til sykepleiere ved revmatologisk poliklinikk:

1. Mann/ kvinne? (krysse av)
2. Alder?
20-30, 30-40,40-50,50-60,<60
3. Hvor lenge har du jobbet som sykepleier?
0-5 år, 5-10 år, 10-20år, 20-30 år,<30år.
4. Hvor mange år har du jobbet innen revmatologi?
0-5 år, 5-10 år, 10-20 år, 20-30 år,<30 år.
5. Har du videreutdanning innen revmatologi? Ja/ nei, krysse av.
6. Har du eller holder du på med Masteroppgave? Ja/nei, krysse av.
7. Oppmuntrer din leder deg til å ta Master?
Ikke i det hele tatt, I liten grad, I noen grad, I stor grad, I svært stor grad.
8. Oppmuntrer din leder deg til å ta andre videreutdannelse?
Ikke i det hele tatt, I liten grad, I noen grad, I stor grad, I svært stor grad.
9. Bli det tilrettelagt for videreutdanning ved avdelingen?
Ikke i det hele tatt, I liten grad, I noen grad, I stor grad, I svært stor grad.
10. Bli det lagt til rette for Masterstudie eller annen videreutdanning ved din avdeling?
Ikke i det hele tatt, I liten grad, I noen grad, I stor grad, I svært stor grad.
11. Er dette tema på medarbeidersamtale?
Ikke i det hele tatt, I liten grad, I noen grad, I stor grad, I svært stor grad.
12. Er det tema på personalmøter?
Ikke i det hele tatt, I liten grad, I noen grad, I stor grad, I svært stor grad.
13. Er det noen plan ved din avdeling om hvor mange sykepleiere med Master der er ønskelig?
Ikke i det hele tatt, I liten grad, I noen grad, I stor grad, I svært stor grad.
14. Har dere muligheter til å ta fag som gir dere en spesialisering?
Ikke i det hele tatt, I liten grad, I noen grad, I stor grad, I svært stor grad.
15. Er du villig til å bruke noe av fritiden din på studie og faglig utvikling?
Ikke i det hele tatt, I liten grad, I noen grad, I stor grad, I svært stor grad.
16. Er du kjent med Eulars anbefalinger ved sykepleiekonsultasjoner?
Ikke i det hele tatt, I liten grad, I noen grad, I stor grad, I svært stor grad.
17. Følger dere Eulars anbefalinger ved deres avdeling?
Ikke i det hele tatt, I liten grad, I noen grad, I svært stor grad.
18. Har dere hatt oppgavedeling ved deres avdeling?
Ikke i det hele tatt, I liten grad, I noen grad, I stor grad, I svært stor grad.
19. Fungerer oppgavedeling tilfredsstillende?
Ikke i det hele tatt, I liten grad, I noen grad, I stor grad, I svært stor grad.
20. Mener du at du har tilstrekkelig kunnskap til å ta egne pasientkonsultasjoner?
Helt uenig, Delvis uenig, Delvis enig, Helt enig, Vet ikke.
21. Har du nok kunnskap til å ta over legenes arbeidsoppgaver?
Helt uenig, Delvis uenig, Delvis enig, Helt enig, Vet ikke.

22. Tilegner du deg kunnskap ved (kryss av)

- Kurs/ seminar
- Undervisning
- Kunnskapsdeling med kollegaer
- Selvstudie
- På nett
- Leser litteratur
- videreutdanning

23. Prioriterer avdelingen økt kunnskap?

Helt uenig, Delvis uenig, Delvis enig, Helt enig, Vet ikke.

24. Etterspør de kunnskapen din?

Helt uenig, Delvis uenig, Delvis enig, Helt enig, Vet ikke.

25. Blir din kunnskap lyttet til i faglige diskusjoner?

Helt uenig, Delvis uenig, Delvis enig, Helt enig, Vet ikke.

26. Hvis det kom videreutdanning innen revmatologi, hadde det vært interessant?

Helt uenig, Delvis uenig, Delvis enig, Helt enig, Vet ikke.

27. Hvis du fikk tilbud om å ta en Master i revmatologi, hadde det vært interessant?

Helt uenig, Delvis uenig, Delvis enig, Helt enig, Vet ikke.

28. Hva ville motivert deg? (kryss av)

- Økt kunnskap?
- Høyere lønn?
- Mer utfordring i jobb?
- Nye oppgaver?
- Annen type stilling?

23. Noen gode tips til hva som må til fra lederes side for å opprettholde og øke kompetanse for dere sykepleiere?

(åpen boks for egne kommentarer)

Vedlegg 5



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

Vår dato: 16.05.2017

Vår ref: 53917 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 30.03.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

53917	<i>Oppgavedeling fra lege til sykepleiere. Nye tider-nye oppgaver. Hvordan skal vi ledere kvalitetssikre kompetansen til sykepleierne for å tilfredsstille EULARS anbefalinger for sykepleiernes rolle innen revmatologi?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Inger Lise Teig</i>
<i>Student</i>	<i>Kristin Selseng Soltveit</i>

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

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

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.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, 31.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Anne-Mette Somby

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



INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

DATA

Studenten skal innhente data ved intervjuer og survey blant ansatte ved sykehus.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forskere og studenter følger Universitetet i Bergen sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal sendes elektronisk, bør opplysningene krypteres.

Haukeland sykehus sitt Fagsenter for pasientrapporterte data er databehandler for prosjektet. Universitetet i Bergen må ha skriftlig avtale med Haukeland sykehus sitt Fagsenter for pasientrapporterte data om hvordan personopplysninger skal behandles, jf. personopplysningsloven § 15. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se Datatilsynets veileder: <http://www.datatilsynet.no/Sikkerhet-internkontroll/Databehandleravtale/>.

PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 31.12.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

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

Vi gjør oppmerksom på at også databehandler (Haukeland sykehus sitt Fagsenter for pasientrapporterte data) må slette personopplysninger tilknyttet prosjektet i sine systemer. Dette inkluderer eventuelle logger og koblinger mellom IP-/epostadresser og besvarelser.

BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Hei,

Viser til endringsmelding registrert hos personvernombudet 26.04.2018.

Vi har nå registrert at ny dato for prosjektslutt er 31.12.2018 (tidligere 30.06.2018). Du har opplyst om at det gis ny informasjon til utvalget.

Vi har også registrert at du vil bruke en anonym løsning for gjennomføring av spørreundersøkelsen.

Personvernombudet forutsetter at prosjektopplegget for øvrig gjennomføres i tråd med det som tidligere er innmeldt, og personvernombudets tilbakemeldinger. Vi vil ta ny kontakt ved prosjektslutt.

Med vennlig hilsen,

--

Eva J. B. Payne
Rådgiver | Adviser
Seksjon for personverntjenester | Data Protection Official
T: (+47) 55 58 27 97

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS | NSD – Norwegian Centre for Research Data
Harald Hårfagres gate 29, NO-5007 Bergen
T: (+47) 55 58 21 17
postmottak@nsd.no www.nsd.no