

Hvilke erfaringer har helsepersonell i
spesialisthelsetjenesten med oppgavedeling til
ikke-helsepersonell i sykehusets
sterilforsyningskjede?

June Aksnes

Masteroppgave
Erfaringsbasert master i helseledelse,
kvalitetsforbedring og helseøkonomi



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

Forord

Studiet Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved universitet i Bergen, har gitt meg solid kunnskap til å kunne utøve mitt lederskap både i det å skape mening men også beslutning. Takk til universitetet og takk til min veileder Inger Lise Teig.

En spesiell takk går til mine informanter som villig har stilt opp og delt sine mangeårige erfaringer innimellom et sterkt presset operasjonsprogram.

Jeg vil også takke min leder Hanne Klausen, som har gitt meg mulighet til å gjennomføre programmet disse fire årene.

Takk til lederkollegiet Hege Moberg, Kate-Elin Solvi, Angunna Møen og Lisbeth Aasarmoen som lå alt til rette for at intervju og observasjon kunne gjennomføres på en smidig måte og takk til min medarbeider Viviann T. Danielsen som hjalp meg med gjennomføring av intervju i egen enhet.

En spesiell takk går også til min assisterende seksjonsleder Vigdis Haram som sikret hele tiden god kontroll på driften, spesielt i innspurten av oppgaven.

Takker også Norsk sykepleierforbund for stipendet.

Sist men ikke minst takker jeg min familie for å ha ivaretatt de hjemlige rutinene og gitt meg det spillerommet jeg trengte for å gjennomføre graden.

June Aksnes
2020

Innhold

Hvilke erfaringer har helsepersonell i spesialisthelsetjenesten med oppgavedeling til <i>ikke-helsepersonell</i> i sykehusets sterilforsyningskjede?	i
Forord.....	ii
Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Universitetet i Bergen	v
Dissertation submitted for the degree of Master in Health Management, Quality Improvement and Health Economics in The University of Bergen	vi
Kapittel 1 Innledning	1
1.1. Tema og temavalg	1
1.1.2 Hva er en sterilforsyningskjede	4
1.1.3 Oppgavedeling i sterilforsyningen i Helse Bergen.....	5
1.2. Problemstilling og forskningsspørsmål «Hvilke erfaringer har helsepersonell i spesialisthelsetjenesten med oppgavedeling til ikke- helsefaglig personell i sykehusets sterilforsyningskjede».....	6
1.3 Oppgavedeling – Litteraturgjennomgang.....	7
1.4 Avgrensning og oppbygging av oppgaven.....	10
1.5 Ord og uttrykk.....	10
Kapittel 2 Metode.....	12
2.1 Forforståelse og forståelseshorisonter.....	12
2.2 Datasamlingsmetode	12
2.3 Datainnsamling	14
2.4 Forskningsprosjektets kvalitet og framstilling	20
2.5 Etske refleksjoner knyttet til studien.....	22
Kapittel 3 Teori	23
3.1 Oppgavedeling – hva og hvorfor.....	23
3.2 Profesjonsteori og jurisdiksjon.....	24
3.2.1 Makt, myndighet og tillit	25
3.3 Oppgavedelingens fire typer	26
3.4 Evne til fleksibilitet som yrkesutøver.....	27
3.4.1. Forandring med lav risiko for tap av kompetanse	27
3.5 Faglig forsvarlighet	28
3.6 Helsedirektorates kommentar til Helsepersonelloven	29
Kapittel 4 Presentasjon av funn.....	30
4.1 Hvilke typer oppgaver overleveres fra helsepersonell til ikke helsepersonell?.....	30
4.2 Hvilke vurderinger utføres for å sikre forsvarlighet i oppgaveoverføring fra høyspesialisert profesjon til en yrkesgruppe med lavere krav til utdanning?	34
4.3 Opplevs det effekt av oppgavedeling og hvilke effekter snakker vi om?.....	39
4.4 Hvilke faktorer opplevs å fremme eller hemme oppgavedeling?	42
4.5 Har forsvarlighetsbegrepet ulik betydning hos disse to yrkesgruppene?	44
4.6 Har helsepersonell mistet noe av faget etter oppgavedeling?.....	45
Kapittel 5 Diskusjon og analyse.....	46
5.1 Bakgrunn for oppgavedeling sett i en helsepolitisk kontekst	46
5.2 Vertikal samordning.....	47

5.3 Human resource rammen	49
5.4 Autonomi som jurisdiksjon	51
5.5 Opplevde effekter etter oppgavedeling	51
5.6. Kommunikasjon som fremmende eller hemmende for oppgavedeling	53
5.7 Oppgavedeling – en suksess?	54
5.8 Oppsummering av diskusjon og analyse	54
Kapittel 6 Avslutning	55
Referanseliste	58
VEDLEGG 1	63
VEDLEGG 2	66
VEDLEGG 3	68



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

Oppgavens tittel og undertittel Hvilke erfaringer har helsepersonell i spesialisthelsetjenesten med oppgavedeling til ikke-helsepersonell i sykehusets sterilforsyningskjede.				
Forfatter June Aksnes				
Forfatterens stilling og arbeidssted Seksjonsleder, Haukeland universitetssjukehus, Helse Bergen HF.				
Dato for godkjenning av oppgaven		Veileder Inger Lise Teig, Førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen		
Antall sider 68	Språk oppgave Norsk	Språk sammendrag Norsk	ISSN-nummer	ISBN-nummer
Sammendrag Bakgrunn: Helsedirektoratets fikk i 2014 et oppdrag fra Helse og omsorgsdepartementet som gikk ut på å iverksette forsøksprosjekt på områder der flaskehalsen kunne reduseres for å gi mer effektive pasientforløp. Bemanningssituasjonen i operasjonsstuer var et av arbeidsområdene i prosjektet og rapporten satte søkelys på oppgavedeling fra en høyspesialisert profesjon til annet personell med lavere utdanningsnivå med bakgrunn i ønske om økt aktivitet uten å gå på akkord med kvalitet. Dataene i rapporten viste blant annet at effekten av endret oppgavedeling isolert sett bare kunne dokumenteres ved hjelp av systematisk oppfølging og evaluering over tid, og at det var nødvendig med mer inngående forskning. I sterilforsyningskjeden ved Haukelands universitetssjukehus har en hatt mangeårig erfaring med oppgavedeling fra helsepersonell til ikke-helsepersonell (medhjelper). Det poengteres fra helsepersonellens hold at uten avlastningen medhjelper bidrar med, ville de hatt store utfordringer til å nå de måltall som er satt i organisasjonen. Hensikt: Undersøke hvilke erfaringer helsepersonell og medhjelper har med oppgavedeling. Materiale: Intervju av utvalgt helsepersonell og medhjelper i kombinasjon med deltakende observasjonsstudie. Metode: Kvalitativ metode, semistrukturert intervju og deltakende observasjonsstudie. Transkribert i Word og kategorisert tematisk i Excel for analyse. Resultat: Oppgavedelingen studien dreier seg om har utviklet seg over år, og parallelt til de mange endringer spesialisthelsetjenesten har stått overfor i nyere tid. Bakgrunnen for oppgavedeling er økt etterspørsel etter høyprofesjonelle tjenester, og et spørsmål om kapasitetsutnyttelse. Oppgavene som er overført til medhjelper er blitt mer komplekse og krevende i takt med den medisinske-technologiske utviklingen. Helsepersonellens kontroll og veiledningsfunksjon til medhjelper skjer fortløpende. Den er lettest å gjennomføre dersom medhjelperne befinner seg geografisk nær. Helsepersonell i denne studien uttrykker at de erfarer nytteverdi av å ha medhjelper tilgjengelig, og mener at bruk av medhjelper bidrar til at de når målene som er satt for organisasjonen. Medhjelper er opptatt av å ha rett kunnskap og kompetanse for å kunne løse oppgaven for helsepersonellet. Helsepersonellens erfaring med medhjelper baseres på vurdering av medhjelpers egnethet og evne til innsikt i det medisinske utstyrets kompleksitet. Helsepersonellet i denne studien sier at manglende plan for oppgavedeling, svak involvering, lite informasjon om medhjelpers kompetanse, og dårlig språk og språkforståelse, hemmer oppgavedeling. Konklusjon: Oppgavedeling er et effektiviserings tiltak i helsetjenesten. Oppgavene i denne studien er blitt drevet frem fra et helsepersonellperspektiv og er lokalt tilpasset. Det er av vesentlig betydning for helsepersonell å kjenne til medhjelpers kompetanse og egnethet forut for en oppgavedeling, og at de også får være med å forme medhjelpers ressurser slik at avlastning kan oppnås.				
Nøkkelord Oppgavedeling, oppgavegliding, profesjon, makt, autonomi, endring, kommunikasjon,				



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				
Healthcarepersonells` experience with task-shifting in hospital, in use of auxiliary staff				
Author				
June Aksnes				
Author`s position and address				
Manager Sterile Processing Department. Haukeland Univerity Hospital. Helse Bergen Trust.				
Date of approval		Supervisor		
		Inger Lise Teig Associate Professor Department of Global Public Health and Primary Care. University of Bergen		
Number of pages	Language dissertation	Language abstract	ISSN-number	ISBN-number
68	Norwegian	English		
Summary				
<p>Background: Om mission from The Norwegian Ministry of health and Care Services, The Norwegian Directorate of Health`s produced a report in 2014 due to a pilot project based on task-shifting between healthcare personnel and auxiliary staff. The projects aim was to identify areas within the Care Service that could reduse bottlenecks to achieve better effective clincal pathway without the expense og patient quality. Staff-situation in operating theater was one of the interesting areas. Data from the pilot project reveied that effect of task-shifting in isolation could only be documented due to systematic follow-up in combination with evaluation over time and that there were in need for in-depth reasearch.</p> <p>In Sterile supply chain at Haukelands university Trust` there is many years of experience due to task-shifting from healthcarepersonnel to non healthcare personnel. Without this relief from non healthcarepersonnel, healthcare personnel express that they wouldt most likely not be able to accieve the goals and measures set on a daily basis, within the organization.</p> <p>Purpose: Mapping healthcarepersonell`s experience due to task shift regarding auxiliary staff within our Hospital sterile supply chain.</p> <p>Material: Participatory observation and interview.</p> <p>Methods: Qualitative method and semi structural interviews. While the material from the interviews was transcribed and catagorized by themes in Excel, the material from the participatory observation was written by hand in a notebook during observation. Both materials are analyzed and discussed in light of my reasearch questions.</p> <p>Results: Due to increase demand of high quality healthcareservices within parallell to the surgical development in combination with capacity utilization, task-shifting in the Hospital`s sterile supply chain har been developed through decades. The healthcarepersonnel express that the auxiliary staff contribute in a way that make the operating team accieve their goals for the day. The tasks from healthcarepersonnel has rapidly developed and are now considering to be complex and demanding. Audit and guidance from healtcare personnel are easilly performed when auxiliary staff are within distance. While the auxiliary staff are concerned about their knowledge and competence due to the tasks that are given them, the healthcare personnel assessment of auxiliary staff`s is their fitness and insight for the task and the understanding of the equipments complicity. Lack of plans, lack of involvement, poor overview of auxiliary staff`s expertice and poor language understanding, inhibits task shift.</p> <p>Healthcarepersonnel consider task-shifting to be very usefull for them. It is crucial that healthcarepersonnel has a commitment and involvement in shaping the resources auxiliary staff represent as well as a plan and goal within the organization.</p>				
Key word				
Task-shifting, professionalism, profession, communication, human resource analysis, separation of powers, autonomy, change.				

Kapittel 1 Innledning

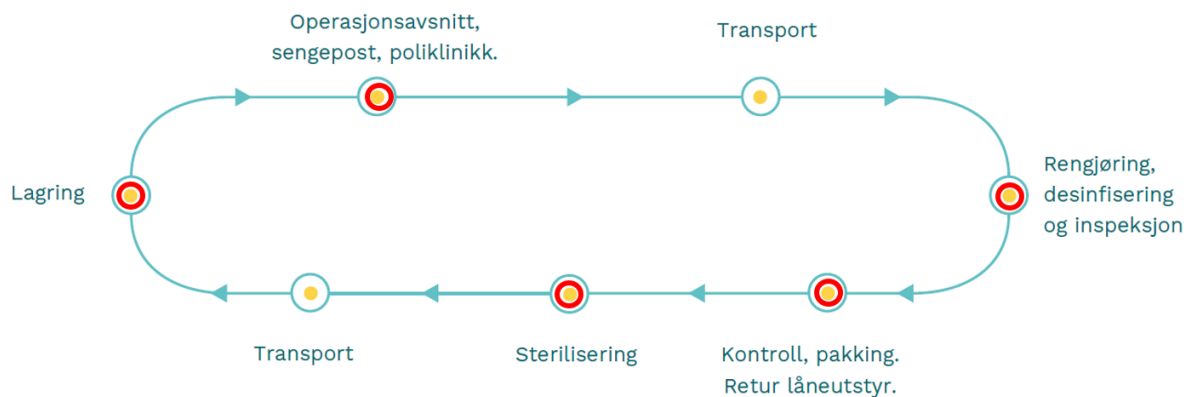
1.1. Tema og temavalg

Oppgavedeling handler om fordeling av oppgaver mellom profesjoner og yrkesgrupper. Noen oppgaver deles, uten at det merkes, mellom profesjoner og kolleger, mens andre oppgaver kan provosere til profesjonsstrid. Økt behov for helsetjenester henger blant annet sammen med forventet levealder i samfunnet, kroniske lidelser og utbredte folkesykdommer. Dette legger beslag på mye ressurser i helsevesenet og som blant annet gir økt etterspørsel etter de mest egnede ressursene. For å redusere risiko for flaskehals er oppgavedeling vurdert av myndighetene for å være et godt verktøy (Helsedirektoratet 2013).

Oppgaver i sterilforsyningskjeden på Haukeland universitetssjukehus har i mange år vært overlevert fra en høyspesialisert profesjon til en yrkesgruppe med lavere utdanningsnivå. I Norge har vi en profesjonsnøytral lov om helsepersonell. §5 i denne: *Krav om helsepersonells yrkesutøvelse*, tillater bruk av medhjelpere (Lov om helsepersonell 1999). En del av mine informanter i studien omfattes ikke av helsepersonell loven men er medhjelpere til en høyspesialisert profesjon.

Studiens fokus tar utgangspunkt i oppgavedelingen i sykehusets sterilforsyningskjede (skisse 1 side 2). Oppgavene i denne kjeden består av mange delprosesser. For å få en forståelse av kompleksiteten en slik oppgavedeling representerer, gjør jeg et forsøk på å illustrere dette i form av et skisse. Denne har til hensikt å vise hele «reisen» de kirurgiske gjenbruksinstrumentene skal gjennom fra de er benyttet på en pasient til det samme utstyret kan benyttes på neste pasient. De røde sirkelene i bildet er ment å illustrere oppgaver som nå er overtatt av medhjelper uten helsefaglig bakgrunn, fra helsepersonell. I store trekk starter prosessen i en sterilforsyningskjede ved at operasjonsavsnittet, sengepost eller poliklinikk initierer behov for kirurgisk gjenbruksutstyr. Anskaffelser skjer lokalt, regionalt og nasjonalt. Prosedyrer for utstyrsbruk skal lages og opplæring gjennomføres. Alle ledd i prosessen (skisse 1 side 2) skal kontrolleres inn mot utstyret. Nytt utstyr merkes for elektronisk sporing, før det inngår i sterilforsynings sirkelen til gjenbruk på pasienter. Alle prosesser og delprosesser skal være validert etter norske og internasjonale standarder.

Skisse 1



I avsnittene nedenfor vil jeg videre gjøre rede for hva som inspirerte meg for temavalget.

Høye ambisjoner kombinert med skjerpede krav til kvalitet, resultat og økonomistyring under allerede begrensede ressursmessige rammer, har preget den helsepolitiske debatten siste årene (St. melding 7). I 2013 foreslo helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre ti nye tiltak for at sykehusene skulle fungere bedre. Et av tiltakene var oppgavedeling til helsefagarbeidere (Dagen medisin 2013), (St. melding 7). Helsefagarbeidere omfattes av lov om helsepersonell. Oppgavedeling fra helsepersonell til *ikke-helsefaglig personell* er imidlertid ikke omtalt i disse ti nye tiltakene. Siden Haukeland universitetssykehus har mange års erfaring med medhjelpere som ikke omfattes av lov om helsepersonell, er det *denne* gruppen jeg er interessert i å finne erfaringer med. I 2014 nevner Statssekretær Anne Grethe Erlandsen denne gruppen i et faginnlegg. Hun uttrykker at dette er en personellgruppe det kan ligge et stort mulighetsrom for, sett ut fra et oppgavedelingsperspektiv (Regjeringen.no Deltas fagarena 2014).

Oppgavedeling fra helsepersonell til medhjelpere uten helsefaglig bakgrunn er lite beskrevet. Helsedirektoratets kommentar til lov om helsepersonellets §5 opplyser at den som får oppgaven som medhjelper kan være helsepersonell, så vel som annet personell. (Helsedirektoratet, Kommentar).

Jeg er leder i en stor sterilforsyningsenhet ved sykehuset der noen av mine medarbeidere har helsefaglig bakgrunn, mens de fleste ikke har helsefaglig bakgrunn. Dette, i tillegg til at jeg oppfatter lite forskning om tematikken på oppgavedeling fra

helsepersonell til *ikke* helsefaglig personell, gav det meg den rette motivasjonen til å undersøke hvilke erfaringer vi har i Helse Bergen sin største somatiske klinikk på dette området.

Ved litteratursøk fant jeg endel forskning på oppgavedeling mellom helsepersonellprofesjoner (fra lege til sykepleier). Jeg fant også oppgavedeling *fra jordmor til hjelper* i fattige land. Imidlertid fant jeg mindre forskning på oppgavedeling *fra helsepersonell til ikke-helsefaglig personell*. Nasjonale rapportere både fra Kunnskapssenteret og Helsedirektoratet er med på å understøtte at oppgavedeling mellom helsepersonell og ikke helsefaglig personell er forhold som er lite beskrevet (Kunnskapssenteret nr.12 -2013, Helsedirektoratet, oppgavedeling, 2014 og Helsedirektoratet Status utviklingstrekk 2018). Jeg finner lite forskning på erfaringer av oppgavedeling *fra* helsepersonell til *ikke helsefaglig* personell i sterilforsyningskjeden. Noe av grunnen til mangelfull forskning på akkurat dette området kan være at sterilforsyningskjeden er et relativt smalt område i spesialisthelstjenesten og bærer preg av produksjonsvirksomhet. Sterilforsyningskjeden (fig. 1 side 4) har mange delprosesser som styres av en massiv teknisk infrastruktur i sykehuset. Artikler jeg fant, som hadde relevans til sterilforsyningskjeden, var ofte relatert til leverandører som fremhver de tekniske perspektivene i sterilforsyningen. Dessverre oppfattet jeg at artiklene bar preg av å være salgsfremmende enn vitenskaplige.

Trend fra Nav sin bedriftsundersøkelse siste årene viser stor mangel på sykepleierkompetanse i fremtiden (Nav.no. Årlige bedriftsundersøkelse 2018) og det vil være behov for at helsetjenesten har personell som ikke gir sårbarhet til driften.

Verdens helseorganisasjon (WHO.no) skrev i sin globale anbefalinger i 2008 at det er internasjonal konsensus på at dersom vi ikke forbedrer system, og utøvelse av måten vi som helsepersonell arbeider på, vil vi måtte trenge betydelig styrking av menneskelige ressurser. Riktignok var WHO sine anbefalinger om oppgavedeling myntet på ressurser for å bekjempe HIV/AIDS i utviklingsland, men sett i lys av at oppgavedeling i helsetjenesten nå er del av regjeringen sin sykehusplan (St.melding 7), anerkjennes oppgavedeling ikke bare som et fenomen, men som et viktig tiltak for å imøtekomme utfordringer med flaskehals, og risiko for manglende eller svak

helsepersonellkompetanse, i fremtidens helsetjeneste. Fremtidens helsetjenesten må inneholde personale med den egnede kompetanse. Rett egnet person på rett type arbeid til rett tid.

I et forsøk på å illustrere kompleksiteten over *hvilke* oppgaver studien tar utgangspunkt i, og som tildeles medhjelper, velger jeg å vise noen enkle utstyrsbilder (Bilde 1). Det kirurgiske gjenbruksutstyret er svært variert og tilpasset det aktuelle inngrepet. Det er i tillegg komplisert og omfangsrikt.

Bilde 1



Bilde 1 er hentet fra Merida – et fagsystemverktøy som benyttes i Sterilsentralen.

I tillegg til at utstyret er dyrt å anskaffe er utstyret ofte svært delikat og komplisert å rengjøre. Det er av stor nødvendighet overfor utstyret at helsepersonellet og medhjelpere utviser forsiktighet i alle deler av gjenbehandlingsprosessene i en sterilforsyningskjede. Er ikke utstyret rent kan det ikke bli sterilt.

1.1.2 Hva er en sterilforsyningskjede

En sterilforsyningskjede, er satt sammen av mange delprosesser som utgjør et program. Riktig utført rengjøring, desinfeksjon og sterilisering av medisinsk gjenbruksutstyr, spiller en svært viktig rolle i forebygging av sykehusinfeksjoner. (Dåvøy mf.fl. 2018), (Verdens helseorganisasjon (WHO) Decontamination and reprocessing 2016). Se fig.1. side 5.

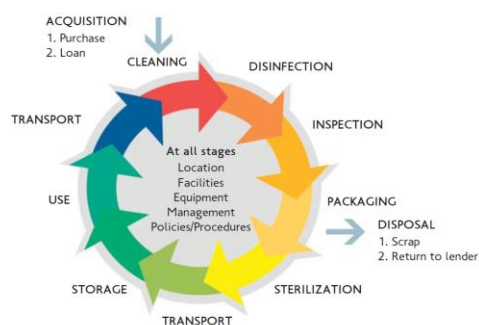


Fig.1. The decontamination life cycle. Kilde: WHO.

De siste årene har det skjedd en rivende medisinsk utvikling relatert til nye behandlings metoder. Sykehuset har etter hvert fått en stor og avansert utstyrspark. Nye lover som regulerer denne type arbeid har kommet til de siste årene (Lovdata.no/Lov om medisinsk utstyr), (Lovdata/Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr). Sykehusinnkjøp HF er et helseforetak som eies av alle de fire regionale helseforetakene i Norge. Disse skal utøve profesjonell bistand og anskaffelse for spesialisthelsetjenesten. På nettsiden til sykehusinnkjøp opplyses det at det samlet sett i Norge anskaffes varer, utstyr og tjenester for flere milliarder kroner årlig (Sykehusinnkjøp.no). Så lenge medisinsk gjenbruksutstyr befinner seg i sykehuset må dette forvaltes riktig. Medhjelpere til helsepersonellet spiller en viktig rolle i denne forbindelse fordi rett håndtering vil gi dyrt anskaffet utstyr, lenger levetid.

1.1.3 Oppgavedeling i sterilforsyningen i Helse Bergen

Oppgavedeling mellom helsepersonell i Norge har ikke like lang tradisjon som i andre vestlige land. Derimot har oppgavedeling blitt praktisert lenge i sterilforsyningskjeden ved Haukeland universitetssjukehus. Faget dekontaminering og sterilisering har tidligere vært godt forankret i utdanningsløpet til helsepersonell. Sett i et historisk perspektiv, har oppgavene til dagens medhjelpere sitt utspring fra sykepleiertjenesten (Dåvøy mf.fl. 2018). Etter hvert som den kirurgiske virksomhet har bygget seg frem, har behovet for å standardiser, systematisere, og kvalitetssikre utdanning innenfor spesialiteter gjort seg gjeldende. Sykepleiertradisjonen er blitt satt under press av den teknologiske utviklingen, og det gjøres store fremskritt innen det kirurgiske feltet. Heldigvis kan det betyr et friskere folk, men raske fremskritt kan gi utfordringer for en gruppe helsepersonell som må håndtere de mange komponenter i faget raskere, og enda sikrere. Jeg har, i denne studien, sett på erfaringer med oppgavedeling mellom helsepersonell og ikke-helsefaglig helsepersonell i sykehusets største

operasjonsavdeling – Sentraloperasjonsavdelingen. Her utføres de største og mest alvorlige operative inngrepene. Det skal nevnes at det også utføres kompliserte kirurgiske operasjoner ved andre operasjonseenheter i sykehuset, der medhjelpere er tilknyttet, men på grunn av behov for avgrensning av oppgaven ble disse ikke tatt med.

Den medisinske teknologiske utviklingen går fort fremover, nye spesialiteter kommer til og utdanninger endre form. Parallelt med at pasienten har fått mer komplekse sykdommer som krever helsepersonell sin kompetanse, er det medisinske utstyret også blitt teknisk komplekst. Egnede personer på en oppgave i *denne* studien, betyr å prioritere at høyprofesjonelle yrkesgrupper kan arbeide mer direkte inn mot de pasientnære oppgavene, slik deres kompetanse tilsier at de skal. Medhjelper i studien, er blitt utviklet til å kunne ivareta den tekniske utstyrsbehandlingen etter bruk på pasient.

Til opplysning skjer det også oppgavedeling innad mellom ikke-helsefaglig personell i sykehuset. Arbeidsgiver legger tilrette for rutiner, slik at for eksempel informasjonsteknologisk personell og teknisk personell, kan oppgavedele systemtesting til medhjelper i sterilforsyninga. Kort oppsummert. Det er mange ulike yrkesgrupper som arbeider tett sammen i i kulissene i sykehusets sterilforsyningskjede. Dette gjøres for å sikre sømløse driftsoverganger slik at pasientens opplevelse av et sykehusopphold, blir så kort, og så godt som mulig.

1.2. Problemstilling og forskningsspørsmål

«Hvilke erfaringer har helsepersonell i spesialisthelsetjenesten med oppgavedeling til ikke- helsefaglig personell i sykehusets sterilforsyningskjede».

- Hvilke typer oppgaver overleveres fra helsepersonell til ikke helsepersonell?
- Hvilke vurderinger gjøres for å sikre forsvarlighet i oppgavedeling fra den høyspesialiserte profesjonen til yrkesgruppen med lavere utdanningskrav (medhjelper)?
- Oppleveres det effekter av oppgavedeling og hvilke effekter snakker vi om?
- Hvilke faktorer opplever å fremme eller hemme oppgavedeling?
- Har forsvarlighetsbegrepet ulik betydning hos disse to yrkesgruppene?
- Har helsepersonell mistet noe vesentlig av faget etter oppgavedeling?

Hensikten med å forske på problemstillingen, er å få vite mer om en yrkesgruppe som ikke er omtalt i nasjonale planer som en satsing, men som utfører et svært viktig arbeid for en høyprofesjon, som har et krevende, og langt utdanningsforløp. Målet er å få vite mer om de erfaringer rundt samarbeidet etter mange år, hvilke oppnådde effekter dette har gitt helsepersonellet, og om medhjelper utgjør en trussel for helsepersonellet sin profesjon.

Søkeord

Norsk: Forskjøvet oppgave, oppgavegliding, oppgavefordeling og oppgavedeling.

Engelsk: Task shift/shifting, substitution, skill-mix og handoff, task shift and auxiliary

Måten jeg søkte på spilte en rolle for antall treff. Ved å sette hermetegn foran, og stjerne og hermetegn bak: "task shift*", fikk jeg 43 treff. Jeg gikk videre med de mest relevante fra databasene CINAHL, PubMed og Cochrane Library. Det ble også gjort generelle søk via internett inn mot søkeordene.

1.3 Oppgavedeling – Litteraturgjennomgang

USA, England og Finland har lagt foran Norge hva gjelder oppgavedeling *mellom* helsepersonell (Delmain et.al., 2010). Med dette som bakteppe, utførte jeg et åpent søk på tematikken oppgavedeling, både på engelsk og norsk. Jeg spesifiserte søkene deretter på forskning, og litteratur om oppgavedeling, mellom helsepersonell til medhjelper. Ved å gå bredt ut i starten, for å få et overblikk over hva som fantes av forskning på området, bidro dette til en tydeliggjøring av den prosessen jeg befant meg i, og hva min oppgave måtte handle om.

De fleste artiklene jeg fant, der helsepersonell benyttet medhjelper, var relatert til forholdet mellom jordmødre og hjelper i lavinntektsland. Jeg fant noen interessante norske mastergradsoppgaver med fokus på oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten: (Yttermo 2013), (Kjesbu 2015), (Nordvik 2016), (Lende 2019) og tilslutt en forskningsbasert evalueringsstudie av Høgskolens etterutdanning for praksisveiledere (Kristoffersen og Velund 2012) som belyser viktigheten av å utvikle veiledningskompetanse til helsepersonell. Veiledning utgjør en stor del av oppgavedeling i *denne* studien. Derfor er denne relevant å ta med.

Videre fant jeg en nylig publisert Iransk studie, i Cochrane Library (Karimi-Shahanjarini et.al., 2019). Denne studien undersøkte hvilke faktorer som påvirket implementering av oppgavedeling, mellom lege og sykepleiere. Artikkelen konkluderte med at mens legene foretrakk at sykepleiere forholdt seg til oppgaver av «ikke medisinsk karakter», mente sykepleierne at de både var komfortable og kompetente til å levere oppgaver, spesielt inn mot den forebyggende delen av behandlingen.

Sykepleierne trodde at det å jobbe tett og nær legens kompetanse, var viktig i formingen av sykepleierollen. De som jobbet alene, fant i større grad det utfordrende å kommunisere med legen. Sykepleierne opplevde å kunne utvikle ferdigheter når de ble utfordret med nye oppgaver, men etterlyste viktigheten av riktig mengdetrening. De anså at rett type trening, ville bidra til økt ferdighet proporsjonalt med tilfredshet i arbeidet. Å kunne arbeide selvstendig var en viktig faktor for sykepleierne. Både legene og sykepleierne i studien, var opptatt av tilgang til de rette ressursene, utstyr, tydelige roller, rollefordeling, erfaren leder, adekvat trening og overvåking. Krav til dokumentasjon økte proporsjonalt med oppgavene som ble overlevert *fra* legene. Denne artikkelen tar opp viktige momenter som også ble viktig i min studie.

Verdens helseorganisasjon (WHO) varslet via en publikasjon i 2008 om en global krise, der behovet for helsepersonell ikke var balansert inn mot fremtidig behov. Publikasjonen inneholdt anbefalinger og retningslinjer om oppgavedeling, som bidrag til effektivitet og bærekraftighet til helsetjenester, uavhengig av geografi (Verdens helseorganisasjon - Global conference on task shifting 2008).

En annen artikkel som hadde momenter som ble viktig i min studie, fant jeg etter søk i PubMed (Manser et.al., 2011). Studien er riktignok fra 2011, men oppsummerer at kultur, ledelse, organisering, adferd og andre arbeidsmiljøfaktorer er viktige momenter for læring. Standardisering av prosesser, styrket satsing på kommunikasjon som middel, teknisk støtte og forbedring av samarbeid i team, syntes også å være viktig praktisk tilnærming.

I 2013 ble det utført en utredning på oppdrag fra Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, *Oppgavedeling utarbeidelse av opplegg for pilotprosjekter 2014*), basert på

spørreundersøkelse. I denne skulle en se på om oppgavedeling kunne være et bidrag til å få ned ventelister, og gi en mer effektiv pasientbehandling. Konklusjonen viste at en god arbeidsflyt, baserte seg på en fornuftig arbeidsdeling inn mot de beste personalressursene en hadde. Motivasjon for å lære, og kultur for å dele kunnskap, var med på å styrke kvaliteten. Utredningen har momenter som ble viktig for min studie.

Statssekretær Anne Grethe Erlandsen, hadde i 2014 et innlegg på Deltas fagarena om oppgavedeling. Spørsmålet hun blant annet skulle belyse, dreide seg om nasjonen hadde rett kompetanse til å kunne imøtekomme fremtidig behov, og sikre kvalitet i helsetjenestene. Til dette svarte hun at det lå store muligheter i å la *ikke-helsefaglige* personellgrupper, overta oppgaver *fra* helsepersonell slik at helsepersonell kunne bli avlastet og dermed få frigjort tid til viktigere oppgaver som krevde en dypere og mer spisset kompetanse (Regjeringen.no Deltas fagarena 2014). I og med at dette var det mest tydelige utsagnet jeg fant nasjonalt, og som direkte kunne knyttes til min studie, var dette momenter jeg fant viktig å ta med i oppgaven.

Rapport fra Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning, (NIFU.no) har sett på variasjoner i sykepleierutdanninger. I følge rapporten er det store variasjoner i utdanningene. Utdanningen må ha noen likheter. I tillegg, må det enes om hva kjernekompetansen skal være. Informanter i min studie, påpeker at studentene kan mindre nå enn før, og at tid er en viktig faktor sett i et opplæringsperspektiv. Samtidighetskonflikt og en stadig tilstrømming av praksisstudenter, stjeler av helsepersonell sin tid som, egentlig er avsatt til medhjelper. Mangel på tid til faglig opplæring til medhjelper, var et stadig tilbakevendende tema under intervju med min informanter

Norsk sykepleierforbund publiserte i april 2018 et forsvarlighetshefte myntet på sykepleiertjenesten. En oversikt over aktuelle lover, og andre myndighetskrav knyttet til forsvarlighetsbestemmelsene, er listet opp for å underbygge både det individuelle ansvaret helsepersonell har, men også den autonomi som følger med yrkesutøvelsen. (Norsk sykepleierforbund 2018). Forsvarlighet og ansvar er et av forskningsspørsmålene mine.

1.4 Avgrensning og oppbygging av oppgaven

Jeg har valgt å konsentrere oppgaven rundt de erfaringene informantene har, og ikke vurdert mine funn opp mot hvorvidt oppgavedeling som fenomen, er positiv eller negativ for spesialisthelsetjenesten. Jeg har ikke tatt konkret standpunkt om for, eller mot denne type oppgavedeling som tiltak. Beskrivelse av erfaringer er målet med oppgaven, sett i lys av relevant teori og helsepolitisk kontekst. Effekt av oppgavegliding vil bli beskrevet som *opplevd* effekt. Jeg har valgt å spisse oppgaven inn mot det relasjonelle i sykehusets sterilforsyningskjede (fig.1 side 5). Dels fordi det var dette informantene var opptatt av å formidle, og dels fordi jeg fikk en oppfatning av at det i denne kjeden finnes gode eksempler på oppgavedeling, som kan knyttes til lov om helsepersonell kapittel 2, §5 (bruk av medhjelper). Fenomenet makt, og noen utfordringer knyttet til dette, bli belyst da det ble brakt på bane under intervjet. Av hensyn til oppgavens omfang, vil jeg holde fokus på vertikal oppgavedeling. Det er ikke gjort avsjekk inn mot de andre store sykehusene i Norge. En sterilforsyningskjede finnes i alle store norske sykehus. Det hadde vært interessant å vite mer om dette og det er behov for mer forskning.

Det er heller ikke analysert hvorvidt det å ha gjennomført fagskole hos medhjelper, isolert sett, kan ha bidratt til medhjelpers dybdeforståelse for faget, eller om utdanning i seg selv, ville kunne bidra til det samme. Det er behov for mer forskning på det feltet.

1.5 Ord og uttrykk

Elite: I studien beskriver jeg personell med helsefaglig kompetanse, i denne kontekst, for *elite*. Bakgrunn for dette valget, finner jeg i Kvale og Brinkmann sin definisjon om at elitepersoner ofte har stor makt, og er eksperter på sine områder. (Kvale og Brinkmann 2015). Elite 1 i *denne* studien har, i tillegg til sin utdanning, og mange års erfaring, et fagansvar. Fagansvaret innebærer blant annet forvaltning av breddekompetansen, der ivaretagelse av medisinsk utstyr, og bruken av dette, inngår. Å kravspesifisere utstyr, og sikre at alle kan bruke utstyret, lage og iverksette prosedyrer, ha ansvar for tilrettelegging slik at operasjoner går sømløst, og pasientsikkert, er flere av *elitens* mange viktige oppgaver. *Eliten* er kirurgens høyre hånd. I stor grad legge *eliten* føringer for hvordan inngrepet skal kunne foregå sikkert, gjennom hele forløpet. Det oppfattes å være hovedsakelig *elite 1* som i praksis legger føringer og underviser medhjelper i tilknytning til oppgaveoverføring. *Elite 2* i min

studie har mange års erfaring og arbeider hovedsakelig mest med arbeidsoppgaver tilknyttet operasjonsstuen. *Elite 2* har blant annet ansvar for å ivareta kvalitetsperspektivet, hva gjelder utstyr som har vært gjennom hele sterilforsyningskjeden. Etter at mange medhjelpere i sterilforsyningskjeden har vært involvert, gjør *elite 2* den aller siste kvalitetsjekken. Er det feil og mangler oppdages det tidlig i prosessen og før utstyret benyttes på pasient.

Medhjelper: Medhjelper har p.t. ulike yrkestitler i sykehusets sterilforsyningskjede. Noen medhjelper har fagrelatert utdanning og andre ikke. Felles for medhjelperinformantene i denne studien er at de ikke oppfyller vilkår for autorisasjon som helsepersonell etter loven. Medhjelper i denne studien blir også av og til omtalt som *ikke helsefaglig personell*.

Medisinsk gjenbruksutstyr: Et samlebegrep for bl.a. kirurgisk flergangsutstyr som benyttes i operasjoner og som skal prosesseres gjennom dekontamineringssirkelen (fig. 1 side 5) for å trygt kunne benyttes på neste pasient (Verdens helseorganisasjon 2016).

Sterilforsynings-sirkelen/Sterilforsyningskjeden: Omhandler alle deler av prosessen fra anskaffelse til utstyret inngår i drift og er basert på guidelines fra (Verdens helseorganisasjon 2016).

Instrumentariet: Et samlebegrep for kirurgiske instrumenter og annet medisinsk utstyr.

Elite 1: Operasjonssykepleiere med fagansvar

Elite 2: Operasjonssykepleiere

Elite: samlebegrep (når elite 1 og 2 uttrykker det samme under intervju).

I et forsøk på å øke lesbarheten overfor hvilke informanter, (helsepersonell eller ikke helsefaglig personell), som omtales, eller hvem som sier hva, i *denne* studien, har jeg satt *elite* og *medhjelper* i kursiv.

Kapittel 2 Metode

2.1 Forforståelse og forståelseshorisonter.

Å selv være helsepersonell og leder, og få lov til å studere helsepersonelloppgaver i relasjon til ikke helsefaglig personell, kan jo være med å påvirke hvordan en tolker eller oppfatter hendelser. Ingen kan være fullstendig nøytral. En påvirkes både av egne erfaringer og av kontekster.

Bakgrunnen for valg av problemstilling, er at jeg er leder for en relativ stor yrkesgruppe som *mottar* oppgaver, fra en høyprofesjonsyrkesgruppe. Jeg er klar over at jeg på den måten, har en forforståelse med meg inn i oppgaven jeg skal utføre.

I min studie, setter jeg søkelys på *elitens* bruk av *medhjelpere*. Medhjelpere i min studie, omfattes ikke av helsepersonelloven. Sykehusets sterilforsyningskjede har, i større eller mindre grad, forgreininger inn til de aller fleste somatiske enhetene. Å ikke, noensinne, ha vært involvert i tematikken jeg har valgt, vil derfor, for et helsepersonell med 30 års erfaring, være vanskelig å unngå. Denne erfaringen kan være med på å farge min måte å forstå oppgavedeling som tema.

Å ha med seg en slik forforståelse kan være en utfordring, sett i perspektivet forutinntatt. Å være forutinntatt kan være med på å påvirke resultatet. Imidlertid, og til mitt forsvar, mener jeg at en forforståelse kan benyttes som en viktig ressurs. Så lenge jeg har utviklet en bevissthet av at forforståelsen er der, ved at jeg forsøker å forstå en annen part, gjennom å gradvis lære den bedre å kjenne, vil jeg bli beriket med å få utvidet egen forståelseshorison, på en måte som gjør meg i stand til, å oppnå en bedre forståelse. (Nordby 2009).

2.2 Datasamlingsmetode

Hvorfor valgte jeg feltarbeid i kombinasjon med fokusintervju?

All den tid mitt ønske var å få en bredere forståelse av de erfaringene som ligger til grunn for oppgavedeling, ønsket jeg å oppsøke menneskene i deres praktiske hverdag. Jeg anså det som viktig få et materiale som vektla nyanser og mangfold, og som jeg kunne få tilgang til, gjennom samtaler og observasjoner. Jeg har derfor valgt kvalitativ metode, som bygger på teori om menneskelig erfaring og fortolkninger, i motsetning

til kvantitative metoder som bygger på numerisk data i form av tallmateriale (Malterud 2003).

Jeg gjennomførte først deltakende observasjon, og ble bedre kjent med personalet i deres eget miljø. Den nyttige informasjonen jeg fikk fatt i under observasjonene, bidro til at jeg fikk en bredere forståelse for oppgavedeling. Dette var nyttig å bringe inn i intervju, fordi spørsmålene her skulle være mest mulig åpne. I og med at jeg skulle intervju *eliten*, måtte jeg til en viss grad forsøke å oppnå en symmetri i intervjurelasjonen, også sett i relasjon til tidsbruk. Det var derfor avgjørende for intervjugjennomføringen, at jeg hadde fått kjennskap til informantens arbeid på forhånd.

I følge forfatterne Kvale og Brinkmann (Kvale, Brinkmann 2015), er et av handlingsprinsippene i metoden, å forstå sider fra dagliglivet fra personene som blir intervjuet. Samtaler sett i et forskningsperspektiv, skal i stor grad flyte naturlig (Wifstad 2018). Det var viktig for min studie at informantene bidro med sine erfaringer, og det var viktig at samtalen i intervjuet ikke ble oppfattet som en teknisk gjennomføring, men heller som et middel til å etablere kunnskap. Gjennom samtale, ble det mulig for meg til å følge opp med oppfølgingsspørsmål, presiseringer, og eksempler underveis, fordi jeg hadde allerede hadde fått en del forståelse via deltakende observasjon. Ved å kombinere intervju med observasjoner, fikk jeg tilgang til data der jeg oppdaget informantenes fortolkninger av situasjonen de gikk inn i. Ikke bare som forsker, men også som menneske (Fangen 2010). Selv om jeg var forsker, og dermed en annen status enn dem jeg observerte, tilpasset jeg meg de ulike oppgavesituasjonene, uten å virke forstyrrende. En av styrkene til kvalitativ metode, foruten at den er velegnet når en skal gå i dybden, og spesielt dersom det finnes lite forskningsbasert kunnskap om temaet fra før, er at den bidrar til å forstå prosesser, og ikke minst bidra til å få fram stemmen til informanten, i form av bruk av sitat for eksempel. Metoden oppfattes i tillegg å være fleksibel, og kan bidra til å belyse mindre kjente fenomener, som kan gi ny informasjon (Wifstad 2018). Ved å benytte feltarbeid først som metode, bidro dette til at jeg fikk en bredere forståelse for oppgavedeling. Dette var nyttig å bringe inn i intervju, all den tid spørsmålene skulle være mest mulig åpne. I og med at jeg skulle intervju *eliten*, måtte jeg til en viss grad forsøke å oppnå en symmetri i intervjurelasjonen. *Eliten* kan ofte være vant til å bli intervjuet. Det

krever en betydelig innsats fra intervjuer å komme forbi en *elites* synspunkter, dersom disse allerede er forberedt. *Elite*intervjupersoner har ofte en sikker status (Tjora 2018).

2.3 Datainnsamling

Samspillende utvalg

Jeg tillater meg å benytte same begrep som Fangen benytter i sin bok om observerende deltakelse. Dette fordi et viktig prinsipp i kvalitativ forskning, er nemlig at enheter som velges, skal ha noe med hverandre å gjøre (Fangen 2010). I stedet for å velge overskrift, inklusjonskriterier, syntes jeg samspillende utvalg er mer beskrivende overfor *denne* studien.

I den hensikt å få frem en variasjon av erfaringer, ønsket jeg representanter fra *eliten* og fra *medhjelper* (både de med og uten relevant fagspesifikk utdanning). Disse håpet jeg ville kunne sette spørsmålene mine på spissen, eller på annen måte utfordre forskningsspørsmålene, sett i lys av deres mangeårige erfaringer. Oppgavens omfang, tidsbruk, tilgjengelig personalet, etterarbeid og analyse, og i tillegg til en varslet overhengende trussel om en pandemi, var med på å begrense tilgang på antall informanter, og tiden jeg kunne ha til rådighet. Tabell 1 viser tilslutt utvalgets sammensetning.

Tabell 1

Informanter (intervjudel)	Antall informanter
Elite 1	3
Elite 2	2
Medhjelper	10

Under deltakende observasjon, var mitt hovedfokus å delta sammen med *medhjelpere*, slik at jeg fikk erfart oppgavedeling i praksis sett fra deres ståsted. Selv om jeg hadde fleksibilitet til også å involvere meg blant *eliten*, måtte jeg overholde krav om begrensninger. Dels på grunn av smittevernprinsipper, om å ikke ha for mange inne på en operasjonsstue, men også sett i relasjon til at Koronapandemien var faretruende nær. Sykehusets beredskapsplan gav tydelige signaler om behov for omrokking med umiddelbare iverksettelse, om nødvendig. I observasjonsfeltet var det mange personer som kom og gikk. Det var kun noen få deltakere jeg klarte å følge tettere, enn

andre. Det var viktig å være åpen, å fange inn mye forskjellig, i en observasjonsituasjon. Til tider skjedde hendelser i et svært høyt tempo. Eksempler fra observasjonssituasjonene tok jeg med inn i intervju. Det ble veldig gode intervjusamtaler, på den måten.

Gjennomføring av forskningsprosjektet

Etter godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata søkte jeg om tillatelse til å utføre forskningsprosjektet i klinikken, og lå ved relevant informasjon om prosjektet. Etter å ha fått godkjenning fra klinikkleder, sendte jeg en forespørsel til de aktuelle seksjonslederne med høyest andel medhjelpere. Jeg mente disse enhetene best kunne besvare mine forskningsspørsmål, basert på deres lange erfaring, og tradisjon for oppgavedeling (herav min forforståelse). Seksjonsledere fra de fire enhetene jeg så som best egnet, møtte meg en morgen, og det ble laget en plan for en smidig gjennomføring. Utfra tematikk og forskningsspørsmål, avgjorde seksjonslederne i de fire enhetene, hvem de mente var best egnet, til å gi den beste erfaringsinformasjon tilbake til prosjektet. I tillegg ønsket lederne, at jeg skulle avholde et felles informasjonsmøte, for alle ansatte i operasjonsavdelingen på et bestemt tidspunkt. Det var en seksjon som ikke hadde anledning til å være med på dette fellesmøtet. Det ble derfor arrangert et informasjonsmøte spesielt for dem i etterkant. Klinikkenes verneombud, var en viktig deltaker på det felles informasjonsmøtet. Informantene fikk informasjonsskriv og signerte samtykkeerklæring. Ingen trakk samtykket.

Gjennomføring av deltakende observasjon

For å kunne besvare, og analysere mitt første forskningsspørsmål, måtte jeg vite hvilke oppgaver som inngikk i oppgavedelingen. Jeg var forberedt på en lang innledningsfase i feltarbeidet, slik Fangen beskriver det (Fangen 2010), og ervervet meg en del kunnskap om stedenes normer, og verdier i forkant, via seksjonslederkollegiet. Det viste seg imidlertid å være en forberedelse jeg kunne ha spart meg. Mine informanter tenkte tydeligvis annerledes, og involverte meg raskt inn i deres hverdag. Det er mange komponenter i *elitens* profesjonsfag, og jeg måtte få kjennskap til grensesnittet til oppgavene *fra elite til medhjelper*. I starten måtte jeg ta en del pauser innimellom. Dels fordi lokalene jeg vandret i, til tider var svært varme, noe som

skyltes de mange dekontamineringsmaskinene som gikk ustanselig, og dels fordi hendelser skjedde i raskt tempo. Jeg måtte være «på» hele tiden. I tillegg, måtte jeg notere oppståtte hendelser i boken min. Deltakende observasjon kan oppleves enkelt, men det var svært krevende fordi det var så mange inntrykk, og hendelser som skulle fanges opp samtidig.

Jeg opplevde en genuin interesse tilbake til min forskning, fra både *elite* og *medhjelper*. Dette hadde jeg ikke regnet med skulle skje så raskt. Til og med noen kirurger henvendte seg til meg. De var høflig nysgjerrig på min forskningsstudie. Jeg reflekterte mye over om hvorvidt min funksjon som leder i samme klinikk, og innenfor tematikken, kunne spille en rolle for den raske aksepten. Jeg var imidlertid hele tiden svært bevisst på hvorvidt, og hvordan, min ordinære stilling kunne påvirke hvordan personalet handlet, da jeg var tilstede.

For å kunne kombinere det å være deltakende med det jeg skulle observere, og samtidig forstå kodene informantene hadde seg imellom, tonet jeg ned observatørrollen i et forsøk på å «become a native», som Fangen beskriver (Fangen 2010). Jeg deltok også i sosiale sammenhenger (lunsj), og opplevde underveis å få henvendelser fra flere yrkesgrupper, på en måte som kunne tolkes som en bekreftelse på at jeg var akseptert inn, i deres hverdag.

Jeg befant meg i operasjonsavdelingen i 2 uker på dagtid. Observasjonsøktene mine hadde hver en varighet på 20 minutter. Jeg klarte 4-5 økter pr.dag. Situasjoner ble skrevet ned som stikkord i en liten notatbok jeg hadde i lommen. Stikkordene var i stor grad kun forståelig for meg. Å skrive i notatbok under observasjonsstudiet, ble gjort på en respektfull måte uten å vekke oppsikt. Så snart observasjonsseansen var ferdig gikk jeg tilbake til kontoret og reinskrev. Arkene i notablokken ble revet ut, og makulert like etterpå. Da jeg opplevde mettet i observasjonsstudiet, og med det menes at en ny observasjon, ikke brakte noe vesentlig nytt til de temaene jeg var opptatt av, avsluttet jeg observasjonsøkten. Noen ganger tidligere enn opprinnelig tenkt.

Gjennomføring av intervju

Selve gjennomføring av hvert intervju hadde en varighet på mellom 30- 60 minutter. Ved å ha gjennomført observasjoner på forhånd, mener jeg at dette var med på å gi meg et fortrinn. Jeg oppfattet raskere kontekst etter hvert som informantene delte sine erfaringer, under intervjuet. Det ble en mer naturlig flyt i samtalen. I og med at

intervjuet foregikk i vakttiden, i en travel operasjonsavdeling, var det en overhengende risiko for at *elite* og *medhjelpere* måtte «springe» til sine oppgaver, dersom telefonen ringte. Hvert sekund av samtalen var viktig å utnytte, uten at seansen skulle oppleves stressende. Det lå en forventning av at jeg var godt forberedt. Det ble først foretatt ett intervju, der både *elite* og *medhjelpere* møtte samlet. Siden skulle det vise seg å være utfordrende å få dette til, overfor de resterende intervjuobjektene. Pandemien får ta sin del av skylda, men også uforutsigbarhet i forbindelse med frafall på personalsiden, og/eller plutselig behov for å endre personalets oppgaver, sett i et pasientsikkerhetsperspektiv. Under et av intervjuene der både *elite* og *medhjelpere* var samlet, fornemmet jeg en risiko, for at en asymmetrisk maktbalanse kunne oppstå. Samtalen gikk noe trått, og det ble vanskelig å få til den gode flyten i samtalen. Alle i gruppen svarte høflig, men var forsiktige med å utdype svar ytterligere. Det ble mange pauser, og teknikken min var for dårlig innøvd. Jeg opplevde også å ta for mye plass i intervjuet, i et forsøk på å få til en god flyt. Samlet vurdering etter intervju, og egenreflektering, tilsa at jeg tilslutt bestemte meg for å gjennomføre intervju to og to. Jeg reflekterte parallelt over mulige svakheter i studien, ved å gjøre nettopp denne manøveren, men fant hovedsakelig flere fordeler enn ulemper. Siden *eliten* og *medhjelpere* tilhørte ulike seksjoner, anså jeg at det lettere i praksis, å få gjennomført intervjuene med denne kursendringen. Jeg informerte deres ledere om mitt valg, og delte informantene opp i to og to. Fire *eliter* ble intervjuet to og to i lag (begge to fra samme seksjon). To og to *medhjelpere* fra operasjonsavdelingen stilte til intervju. Da jeg fornemmet en mettet tilknyttet intervjuenseansen, og med signaler om utfordring i driften, foretok jeg et siste intervjuet med kun en informant fra *eliten*. Informanter fra seksjonen jeg selv er leder for, ble intervjuet av en medarbeider i min stab. Denne medarbeideren benyttet samme måte for utvelgelse, som seksjonslederne hadde gjort i sine seksjoner. Jeg hadde i forkant, hatt et felles informasjonsmøte overfor mine egne medarbeidere. Fire informanter møtte til intervju fra min egen seksjon.

Transkribering og analyse

Transkriberingen gjorde jeg selv fra alle intervjuene, og fant støtte for det fra Kvale og Brinkmann som skriver at, en kan lære mye om egen intervjustil ved å transkribere, og at en bedre erindrer aspekter fra intervjusituasjonen. (Kvale, Brinkmann 2015).

Forskningsintervju er en ferdighet jeg ikke er særlig trent til å gjøre, og under

transkribering av første intervjuet, ble jeg forferdet over min egen intervjuteknikk. Alt jeg kunne håpe på, var at det ikke opplevdes så «hakkendes gale», for mine informanter. Å høre min egen stemme i denne konteksten var en rar opplevelse. Mengdetrening viste seg å være nøkkelen. Jeg tørrtrente enda mer på kontoret og stilte mer forberedt for hver gang. Å oppleve kontroll og mestring på det området ble en motiverende faktor for meg.

Etter første intervjuet transkriberte jeg direkte ned det som ble sagt. Pauser og små ord og latter kom med. Etter hvert ble dette en svært tidkrevende metode, og jeg valgte å ta et bevisst valg i henhold til hva jeg var ute etter i analysen. Det var dybde og nyanse, jeg var ute etter. I og med at jeg hadde laget åpne spørsmål, for å få en naturlig flyt i dialogen, måtte jeg bruke tid på å kategoriserte svarene, inn mot forskningsspørsmålene. Jeg benyttet Excel, og kategoriserte i ulike farger i ulike kolonner, for på den måten, å finne likheter og ulikheter. Siden bant jeg disse opp mot funn fra deltakende observasjon, i Excel, for å få en helhetsoversikt, til bruk i analysedelen. Det finnes bedre baser for denne type arbeid, men alle slike systemer krever en viss mengdetrening som jeg på det tidspunktet, ikke hadde avsatt tid til. Ved at en medarbeider utførte et av intervjuene, opplevde jeg en annen side av det å transkribere. Her kunne jeg ikke oppleve min egen intervjustil, ei heller oppfatte sosiale kontekster, eller aspekter. Jeg gjenkjente imidlertid stemmene til mine egne ansatte. Jeg var ekstra nøye med at dette kjennskapet ikke skulle preget analysen i materialet. Det gjorde det heller ikke.

Risiko for asymmetri

Elitepersoner beskrives, i Kvale og Brinkmann (Kvale, Brinkmann 2015), som eksperter med faglig suverenitet, som ofte innehar posisjoner med stor makt. En del av mine intervjuobjektet, tilhørte denne kategorien. Disse er eksperter på sine fagområder, og har sterk tilhørighet, og tillit internt i egen seksjon. *Elitepersoner* i min studie, har både direkte pasientrettet ansvar, i det å sikre pasientens velbefinnende under hele det operative inngrepet, men også indirekte, med oppgaver av både organisatorisk, så vel som administrativ art (Dåvøy m.fl., 2018). De er en naturlig, og foretrukket samarbeidspartner til leder, når implementering, og endring skal skje. Elitepersoner driver ofte seksjonens arbeid fremover. I tillegg har de en veletablert, og anerkjent autonomi. Asymmetrisk maktforhold, kan imidlertid oppstå i

intervjusammenheng, og sågar påvirke dynamikken i en intervjuseanse (Kvale, Brinkmann 2015). Både intervju og observasjoner, ble foretatt på steder som jeg ikke leder for, og heller ikke kjenner så godt til. For å redusere risiko for asymmetri mellom meg og informantene, møtte jeg informantene på deres hjemmebane. At jeg var utrenet, og usikker i rollen under det første intervjuet, kunne vært medvirkende til at samtalen gikk trått i starten. Å dele informantene mine opp i grupper slik jeg valgte, reduserte risiko for asymmetri mellom informantene. Dette var riktig å gjøre på det tidspunktet, og jeg opplevde en større åpenhet rundt intervjuseansen, enn da jeg hadde informantene fra ulike yrkessammensetning, samlet.

Fordeler og ulemper med å forske i egen klinikk

Å forske i egen klinikk, kan det følge både fordeler og ulemper ved. En av fordelene er rik tilgang til rette informanter, og kanskje en smule enklere å få innpass. Ulempen er at informantene, neppe sier hele sannheten til meg. Informantene jeg var så heldig å få innpass hos, tilhører samme klinikk som meg og vi samhandler i de ulike prosessene, av vårt arbeidsfelt. I geografisk avstand ligger enheten jeg er leder for, utenfor hovedblokka, som operasjonsavdelingen befinner seg. Informantene jeg observerte, og intervjuet, ligger i hovedblokka. Skulle det i tillegg være eventuelle uenigheter eller lignende, i seksjonene til informantene, eller ulike diskusjoner en måtte ha til tematikken, foruten de som fremkom under intervju, kjente ikke jeg til disse fra før. Det opplevdes å være en stødig, og faglig sterk *elite*, som var plukket frem som informanter, og som utfordret, og utfylte spørsmålene under intervjuene. Jeg vil samtidig påstå at yrkesgruppen *medhjelper*, viste stolthet overfor sin arbeidsplass. De var godt sammensveiset, og faglig engasjert. Likevel opplevde jeg, på noen områder, og overfor *noen*, at dynamikken i samtalen ble påvirket av at vi kjente til hverandre. Det betyr ikke at det ble en unaturlig samtale. Snarer tvert imot. Jeg opplevde mer i retning av jeg selv måtte være mer bevisst på forskerrollen, slik at jeg ikke gikk over i kollega/lederrollen, underveis. Som leder, opplever jeg ofte en slags ensomhet i jobben. Når en er i forskermodus og opplever en varme, og inkludering fra et felleskap slik jeg opplevde, var dette en etterlengtet tilhørighet der og da. Likevel måtte jeg være observant på min rolle som forsker. Jeg reflekterte mye rundt dette. Jeg måtte være observant på dynamikken som kunne oppstå dersom lederrollen kom frem, og ikke forskerrollen. Dette trente jeg iherdig på underveis.

Verktøy under intervju

Jeg valgte opptak via jobbmobiltelefon til bruk under intervju. Dette gav meg frihet til å følge med i samtalen, og følge opp i etterkant av spørsmålene der dette var naturlig, uten å ta oppmerksomheten bort fra her og nå perspektivet. Intervjuene er slettet jmf. bestemmelser fra NSD.

2.4 Forskningsprosjektets kvalitet og framstilling

I hvilken grad studien kan etterprøves, ligger i kriteriet for **pålitelighet**. I prinsippet skal en kunne repetere studien og komme frem til samme resultat (Tjora 2018). I kriteriet som omhandler **gyldighet**, finner vi studiens validitet: Altså, om de svarene jeg finner i min forskning, faktisk er svar på de spørsmålene jeg forsøkte å stille. Det siste kriteriet er **generaliserbarhet**: Kan resultatet overføres til andre intervjupersoner, kontekster og andre situasjoner, eller er resultatene kun av lokal interesse. Dette er ofte hovedspørsmålene. Disse tre kriterier er ofte benyttet som indikatorer for kvalitet (Kvale, Brinkmann 2015).

I og med at dataene i min studie, unnfanges gjennom et samarbeid mellom meg som forsker, og informantene, er det viktig å ha transparente prosesser som detaljert beskriver strategi, metode, og analyse som kan være med å styrke påliteligheten. Dette har jeg forsøkt å belyse i metodedelen. Forfatter Tjora (Tjora 2018) beskriver refleksjon som viktig i forhold til det å styrke prosjektets pålitelighet. Jeg reflekterte ustanselig på om mitt tilstedeværende, min kompetanse og/eller min posisjon som leder kunne påvirke tilgangen til feltet. Min forforståelse er det gjort rede for i metodedelen punkt 2.1 side 12. Å ha mye kunnskap om et felt er ingen ulempe fordi, en kan på den måten, stille presise spørsmål, og undre seg åpent sammen med informantene. Ulempen er heller i retning av forutinntatthet også omtalt som bias, eller støy, som kan påvirke resultatet. Her kan risikoen være høy. Innenfor den kvalitative forskningsmetodiske tradisjon, hevdes det at ingen kan være fullstendig nøytral. Det er derfor av høy viktighet at en redegjør for *hvordan* egen forkunnskap kan være med på å prege forskningsarbeidet, all den tid tolking som gjøres, skjer med bakgrunn i erfaringer og kontekst. Å være bevisst på at en har med seg en forforståelse og kan benytte den til sin fordel, vil være en viktig balansegang. Å tydeliggjøre utvelgelse av informanter, innsamling av data, hvordan analysedata er benyttet og kunne skille mellom forskers tolkninger og gjengivelser, er viktig for studiens pålitelighet.

Det er av betydning at intervjuobjektene skal bidra med ny forståelse av et tema. Utvalget i kvalitativ forskning, gjøres derfor strategisk, og ikke tilfeldig, slik som er vanlig i en kvantitativ forskningsstudie. Mine informanter er valgt ut fra en begrenset populasjon, med mange års erfaring om tematikken. Det i seg selv øker påliteligheten, fordi det ville ikke vært mulig å få ny forståelse ved å plukke en tilfeldig intervjuperson. En kan heller aldri være sikker på om de personene som melder seg, har uttalt negativ eller positiv erfaring til tematikken, eller har en skjult agenda på annen måte. Om de svarer ærlig kan en heller ikke vite. Dette påvirkes av sammensetning, kontekst eller andre forstyrrelser som, for eksempel spørsmålets art. Det en vet er at intervjupersonene svarer utfra det kontekstuelle, og blir derfor representant for en erfaring i konteksten. Det vil av den grunn ikke være mulig med bastante slutninger, all den tid en undersøker meninger og erfaringer, og forstår og fortolker utfra det. Å generalisere funn fra kvalitativ forskning, er vanskelig all den tid utvalget er lite. Det er heller ikke et mål. Det som er mulig og som ofte gjøres, er å utføre en analytisk generalisering som Kvale/Brinkmann (Kvale, Brinkmann 2015) beskriver. Ved å gi en begrunnet vurdering, i retning av å se på hvilken grad de funnene jeg har kommet fram til, kan analysen benyttes som veiledende, for hva som kan opptre i en annen situasjon.

Ved å observere de sosiale situasjoner som inntreffer i driften mellom helsepersonell, og ikke helsefaglig personell, som ikke de selv har tolket, var en viktig grunn for bruk av observasjon i mitt studie og som kunne gi meg opplysninger sett i et relasjonsperspektiv. Selv om intervjuutvalget mitt er lite med 5 fra *eliten* og 10 fra *medhjelpergruppen* var det adskillig flere med i observasjonsstudiet. Det var imidlertid ikke så mange jeg fysisk kunne følge, og endte med å følge to hver gang, og da hovedsakelig fra medhjelpergruppen. Ved å oppdage oppgavedeling gjennom medhjelpergruppens «øyner», opplevdes dette å være en god arena, som gav god oversikt over relasjoner i tematikken. I tillegg var det en nyttig observasjonsposisjon, som også gav lite forstyrrelser til de opererende teamene.

I og med at jeg valgte å kombinere observasjon og intervju, kan dette være med på å styrke metodens validitet. Jeg fikk på mange måter en bredere forståelse, for de funnene jeg hadde fra observasjonene. Disse kunne jeg bringe inn i intervjusituasjonen. Variasjonene i spørsmålene, kan også være med på understøtte

den interne validitet. Funnene gir en bakgrunn for den konteksten, intervjupersonene befinner seg i.

2.5 Ethiske refleksjoner knyttet til studien

Det er etiske betraktninger knyttet til observasjonsstudier, all den tid jeg er en «gjest» i en sosial situasjon, som en senere skal rapportere funn fra (Kvale, Brinkmann 2015). Informert samtykke er et viktig prinsipp. Alle de involverte fikk samtykkeskjema, og informasjon om at de når som helst, kunne trekke sin deltakelse tilbake. Ingen trakk samtykket tilbake. At jeg hadde fått godkjenning for studien fra toppen og nedover i organisasjonen, i tillegg til felles informasjonsmøte der gjennomgang av forskningsspørsmål, og tilnæringsmåte ble belyst, anser jeg som en styrke i oppgaven. Jeg var hele tiden tydelig på hva jeg gjorde i avdelingen, og hva hensikten var. Jeg har anonymisert informantene som *elite* og *medhjelper*. I og med at det er et lite fagmiljø, kan det hende at noen drar kjensel på kollegiet. I og med at det ikke er sensitiv informasjon eller personlige spørsmål som det er forsket på, men erfaringer, har jeg derfor vurderte at en eventuell gjenkjenning er etisk forsvarlig. Ingen av informantene har bedt om sitatsjekk i forbindelse med studien. Refleksjonene jeg har gjort meg underveis er at informantene ikke skal ta skade. Vanlig høflighet er alltid et godt utgangspunkt. Resultater skal offentliggjøres, og det er derfor viktig at tillitt til at delt informasjon blir behandlet på en korrekt måte, er essensielt. Forsker – informant relasjon er ikke symmetrisk og selv om retten til å trekke seg er tilstede, skal forsker alltid tenke godt gjennom de etiske aspekter. Bilder i oppgaven, er tilfeldig valgt og benyttes kun som illustrasjon og som supplement til teksten. Sitater som er benyttet, er ment å fremheve viktige momenter som fremkommer under intervju, og beskrivelser som informantene anså som viktig å formidle, om oppgavedeling.

Kapittel 3 Teori

3.1 Oppgavedeling – hva og hvorfor

Ved å flytte enkelte oppgaver fra en høyt presset yrkesgruppe til en mindre presset yrkesgruppe, vil en bedre sikre at de som blir avlastet, skal kunne konsentrere seg om å utføre de spesialoppgavene bare disse kan utføre. Oppgavedeling *mellom helsepersonell*, ble tenkt som et tiltak for å optimalisere ressursutnyttelse i tjenestene (Dagens medisin 2013). Det finnes i dag en del litteratur på området. Selv om oppgavedeling mellom helsepersonell i Norge, kanskje ikke har like lang tradisjon som i andre vestlige land, har derimot oppgavedeling i *denne* studiens kontekst, hatt lange tradisjoner i sterilforsyningskjeden i vårt sykehus. Faget dekontaminering og sterilisering, (Dåvøy m.fl., 2018), har tidligere vært godt forankret i utdanningsløpet til helsepersonell. Imidlertid har tradisjonen blitt satt under press av den teknologiske utviklingen som gjør store fremskritt innen det kirurgiske feltet. Noe som riktignok- og heldigvis, kan betyr et friskere folk, men som kan gi utfordringer for både *elite og medhjelpere* som må håndtere de mange komponenter i faget raskere, og enda sikrere. Økt behov for helsetjenester henger blant annet sammen med forventet levealder i samfunnet, kroniske lidelser og større folkesykdommer (Helsedirektoratet – utviklingstrekk 2018). Sett i et totalperspektiv, er dette med på å legge beslag på mye ressurser i helsevesenet, og som blant annet gir økt etterspørsel etter de rette, og egnede ressursene. For å redusere risiko for flaskehalser, kan oppgavedeling være et godt verktøy.

Helsedirektoratets rapport om oppgavedeling, uttrykker at selv om oppgavedeling hovedsakelig skjer innad i helsepersonellgruppen, med måling av tid som en effekt, settes det i denne, også blant annet søkelys på oppgaver *fra* operasjonssykepleiere (høyspesialisert profesjon) til annet personell med lavere krav til utdanning. Dette begrunnes med ønske om økt aktivitet, uten å gå på akkord med kvalitet (Rebecka Normann 2016). Kunnskapssenteret har siden kommet med en systematisk oppsummert oversikt, der formålet var å oppsummere effekter av oppgavedeling, utfra seks utvalgte områder. I tillegg skulle kvaliteten av dokumentasjon vurderes. I bestilling av prosjektet, identifiserte Helse- og omsorgsdepartementet, en knippe yrkesgrupper å være spesielt aktuelle for oppgavedeling, herunder operasjonstekniker (medhjelpere). Prosjektet klarte imidlertid ikke å besvare spørsmålet om effekt, på

oppgavedeling fra operasjonssykepleier til annet personell, fordi en ikke klarte å identifisere noen studier som oppfylte de inklusjonskriteriene, som Kunnskapssenteret hadde satt (Kunnskapssenteret 2013).

Flere begrep benyttes om hverandre for å belyse tematikken. Jobbgliding, oppgavedeling og oppgaveoverlevering. På engelsk, finner jeg task-shift, skill mix, handover, og task- substitusjon som de hyppigst bruke variantene. Jeg har bevisst benyttet oppgavedeling i min studie, all den tid funn fra min studie, viser at oppgavedeling i denne kontekst, dreier seg om en handling basert på å effektivisere, slik at en kan nå de målene en har satt i organisasjonen, ved å benytte de rette egnede ressurser på de rette typer arbeidsoppgaver. Å benytte oppgavegliding som betegnelse i studien, har jeg reflektert over. I noen tilfeller kunne dette begrepet være dekkende. Imidlertid tolker jeg begrepet dithen, at oppgavegliding dreier seg mer om flytting av uidentifiserte/» gråsoner» oppgaver over tid. Basert på at helsemyndigheter også benytter oppgavedeling, gir det legitimitet til at denne benevnelsen kan benyttes i *denne* studien.

3.2 Profesjonsteori og jurisdiksjon

Profesjonsteori og generelle trekk ved profesjoners dynamikk, finner jeg teoretisk støtte i, ved å benytte Orvik (Orvik 2015) sin klassifisering av profesjon. Yrker som har et definert faglig ansvar, kommer inn under betegnelse profesjon. Abbot (Orvik 2015) sier at alle profesjoner er yrker, men ikke alle yrker er profesjoner. I det ligger det en forventning om profesjonalitet, som er knyttet til personer som behersker en oppgave, på en forbilledlig måte. Begrepet profesjon er i endring, og brukes mer åpent nå enn før. Tidligere og tradisjonelt har leger, psykologer og tannleger hatt det største eierskapet til begrepet, men i moderne tid har flere fullverdige profesjoner kommet til på helsefeltet. Økonomer, samfunnsvitere og jurister får stadig mer plass i helse -og omsorgstjenesten, på lik linje som sykepleiertjenesten. Å være profesjonell kan ifølge Orvik, gi assosiasjoner til en distansert væremåte der følelser ikke involveres. Altså et skille mellom fornuft og følelser. Jurisdiksjon kan på mange måter beskrives som den profesjonelles, egen internkontroll på oppgaver som skal utføres. Mens profesjon går i retning av å skille fornuft, og følelser, dreier jurisdiksjon i retning av ansvar, makt, myndighet og tillit (Bolman, Deal 2004). Helsepersonell sin plikt til å handle når pasientens tilstand krever det, handler om jurisdiksjon. Og basere sitt kliniske arbeid

på forskning som er anerkjent, i kombinasjon med å ta ansvar for konsekvenser av egne handlinger, kommer inn under begrepet ansvarlighet. Å være frittstående til å kunne ta selvstendige valg, handler også om makt. Domenemakt, benyttes som begrep der en profesjon har makt til å holde på oppgavene (profesjons makt). Jurisdiksjon, kan like gjerne handle om at profesjonen som har hatt domenemakt over en oppgave, men som avgir denne til fordel for andre oppgaver. Dette omtales da som oppgavedeling.

Jurisdiksjon innebærer å få et ansvar til å ivareta et arbeid, og ta konsekvenser av egne handlinger. I dobbelt forstand er jurisdiksjon bindeledd mellom profesjon, og dens arbeid (Bolmann, Deal 2004).

3.2.1 Makt, myndighet og tillit

Jurisdiksjon kan også handle om å avgir oppgaver fra en profesjon, som har hatt domenemakt tradisjonelt sett, men som ser behov for å kvitte seg med dem, til fordel for andre oppgaver – også omtalt som oppgavegliding (Orvik, 2015). Makt er ikke enkelt å avgjøre hva er. Ofte omtales fenomenet som utøvende eller bekjempende, og som et gode for enkeltperson eller system. Tillit handler også om jurisdiksjons, og da i form av autonomi. Autonomien til profesjonen flere av mine informanter tilhører, er sterk. Å ha en breddeforståelse på spesialistnivå, danner grunnlag for å kunne ta reflekterte valg, forstå kompleksiteten i situasjoner, ta beslutninger og forstå konsekvenser i hver beslutning. Autoritet og makt går i følge Strand om hverandre. (Strand 2001). Mens legitim makt er begrep som forstås som personer gjør som de får beskjed om, fordi de godtar at den andre har rett til å bestemme, forstås ekspertmakt at personer adlyder, fordi den andre, har bedre kunnskap, om den beste måten å utføre en handling på. En kommandolinje består av mange nivåer, der hvert nivå har legitim makt til å forme og styre adferd til andre på lavere nivå. Imidlertid fungerer en slik linje best, når det er balanse mellom myndighet og autoritet. Det vil si at den underordnede godtar den enkeltes myndighet, forutsatt at autoriteten har sitt utspring fra den overordnede i kommandolinjen. I militær sammenheng er kommandolinjen klar og akseptert av alle. (Bolmann og Deal 2004). Makt og tillit i i *denne* studien omtales i et jurisdiksjonsperspektiv.

3.3 Oppgavedelingens fire typer

Når profesjongrensene utvides, kan oppgaver som tradisjonelt har vært forbundet med profesjonen, overtas eller erstattes av andre fagdisipliner som kan nå de samme målene, uten å gå på akkord med kvalitet. Oppgavedeling kan deles inn i fire typer. (Nancarrow og Borthwick 2005). Mens diversifisering skjer når en profesjon, for eksempel, endrer måten å gi en ny pasientbehandling på, skjer spesialisering, når en profesjon videreutvikler sin kompetanse, og oppnår en spisskompetanse som anerkjennes innen profesjonen. Bruk av horisontal substitusjon, innebærer at personer med ulik disiplinær bakgrunn, men med lik nivå av utdanning, for eksempel psykologer, kan skrive ut resepter som tidligere var forbeholdt medisinerne å utføre. Vertikal substitusjon, skjer mellom to yrkesgrupper med ulike nivåer av utdanning, og kompetanse, og øker profesjonsdomet. Økt status, eller belønning som et resultat av økt profesjonsdomene, kan variere. Profesjoner som har dannet sup-spesialiteter, som for eksempel, den foreslåtte spesialistutdanning i almennsykepleie, som helseminister Bent Høyre har engasjert seg i (sykepleien.no 2019), gir en utvidet selvstendighet i utførelse av oppgaver, som også kan inkludere overtakelse av tidligere legeoppgaver, men uten å gå på bekostning av helsepersonellens yrkesutøvelse. En endring i oppgaver som ikke gir status som lege, men en oppnår gjerne en økt status innad i egen profesjon. Vertikal substitusjon, har en tendens å bli styrt av profesjoner med stor makt (Nancarrow og Borthwick 2005). Hva som er best å benytte når, av horisontal eller vertikal substitusjon, avhenger ifølge forfatterne av hvorvidt forholdene er stabile, ensartet og forutsigbare, eller når komplekse oppgaver skal løses under turbulente, og raskt skiftende forhold. Fordelen er imidlertid at begge substitusjonene kan benyttes når det er mangel på ressurser, overfor et spesielt område der noen oppgaver, kan overføres til andre. Forutsetningen er medarbeidernes villighet, til å følge ordre ovenfra. En organisasjon må ha begge substitusjonene – både vertikal og horisontal. Hvorvidt det oppnås en optimal balanse mellom dem, avhenger av hvilke utfordringer organisasjonen står overfor (Bolmann, Deal 2004). Studien min omhandler vertikal substitusjon.

3.4 Evne til fleksibilitet som yrkesutøver

Å klamre seg til gamle oppfatninger og vaner når verden endrer seg, er ødeleggende fordi motstand overfor endring gjør det vanskelig å se nye aspekter hos seg selv, overfor egne erfaringer. For å lykkes i en rask skiftende verden er fleksibilitet, eksperimentering, og vilje til å forsøke ny synsmåter på, essensielt.

Endringskompetanse inngår i helsepersonellutdanningen. Relatert til rammeplan for utdanning av sykepleiertjenesten, presiseres det allerede på studienivå, at utdanningen skal kvalifisere endrings- og pasientorienterte yrkesutøvere overfor et yrke som er stadig i endring (Orvik 2015). Sett i et human-resource perspektiv, er det ofte at mennesker kan ha gode grunner til å ikke ønske endring og forandringer. Fellesnevner er at mennesket trenger å opparbeide seg ferdigheter, og trygghet for å kunne ta inn over seg nye endringer. God og målrettet opplæring, støtte og medvirkning, er viktige faktorer i endring, men ingen garanti for suksess, uten at eksisterende roller, og relasjoner omstilles parallellt (Bolman og Deal 2004).

3.4.1. Forandring med lav risiko for tap av kompetanse

Operasjonssykepleierfaget (*elitefaget*), har vært gjennom store endringer. Særlig ses det store strukturelle endringer i profesjonen de siste 50-60 årene. Fra å utvikle yrket fra å foregå via internopplæring, har profesjonen i moderne tid, fått en sterk forankring på høyskole- og universitetsnivå. Ivaretagelse av pasienten, og det medisinske styret er selve kjernen i faget (Dåvøy m.fl., 2018). Økt etterspørsel etter kompetanse, fordrer endring. Endringer som gir særlig forbedringer som kommer pasienten til gode, og i form av nye medisinske behandlinger, må anses å være verdiskapende (Orvik, 2015). Integrasjonsfunksjonen, som Strand beskriver (Strand, 2015) handler om å bygge et felleskap, ved hjelp av en samling av mennesker som ønsker å arbeide sammen, og bygger på begrepene hel, rederlig, uavhengig og konsistent. Ledelsen har en betydelig oppgave i en slik funksjon, fordi den byr på betydelige tekniske, mellommenneskelige og politiske utfordringer. Lagbygging i en integrasjonsfunksjon er viktig, og sett fra et individnivå handler lagbygging om leders evnet til å motivere og utvikle kyndige medarbeidere, med minst mulig styring. Ifølge Strand kan disse karakteriseres som gode organisasjonsborgere, med egenskaper blant annet innen altruisme, og god samfunnsforholdning. Det fremkommer beskrivelser fra mine informanter som berører dette, derfor tar jeg det med i oppgaven.

3.5 Faglig forsvarlighet

Krav til faglig forsvarlighet er viktig som prinsipp og norm både i helserett, og i helsepersonellov, og anses å være en av de rettslig bærebjelkene i helseretten (Molven 2012). I Lov om helsepersonell kapittel 2 §4 om forsvarlighet, uttrykkes det at arbeidet helsepersonell skal utføre, skal samsvare med krav til faglig forsvarlighet, og omsorgsfull hjelp, sett i relasjon til kvalifikasjoner, arbeidet karakter og situasjon for øvrig (Lovdata. *Lov om helsepersonell 1999.*). Videre står det i samme lovtekst at yrkesutøvelsen skal skje ved samarbeid, og samhandling med annet kvalifisert personell. Bruk av medhjelper i §5 sier følgende: Direkte sitat: «*Helsepersonell kan i sin virksomhet overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Medhjelpere er underlagt helsepersonells kontroll og tilsyn.*» sitat slutt.

Begrepet forsvarlighet er en rettslig standard, og bestemmes utfra en medisinskfaglig vurdering. Forsvarlighetskravet er en minstestandard for nivået som kan aksepteres, og må ikke forviksles med hvordan optimal helsehjelp skal gis (Kjønstad 2007).

Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning, setter sitt virkeområde i studiens kontekst på arbeidsgiver. Denne skal sørge for at bestemmelser gitt i forskriften, blir gjennomført og sikre at arbeidstakerens medvirkningsplikt, dreier seg om å medvirke i planlegging av arbeidsmiljø, og gjennomføring av nødvendige, og forebyggende tiltak. (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring 2016). Det beskrives også at organisasjonen skal bidra til etterlevelse av forsvarlige tjenester, herunder kvalitetsforbedring, pasient og brukersikkerhet, og øvrige krav i lovgivingen (Forskrift om omorganisering, ledelse og medvirkning 2011). Det fremkommer informasjon under intervju om at det er en utfordring for helsepersonell å vite, hvor langt forsvarligheten fra dem, strekker seg inn i sterilforsyningskjeden. Derfor tas dette med i oppgaven.

Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta, har et primært formål å være et verktøy om hva som inngår som ramme, for smittevernet til helsetjenesten.

Sterilforsyningskjeden er nevnt som infeksjonsforebyggende tiltak etter §2-1 i Forskrift om smittevern i Helsetjenesten (Lovdata.no). Oppgaven dreier seg om oppgavdeling fra helsepersonell, til ikke helsefaglig personell og direkte omfattes av lovverket. Derfor tar jeg dette med inn i oppgaven.

3.6 Helsedirektorates kommentar til Helsepersonelloven

I og med at diskusjoner innad i enhetene, opplyses også å dreie seg om begrensning av involvering til medhjelper jmf. vertikal substitusjon, finner jeg støtte i

Helsedirektoratets kommentar til Helsepersonelloven (Helsedirektoratet Rundskriv). I denne det markeres det sammenheng mellom helsepersonellet individuelle plikt til forsvarlighet, i samsvar med ansvar for tilrettelegging som helseinstitusjonen har.

Videre tydeliggjøres det i rapportens kapittel 2.2 §5 at det forutsettes at medhjelper skal ha de nødvendige kvalifikasjoner, for å kunne utføre oppgaven forsvarlig selv om medhjelper ikke har formelle kvalifikasjoner. Det presiseres at helsepersonellet fortsatt har ansvar til å opptre faglig forsvarlig, og at det i dette blant annet ligger et ansvar på helsepersonellet om å sikre, gjennom en selvstendig vurdering, om medhjelper, har tilstrekkelige kvalifikasjoner til å kunne påta seg oppgaven. Det fremkommer opplysninger fra informantene som berører dette og på bakgrunn av det tar jeg dette med.

Kapittel 4 Presentasjon av funn

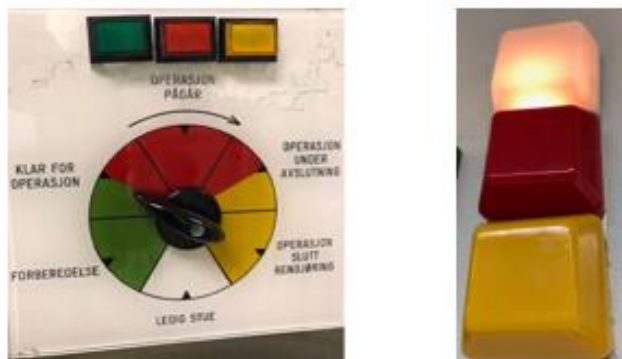
4.1 Hvilke typer oppgaver overleveres fra helsepersonell til ikke helsepersonell?

I intervjuet opplyser *eliten* at oppgavedeling til *medhjelper*, dreier seg om overlevering av urent utstyr, som skal gjennom dekontamineringsprosess slik at det kan gjenbrukes, pasientsikkert, til ny pasient. Videre er det oppgaver innen bestilling og forsyning av operasjonsmateriell til bruk under operasjon. Demontering/montering av utstyr, legging av utstyr, klart til bruk, slik operasjonstemaet vil det skal være, pakking og sterilisering av utstyr, er typiske oppgaver som *eliten* utførte tidligere, men som nå er overtatt av *medhjelper*. ID-merking (sporing) av utstyr har kommet til som systemkrav i ettertid noe som *medhjelper* nå utfører. Oppgavedeling skjer også mellom helsepersonell, inne på operasjonsstue, men da mer i retning av å avhjelpe hverandre inn mot de basale oppgavene, som skal gjøres før, - under og etter et kirurgisk inngrep, uten å komme i konflikt med de ulike fagspesialitetene. *Eliten*, med lang erfaring, opplyser at endel oppgaver som de tidligere ble fortalt var legens oppgave, nå er overtatt av *eliten*. Før var det kirugene som var mest fortrolig til utstyr og instrumenter. Dette har endret seg. Selv om pasientbehandlingen, der pasientens ve og vel under oppholdet, opplyses å være det aller viktigste for *eliten*, opptrer denne i tillegg som en håndtverker, i samspill med kirurg, mer enn en håndtlang. Fortrolighet til utstyr og instrumenter opplyses å være avgjørende for et godt resultat, og for at arbeidsprosessene skal flyte godt mellom de ulike profesjonene, og yrkesgruppene som er i samspill. Det tydelige samspillet ses under observasjon. *Medhjelper* arbeider på tid, og avpasser sine rutiner, og prosedyrer til hvor operasjonsteam og utstyr er i sine prosesser. Det er raske ombytter. Pasienter ankommer på løpende bånd. Det arbeides kontrollert og stille. *Eliten* opplyser at det er en grunnregel som aldri skal fravikes. Grunnregelen at det skal være ro på en operasjonsstue når pasienten ankommer. Et eksempel på taus kommunikasjon er lyskoder (bilde 3 og 4 side 31). Disse angir når *medhjelper* kan entre en operasjonsstue for å utføre sin del av oppgavene. Er lyset hvitt er operasjonsstuen klar til at *medhjelper* kan utføre sine oppgaver. Er lyset rødt pågår det operasjon. *Medhjelper* opplyser at det hender en sjelden gang at *eliten* snur feil veil på pilen, med den konsekvens av at medhjelper og dens team, «braser» inn på stue, for å gjøre sin

del av oppgavene, for så å oppdage at pasienten ennå ikke er blitt kjørt ut. Ellers kan det hende at *eliten* har skrudd rett vei på karusellen, men at noen uforutsett skjer med pasienten som må håndteres der og da. «Ko-vinduet» inn til operasjonsstuen blir hyppig benyttet av medhjelper. Dette vinduet benyttes ofte for at *medhjelper* kan gjøre avsjekk av både situasjon og stue. På den måten reduseres unødig forstyrrelser til de opererende teamene.

Operating theater heter operasjonsstue på engelsk og selv om galleriet som folk observerte fra før, ikke lenger finnes, opplever jeg likevel å være i et teater der roller er definert, og i perfekt samspill, uten at det nødvendigvis snakkes så mye. I hovedrollen befinner pasienten seg. Den har fått den beste plassen. Midt i rommet står operasjonbordet. Alle de andre rollene i teaterstykket er nøye fordelt, og står rundt hovedrolleinnehaver. Alle har sin jobb å gjøre. Det er praktfullt å oppleve høyspesialiserte profesjoner, og andre yrkesgrupper på nært hold i et samspill, rundt oppgaver som omhandler liv og død.

Bilde 3 og 4 (privat)



Sett i et infeksjonsforebyggende pasientsikkerhetsperspektiv, opplyses det at *eliten* er nøye med å avpasse antall personer til enhver tid, både i korridorer og inne på operasjonsstuen. Jeg blir etter hvert skyssset ut. Antallet personer i rommet, er over det tillatte. Kirurgen vil ha mer ro. *Eliten* beklager at jeg må gå ut av operasjonsstuen, og forklarer den med at den faglig forsvarlighetsfanen henger høyt hos hver og en, og at det ikke kan tillates å glippe på noe. Jeg blir svært beroliget av sikkerhetstenkingen, og har ikke det minste imot å tre tilside.

Under min observasjonstid i feltet, fikk jeg noen henvendelser fra *eliten*. Spørsmålene kom da fra *eliten* som muligens ikke hadde fått informasjon om mitt tilstedeværende,

og som mest sannsynlig, ikke var tilstede på informasjonsmøte. Hvem jeg var, og hva jeg gjorde der, var typiske spørsmål som falt *eliten* naturlig å spørre om. Å få slike direkte spørsmål, oppfattet jeg som et signal på høy arbeidsmoral, og god sikkerhetskultur, sett i et pasient- og personalsikkerhetsperspektiv. Det skal være en høy terskel for adkomst i en operasjonsavdeling. Da jeg forklarte mitt ærend, og om forankring hos både klinikkdirektør, og deres ledere, fikk jeg et raskt nikk til svar, og med påfølgende invitasjon til å være med på ulike aktiviteter, - om jeg ville.

Prosedyrene som tilhører de oppgavene *medhjelper* har overtatt for *eliten*, opplyses å være etter hvert velkjent, og sitter «i hodet», så vel som i perm på skyllerommet. Selv om *medhjelper* beskriver at ingen dager er like, bærer oppgavene likevel preg av å være rutineoppgaver. Medhjelper sørger for at både utstyr, og stue er klargjort til bruk overfor neste pasient, og *medhjelper*, forsvinner lydløst ut døren i motsatt ende idet pasienter ankommer. Eliten tar over stuen, og arbeider konsentrert, med sømløse overganger til de ulike pasientnære oppgaver. Analyse av pasientens situasjon skjer kontinuerlig av *eliten*. Denne ligger hele tiden i forkant og skal hindre alle mulige eventualiteter, som kan komme til å hende pasienten. Kunnskap om pasientens spesifikke situasjon, hva som potensielt kan være livstruende, hvilke velværebehov pasienten har, og vil komme til å få, er viktige sikkerhetsmomenter som faller *eliten* naturlig å tenke på. Parallelt skal pasientesikkerheten sikres i alle ledd av operasjonsforløpet i kombinasjon med at *eliten* assistere kirurgen. Det hele foregår i et sterilt miljø,. Dette er i grove trekk, *elitens* oppgave på en operasjonsstue. En *elite* sier at det tar tid å bygge kompetanse innen profesjonen, og at det kun er gjennom lang og klinisk erfaring, en klarer å utvise faglig mestring og faglig skjønn. Plutselig blir raden på lyset over operasjonsstuen (bilde 3 og 4 siden 31.) hvit. *Medhjelper* ringer på en telefon, og resten av *medhjelperteamet* kommer til raskt. Operasjonen er ferdig, og pasienten skal videre til oppvåkningsenheten. En ny pasient står klar utenfor. Rikelig med brukt utstyr, ankommer rengjøringsområdet. En *medhjelper* demonterer et utstyr som skulle vært demontert av *eliten*. I observasjonssituasjon forklarer *medhjelper* at oppgaver de står overfor ikke alltid er implementert godt nok, men at en ved hjelp av erfaring, likevel klarer å finne ut av det tilslutt. Da jeg fulgte en *medhjelper* gjennom en vakt, observeres det at infrastruktur til maskinparken, som skal ivareta et sikkert maskinelt renhold på medisinsk gjenbruksutstyr, ikke er godt nok supplert. *Medhjelper* opplyser at utstyret ikke alltid stemmer med maskinens infrastruktur, og vice versa, og

at dette av og til oppleves frustrerende for *medhjelper*. Den opplever å komme noe «bakpå» med andre oppgaver, og må involvere andre unødig. *Medhjelper* sier at det stort sett løser seg. *Det gjør som regel det*, sier *medhjelper* med et smil. *Medhjelper* bistår ikke i den medisinske behandlingen inne på operasjonsstuen.

Etter at utstyret er talt opp, kjører *eliten* utstyret ut og *medhjelper* overtar. I en observasjonssituasjon, gir en ansvarshavende *elite* beskjed til *medhjelper*, om å være spesielt oppmerksom på noen spesielle deler av utstyret (bilde 5 og 6).



Bilde 5 Robottenger ligger i manuell forvask før maskinell vask dekontamineringsarealet
(Foto privat)



Bilde 6 brukt utstyr ankommer

Når *elite 2* og *medhjelper* snakker lavmælt sammen, høres det ut som de snakker i koder. Begge nikker, som om de bekrefter noe overfor hverandre. Så går *elite 2* til sitt. *Medhjelper* overtar kommando. Denne sørger for at utstyret blir rengjort, og desinfisert på en sikker måte, til at neste gruppe overtar utstyret. Sterilsentralen befinner seg geografisk i et eget bygg et stykke bort fra operasjonsavdelingen, og er den neste gruppen som skal overta oppgaven, før utstyret kan sikkert benyttes på neste pasient. Det opplyses fra *eliten*, at selv om en stor del av oppgavene er sentralisert til Sterilsentralen, er det ulike grunner til at de har sett seg nødt til å beholde en del av oppgavene selv. De trekker fram plass - og ressursmangel i Sterilsentralen, som et av argumentene, at sykehuset ikke er utstyrt med nok utstyr til at en kan stole på å få

utstyret tilbake fra Sterilsentralen er et annet argument. En tredje forklaring er at utstyret er for skjørt til å bli sendt fra operasjonsavdelingen, og en siste forklaring handler om viktigheten av å opprettholde et håndlag med utstyret. *Elitens medhjelpere* i Sterilsentralen, opplyser at de har til oppgave blant annet å utføre renhetskontroll på utstyret, montere og funksjonsteste (der dette er angitt i fagsystemet). Videre skal de legge utstyret etter anvisning fra eliten, pakke utstyret i rett type emballering (bilde 7), utføre sporingskontroll og sørge for at utstyret gjennomgår sterile prosesser før utstyret returneres til operasjonsenhetene. Oppgaver som tidligere lå hos *eliten* å selv utføre.

Bilde 7



4.2 Hvilke vurderinger utføres for å sikre forsvarlighet i oppgaveoverføring fra høyspesialisert profesjon til en yrkesgruppe med lavere krav til utdanning?

I intervju beskriver *eliten* at de har system for opplæring til *medhjelpere*. Både teoretisk og praktisk. Ved nytt utstyr for eksempel er det vanlig at *elite 1* introduserer utstyret for *medhjelper* og har gjennomgang for rengjøring, desinfeksjon, montering/demontering. Av og til sammen med utstyrsleverandør. *Elite 1* lager prosedyrer som *medhjelper* skal følge. En *medhjelper* med tilleggfunksjon som superbrukee, eller teamleder, er som regel også med på slike gjennomganger. Dette for å sikre at kompetanse videreføres, til de som ikke er tilstede undervisningsdagen. Ellers bistår *medhjelperne*, seg imellom, med å spre kunnskap og kompetanse til hverandre. Det er en felles oppfattelse fra *medhjelper*, at medhjelpere passer på hverandre, og anerkjenner hverandres styrker, og svakheter, uavhengig av organisatorisk plassering. Kontroll, oppfølging og tilsyn i etterkant opplyses å ikke skje systematisk, men at en tar opp utfordringer etter hvert som de melder seg. En *elite* poengterer at de på sin seksjon, står side ved side med *medhjelper* når det skal innføres nytt utstyr. I observasjonssituasjon kom samspillet tydelig fram. *Elite* og *medhjelper* gikk gjennom utstyr og hadde meningsutveksling. Det ble konkludert fra *medhjelpers* side, om hvordan den videre utstyrbehandlingen best kunne skje. Og slik ble det.

Selv om dokumentasjon fra leverandør foreligger, og prosedyrer blir formet av *elite 1*, beskriver flere av *eliten* at de synes det er svært viktig å gjennomgå prosedyrer med *medhjelperne*. Det kan være at viktige momenter kanskje ikke er tatt med, og som kan utgjøre en risiko for pasientsikkerheten, men som kun *medhjelper* er observant på, uttrykkes det fra *eliten*. Bruksanvisning tolkes i fellesskap, og *elite* og *medhjelper* finner en felles praktisk løsning på hva som er riktig å gjøre med utstyret, etter bruk på pasient. *Elite 1* understreker viktigheten av å diskutere med sine *medhjelpere*. *Eliten* opplever at *medhjelper* ofte er løsningsorienterte, og ser hva som er teknisk mulig å få til når de skal overta oppgaven. Flere beskriver at de opplever at *eliten* ikke alltid har rett. *Elite 1* sin oppgave er å blant annet å kunne vurdere de praktiske løsningene *medhjelper* har gitt innspill på, inn mot leverandørmanualer. Det er ikke alltid at leverandørutstysmanualer ivaretar pasientsikkerhetsperspektivene. *Medhjelperne* er årvåkne på dette. I intervjuene formidler *eliten* at det er utfordrende å nå *medhjelper* i Sterilsentralen i opplæring av nytt utstyr, på grunn av avstand. Det er ikke etablert godt nok system for å inkludere disse på lik linje som en *medhjelper* som er fysisk nær *eliten*. *Medhjelper* i Sterilsentralen opplever på sin side, å få den opplæringen de trenger, men at de kanskje ikke har fått tid til å «dvele» ved utstyret, før det skal tas i bruk. Mengdetrening skjer under bruk, og ikke under trenings- eller øvingstid, som de helst skulle ha ønsket seg.

Avhengig av utstyrets kompleksitet, opplyser flere *medhjelpere* at det er tidkrevende prosesser med mange involverte i sterilforsyningskjeden. Spesielt gjelder dette når utstyr er anskaffet, uten at den øvrige infrastrukturen er hensyntatt. Respondenter i *medhjelpergruppen* peker på risiko for manglende verktøy. De kan da ikke utføre riktig arbeid dersom det nyanskaffede utstyret krever tilleggsutstyr som er glemt i anskaffelsen. *Medhjelpere* beskriver hvordan det oppleves å skulle håndtere nytt anskaffet utstyr, som er satt i drift, og som ikke passer inn i den allerede etablerte infrastrukturen. En *medhjelper* beskriver at hennes logistikk rundt arbeidet stopper opp når utstyr ikke passer, og at det er en del plunder og heft forbundet med dette.

Respondenter fra *medhjelpergruppen* trekker spesielt frem to utfordringer som de mener er lett å glemme i et opplæringsperspektiv. Den ene utfordringen handler om håndtering av utstyr som de sjelden benytter, (de beskriver at de kanskje ikke husker like godt alle momenter fra tidligere opplæring, og at oppskriften i fagsystemet kan være uklar), og den andre utfordringen de opplyser om, er når samme utstyr har ulike

monteringsprosedyre, avhengig av hvem som eier utstyret. Flere *medhjelpere* sier at det som regel løser seg fordi det er kort vei til fagkompetansen. Men, at det er uheldig å forstyrre *eliten* unødig når de kanskje er opptatt med andre viktigere oppgaver. *Eliten* opplyser at de har en klar forventning om at *medhjelper* spør når de er usikker. *Eliten* beskriver at de har innarbeidet lokal forståelse for ulike telefonhenvendelser. Er den aktuelle *elite* opptatt er det alltid en annen *elite* eller *medhjelper* som kan ta imot beskjed eller bistå med råd og veiledning.

Tillitt anses å være et viktig begrep for *eliten* og er av vesentlig verdi når kompliserte oppgaver overføres til *medhjelper*. *Eliten* sier at dersom *medhjelper* viser interesse, «er på», undrer seg, er aktiv i dialog, viser ansvar og evner å kunne reflektere og se sammenhenger, stiller gode spørsmål, er bevisst sine oppgaver og sine begrensninger, arbeider raskt og effektivt, rapporterer tilbake og holder *eliten* oppdatert underveis, anses dette som grunnleggende egenskaper for hvorvidt *eliten* opplever at det er trygt å overlevere oppgaver, av kritisk pasientsikkerhetskarakter, til *medhjelper*. Som forsker synes jeg dette er fryktelig mange forventninger til en *medhjelper*, og utfordrer *eliten* til å svare på om ikke dette er de samme ideelle forventningene en har til kollegiet, i egen profesjon, for øvrig? *Eliten* bekrefter dette og sier at det er de mellommenneskelige ferdigheter, som er viktige når oppgaver skal overføres fra dem, - uavhengig av profesjon og yrkesgrupper.

Nærhet er et annet begrep. *Eliten* og *medhjelper* beskriver nærhet som viktig for at en trygg overlevering av oppgaver skal skje. *Eliten* opplyser at å være tett på *medhjelper* i egen enhet, er med på å gi en ekstra sikkerhet til en dyr og krevende utstyrspark. Dessuten vil *eliten* gi *medhjelper* tryggheten av at rett kompetanse er like i nærheten dersom det trengs. *Elite 1* understreker i intervju, at de har dårlig samvittighet for at tiden ikke strekker til, for å kunne ivareta *medhjelpere* i Sterilsentralen, med samme grad av nærhet, som de har til *medhjelper* i egen enhet. De beskriver den fysiske avstanden til Sterilsentralen som hemmende, for en optimal oppfølging. *Eliten* sier at oppgavene *medhjelpere* utfører i Sterilsentral i dag, i stor grad er direkte knyttet til oppgavene *eliten* utførte tidligere. Som et forbedringstiltak i å redusere avstand, kan *eliten* ringe direkte til det aktuelle produksjonsbordet i Sterilsentralen som håndterer nettopp deres utstyr, og bistå med undervisning når det passer, mens *medhjelpere* i

Sterilsentralen kan ringe direkte til utstyrsansvarlig *elite*, eller til kollegamedhjelper, ved aktuell enhet ved behov, uavhengig av tid på døgnet. Sterilsentralen har også etablert superbrukerkontakt inn mot *elite 1*. En superbruker har en dybdeforståelse for utstyret.

Mangel på tid opplyser *elite 1* å være en faktor som begrenser oppfølging, av allerede overførte oppgaver.

For å kunne sikre enda bedre forsvarlighet under oppgavedeling påpeker *elite 1* et ønske om å kunne organisere faste undervisningsdager til *medhjelpere*, men at samtidighetskonflikter i driften, vanskeliggjør et slikt tiltak i praksis. Det er stadig behov for annen opplæring overfor egen yrkesgruppe og studenter.

Operasjonssykepleierstudenter kommer og går, og spiser opp dyrebar tid fra *eliten*. Det er alltid noen som trenger ytterligere mengdetrening, for å kunne kjenne seg trygg.

Klargjøring av pasienter tar også lengre tid enn tidligere. Utstyret som skal benyttes er svært omfangsrikt og komplisert og er tidkrevende å organisere før- under og etter inngrepet. Flere av informantene fra *eliten* beskriver at det krever lang erfaring, solid kompetanse og gode team, for å holde tritt med et hardt presset operasjonsprogram.

Det skal nemlig lite til for at en vakt, som kan se helt grei ut, plutselig kan snus fullstendig på hodet. Det opplyses videre fra *elite 2* at pasienter har et mer komplekst sykdomsbilde nå, enn tidligere. Tid fra *eliten* går også med til med å legge pasienten riktig, utfra hvilken kirurgi som skal utføres. Pasientene må ligge riktig på operasjonsbenken, for best mulig resultat. Dessuten skal kirurgen også ha sitt å si på det området, uttales det fra *eliten*. Det er mange involverte i en operasjonsstue, og mange beslutninger å ta.

Eliten poengterer at alle har hver sin viktige funksjon å ivareta i enhetene sine, og alle som er tilknyttet operasjonsstuen er der for å sikre en sikker, og effektiv gjennomføring. De beskriver også at krav til dokumentasjon øker, tunge IKT systemer, eller mangel på system, tar mye tid bort fra viktigere oppgaver, i tillegg til at utstyrsparken er komplisert, formidabel og krevende å holde oversikt over. Utstyr er ikke alltid lett tilgjengelig for dem. Mangler det noe må *eliten* løpe rundt og spørre andre enheter om å få låne utstyr. Oversikt over hvor utstyret kan være til enhver tid, er ikke godt nok etablert som system ennå. Flere *eliter* opplyser at fragmentert ansvarforhold, og fravær av fysisk nærhet til det utstyret de vil komme til å bruke på pasienten, spiller en rolle på hvor høyt stressnivået hos dem kan bli.

Eliten i intervjuene opplever i perioder at *medhjelper* blir overlatt til seg selv og at dette ikke er en situasjon som *eliten* ønsker seg. En *elite* uttrykker under en observasjonssituasjon, at de dessverre av og til må omprioritere sin tid, og at det er da lett å ta *medhjelper* for gitt. Flere *eliter* i operasjonsenhetene synes at det er god avlastning at det er ansatt en *elite* i Sterilsentralen.

For *eliten* oppfattes *medhjelper* å være svært fleksibel og nøye med de oppgavene de utfører. *Eliten* sier at erfarne *medhjelpere* ofte er bedre enn de selv er på å se løsninger, innen arbeidsområde som *medhjelper* nå har overtatt. Flere *medhjelpere* sier under observasjonssituasjon, at de ikke alltid får informasjon om, for eksempel, endring i dagsprogram på et tidlig tidspunkt, selv om den er forutbestemt. De poengterer at noen enheter, er mer observant på å gi beskjed om endring enn andre. Under en observasjonssituasjon skjer det en hendelse. En *medhjelper* får beskjed fra en *elite* som går raskt forbi, mens den gir lavmelt en beskjed som kun *medhjelper* hører. Jeg oppfatter at det har skjedd en endring i programmet, som krever en hurtigere logistikk i noen timer, og at *medhjelperne* ikke er blitt informert om dette på et tidligere tidspunkt. Informantene beskriver at når en slik hendelse skjer, tar ansvarshavende *medhjelper* kommando, og samler teamet sitt. Under observasjonen er det tydelig at *medhjelpere* og *eliter* jobber raskt og effektivt sammen, men også hver for seg. Det er tydelig at alle kjenner sine roller og er fortolig med alle tenkelige prosedyrer. Pasienter kommer kjapt inn til operasjon og blir kjapt utrullet igjen. Slik løper timene. Noen *eliter*, som tilhører andre operasjonsstuer, trenger hjelp fra *medhjelpere* og står i en døråpning og kikker seg forsiktig rundt. Munnbindet er festet godt på en *elite*, så en må tett opptil for å høre hva hun sier. *Medhjelper* tolker tegnene *eliten* sender til henne. *Medhjelper* svarer kort og høflig tilbake. Tiden deres må dessverre prioriteres til en eksakt operasjonsstue noen timer til, men *medhjelper* skal ringer på et annet kollegiateam som kan bistå *eliten* i døråpningen.

Eliten trekker frem i intervjuene, at de opplever at *medhjelperne* vokser på oppgavene de blir stilt overfor. I følge *medhjelper* blir dette særlig synlig når *eliten* overfører arbeidsoppgaven til dem med bakgrunn i kunnskap. Kunnskap som forklarer *hvorfor* de skal gjøre prosedyren på akkurat den eller den måten. *Eliten* mener selv de er påpasselig med å gi både korrigerende når det trengs, men også skryt til sine *medhjelpere*. *Elten* sier de mest sannsynlig ikke gjør dette ofte nok. *Medhjelpere*

opplever å få ros fra *eliten* når de har stått på. Anerkjennelse i ulike former, oppleves å være av stor betydning for *medhjelper*. Det observeres mange måter å utvise takknemlighet på, i de ulike enhetene. Et vennlig nikk, et smil, en tommel opp eller en klapp på skulder, observeres stadig.

I intervju med *medhjelpere* ble det i dialog opplyst at *medhjelpere* ikke visste hvilke vurderinger helsepersonell vektla når de skulle vurdere oppgavedeling til dem.

Imidlertid smudde *medhjelperne* på spørsmålet, og svarte at dersom *de* hadde fått i oppgave å vektlegge viktige momenter for oppgavedeling, ville *de* ha vurdert kompetanse, og evne til å mestre oppgavens art, som viktigst.

Flere *medhjelpere* svarer ja, på spørsmål om det er forskjell på oppgaver en får tildelt. Begge yrkesgruppene (*eliter* og *medhjelpere*) svarer at det er spesielt *en* enhet som har utviklet *medhjelpere* i stort omfang, mens andre enheter ikke har utviklet *medhjelpesfunksjonen* i like stort omfang. Det opplyses videre fra *eliten* at tilgang på *medhjelperpersonell* og kunnskap om hvilken kompetanse *medhjelper* har, avhenger av hvor stor omfang *eliten* kan tillate å oppgaveoverføre.

4.3 Opplevs det effekt av oppgavedeling og hvilke effekter snakker vi om?

Samtlige respondenter fra *eliten*, opplyser at de mener å få flere pasienter gjennom dagens program, med bistand fra *medhjelper*. De opplever også at belastningen, de før stod alene om, nå spres på flere. Kortere byttetider mellom pasientene, betyr økt krav til logistikk og tempo for alle involverte, sier *eliten*. Noen *eliterespondenter* opplyser at det er en spesielt dag i uken som oppleves svært belastende, og at det er den dagen en ikke har tilgang til *medhjelper*. Det opplyses at det ikke er avsatt nok økonomiske midler til *medhjelper*. All belastning faller da på *eliten* som undrende, uttrykker i observasjonssituasjon, om hvor logikken er i en slik ordning. Flere respondenter uttrykker, at de opplever svært god service fra *medhjelper*. *Eliten* sier videre i intervju, at når *medhjelper* gir *eliten* bistand, når *eliten* sine mål som er satt for virksomheten. Skulle *eliten* være uten *medhjelper*, mener *eliten* at det måtte bli flere *eliteansatte*, og at en slik ordning vil bli svært fordyrende. *Eliten* sier de begynner å bli usikre på en del prosedyrer som de nå gjør sjeldnere, og som *medhjelper* har tatt over.

Medhjelperne tror ikke at *eliten* lenger vil kunne forvalte de delene av sterilforsyningsprosessen *eliten* gjorde før, og gir eksempler inn mot *elitens* etter hvert manglende tekniske kompetansen, relatert til sterilisatormaskinparken. Det tar tid å

bygge den rette kompetanse, sier alle respondentene. En del av de oppgavene som *eliten* gjorde før men som nå er overtatt av *medhjelper*, har ikke *eliten* særlig dypt forhold til i dag.

Medhjelpere beskriver at ved å være utplassert på faste arbeidssteder store deler av turnusen, gir det dem en bedre mulighet, til å bli kjent med rytmen til den *elite* de skal kunne bistå. Dessuten blir de bedre kjent med *eliten* som kollega. Dette mener *medhjelper* er med på å bidra til at oppgavene løses fortløpende, og på en smidig måte og uten for mye «dill dall». Selv om arbeidsoppgavene til *medhjelper* bærer preg av rutine, er oppgavene mange og varierte. *Medhjelpere* opplyser å få tilrettelagt for viktig mengdetrening i operasjonsavdelingen. Denne mengdetreningen oppleves å være med på å styrke kompetansen til *medhjelper*. En *medhjelper* opplyser at mengdetrening gir en mestringsfølelse, og han opplever seg sikrere og tryggere, og kan etter hvert utføre oppgavene alene. *Medhjelpere* i Sterilsentralen må ta mange beslutninger selv, da de ikke har tilgang til den nære fysiske dialogen, på samme måte, som deres kolleger har i operasjonsenhetene har. I Sterilsentralen rullerer de på arbeidsplassen, ellers ville det blitt for harde belastninger på dem. Utstyr som brukes sjeldnere, skaper noe plunder og heft relatert til tidsbruk for *medhjelper*. Tilgang på rett kompetanse relatert til hvordan utstyret brukes, opplyses i intervjusituasjon fra *medhjelperne*, å spille en viktig rolle for hvordan de skal håndtere utstyret i neste omgang. På spørsmål om hvilken betydning fenomenet effekt har for *medhjelper*, svarer han: - *God effekt for meg som medhjelper, betyr at jeg får mulighet til å bli bedre kjent med utstyret via god opplæring. På den måten blir jeg flinkere på kontrollbiten. Jeg får på den måten både kunnskap og oversikt.*

Respondenter fra Sterilsentralen, opplyser at det kan gå mange timer å håndtere komplisert utstyr som benyttes sjeldent. Selv om mye kan løses over telefon til *eliten*, er det ikke det samme som å stå side om side med utstyrseier. For stor avstand til rett kompetanse, til rett tid, oppfattes å være en faktor som kan være med på å komplisere flyten i arbeidet.

Medhjelperne i opererende enheter, opplyser om at det er til god hjelp dersom *eliten* forbereder vekten sammen med dem, og sier at på den måten kan *medhjelper* også stake ut egen kurs for hvordan de kan legge opp vekten, siden de også har mange andre oppgaver å ta hensyn til – spesielt på nattskift. På nattskift er det nemlig færre *medhjelpere* tilstede, og de må ofte gå på tvers av de opererende enhetene. Det er til

stor hjelp for *medhjelperne* at *eliten* beskriver hvordan de tenker å prioritere natten.

Medhjelperne sier at de gangene *eliten* involverer *medhjelper* i en

prioriteringsgjennomgang før vekten tar til, blir det et effektivt og godt skift.

Eliten opplever at effektiviteten kunne vært ytterligere styrket, dersom sykehuset rustet opp fagsystemene og gjorde det mulig for dem å få utstyrsoversikt i «real time».

For å sikre at *medhjelper* skal kunne utføre oppgaver som er gitt til dem, på en sikker og trygg måte, må *eliten* har transparente systemer som både *elite* og *medhjelper* har

tilgang til. *Eliten* beskriver et eksempel som gjelder IKT fagsystemene. Disse må sys sammen på en mer logisk og oversiktlig måte og mer sammenhengende. Nå har

medhjelperne i Sterilsentralen en større utstyrsoversikt, enn *eliten*. En *elite* sier at det har vært forsøkt å gjøre endringer i IKT systemet som omhandler utstyr, slik at *eliten*

kan til enhver tid, få en totaloversikt, over hvor utstyret befinner seg til enhver tid. Det økonomiske systemet vanskeliggjør for en slik oversikt, fordi alle ansatte er knyttet opp til egne kostnadssteder. Tjenester internfaktureres, og utstyr flytter frem og tilbake

mellom de opererende enhetene. Utstyrets eierskap er i tillegg fragmentert. Sett fra *elitens* perspektiv, ivaretar ikke dagens IKT-løsning, inn mot instrumenter og utstyr,

deres behov på viktige områder. At fagsystemene ikke snakker sammen, kompliserer mer enn nødvendig, uttrykker *eliten* og uttrykker videre at tillit til systemet er

vanskelig når tid er en viktig faktor, og når *eliten* ikke kan se det samme bildet som sine *medhjelpere*. Noen *eliter* uttrykker uro ved å ikke ha tillit til logistikksystemet og

sier: - *Sender vi utstyret fra oss vet vi ikke når vi får det tilbake*. Flere *eliter* beskriver at det også handler om å tørre å gi slipp på kontrollbehovet som *eliten* kan ha utviklet

overfor utstyret, og at det ikke er riktig å *kun* skylde på sykehusets fagsystem. Det oppfattes fra *eliten* også å være en utfordring, at det er lite utstyr i omløp, og at det

bidrar til å øke stressnivået hos både *elite* og *medhjelper*. Utstyr er dyrt å anskaffe og det pågår stadig diskusjoner i ulike deler av organisasjonen om hvem som skal betale

hvilke utstyr som skal inngå i sterilforsyningen. Det kan derfor være utfordrende å kjøpe inn mer utstyr. Under observasjonssituasjonen med mye utstyr i raskt omløp,

beskriver en *medhjelper* at: - *Opplevd effekt har også med logistikk å gjøre*.

Noen *eliter* har opparbeidet er nært samarbeid med kirurgene, og flere opplyser at de har tråkket stien sammen og har opparbeidet en felles forståelse for gjennomføring. -

Alt går så mye bedre da, sier en *elite*. *Eliten* beskriver at de har oppnådd en

inkluderende kultur, uavhengig av profesjon, ved å jobbe på denne måten. - *Et godt*

arbeidsklima hos helsepersonell, smitter over på neste ledd (medhjelper), mener en elite.

Eliten beskriver at de ser en effekt hos *medhjelper*, og da i form av større selvtillit, og mestring, etter spesifikk fagskoleutdanning. Parallelt med denne uttalelsen poengteres det imidlertid fra *eliten*, at *alle medhjelpere* er dyktige med eller uten fagbakgrunn, men at *eliten* likevel ser en merkbar endring hos *medhjelper*, som har tatt utdanning i sterilforsyningsfaget. *Medhjelperne* etter fagskoleutddanning, viser særlige evne til å utvise ydmykhet og refleksjon: - *De «grubler» og tørr å stille faglige spørsmål som kan utfordre oss, sier en elite. Medhjelper som ikke har tatt samme utdanning, sier at kollegene som har tatt denne spesifikke utdanningen, forstår smittevernprinsipper og evner å sette disse i system, inn mot de arbeidsoppgavene medhjelper skal utføre for eliten.*

Hvorvidt utdanning i seg selv, (uavhengig av spesifikk fagretning), kan bidra til utvidet evne til refleksjon, er ikke utforsket.

4.4 Hvilke faktorer oppleves å fremme eller hemme oppgavedeling?

Eliten beskriver at dårlig språk og uttale hos *medhjelper*, kan være utfordrende og tidkrevende, all den tid de må benytte flere sanser i dialogen. Spesielt dersom dialogen må gå via telefon. Måten spørsmålene stilles på, oppleves ofte ikke som konkret nok til å kunne besvares raskt. Står *eliten* i en presset situasjon kan det fort utvikle seg til alvorlige misforståelser. Dårlig norsk uttale kan lett oppfattes som fravær av forståelse når det kun kommuniseres via telefonen, uten mulighet til å lese kroppsspråk i tillegg, oppsummerer *eliten*. En *medhjelper* beskriver kommunikasjonsutfordringer på denne måten: *Avsender og mottaker har ulike tolkninger med seg inn i samtalen. Frustrasjon kan påvirke hvordan en gir beskjeden på. Under stress og knappe tidsfrister kan en ende opp med å benytte et språk som ikke er så bra. Noen blåser ut med en gang, andre har roen. Det er nok personlig det der.*

En annen *medhjelper* beskriver at enkelte norske dialekter kan være vanskelige å forstå. Ved å sjekke av at de har oppfattet hverandre rett, før de avslutter telefonsamtalen, kan mye oppklares. De fleste fra *eliten* er opptatt av å formidle at det å arbeide nær *medhjelper*, og se at de klarer å omformulere beskjeder til praksis, er viktig for dem. En *elite* uttrykker: *I et hektisk miljø der feilmarginene er små er kompetanse i det norske språket essensielt. Klarer medhjelper å kommunisere at de*

mestrer oppgaven godt, kan *eliten* konsentrere seg om sine egne oppgaver uten å kjenne på stress, eller behovet for følge tett opp *medhjelper* i praksis. Det å kjenne godt til hverandre, bidrar også til at en kan kommunisere bedre. Samtlige respondenter oppfatter at fysisk avstand kan hemme oppgavedeling, og at språklige misforståelser kan øke problemet. I tillegg til språklige utfordringer kan også dårlig kvalitet på utstyr, være hemmende og demotiverende for arbeidsinnsatsen.

Mangel på tid til kompetanseoverføring, fra *elite* til *medhjelper*, opplyser *medhjelper* som hemmende for oppgavedeling. De mener at mangel på opparbeidet tillit, kan hemme oppgavedeling.

Flere *eliter* beskriver at de i perioder med høyt arbeidspress av og til må be om unnskyldning til *medhjelper*. Spesielt kan det skje dersom det har vært hektisk og *eliten*, for eksempel, ikke har vært så grei i telefon, eller sett behov for å benytte en kommanderende tone i stemmeleie for å få utstyr frem i tide. Flere *eliter* sier at det er lav terskel for å si unnskyld til hverandre i etterkant. *Medhjelperne* sier at de har full forståelse for det akutte som skjer og at de ikke kan være «hårsår» av den grunn, men at det er ugreit og demotiverende å bli kjeftet på.

Noen *medhjelpere* ønsker en inkludering, dersom det har skjedd noe dramatisk på operasjonsstuen. Andre sier de har behov for å se hendelsen i en større sammenheng for å kunne bearbeide inntrykkene, men slettes ikke alle. Å inkludere *medhjelper* etter slike hendelser oppleves av dem, å ikke være satt i godt nok system. Flere *medhjelpere* sier at det er individuelle forskjeller på hvem som inkluderer *medhjelper*, dersom det har oppstått en dramatisk hendelse på vekten. *Eliten* beskriver at de definerer at *medhjelpere* ikke har vært direkte delaktig i den oppståtte tragiske hendelsen, og trenger derfor ikke å involveres i bearbeidelse i ettertid. Flere *medhjelpere* sier at de merker at *eliteteamet* har det vanskelig, i kombinasjon med at operasjonsstuen bærer synlige preg en alvorlig hendelse. *Medhjelper* må rydde opp på operasjonsstuen i etterkant, og sier at de indirekte oppfatter å være delaktig i hendelsen. Å være en del av teamet opplyses å være viktig for *medhjelperne*, også når tragiske hendelser skjer. Det er som et minimum, ønskelig fra *medhjelperne*, at *eliten* stiller spørsmål om det er behov for å bearbeide inntrykk, slik at *medhjelper selv*, kan definere hva som er viktig for dem, i den aktuelle situasjonen. En slik involvering mener de, fremmer oppgavedeling.

Flere *eliter* beskriver behovet for å få vite mer om *medhjelpers* kompetanse etter Fagskoleutdanning. Dette kan fremme oppgavedeling fordi *eliten* kan da spisse oppgavedelingen bedre.

4.5 Har forsvarlighetsbegrepet ulik betydning hos disse to yrkesgruppene?

Medhjelper kommer ikke inn under forsvarlighetsbegrepet etter loven. Likevel blir begrepet benyttet av denne gruppen. Sett i lys av at jeg hadde et ønske om å få en bredere forståelse, for hva informantene la som meningen bak dette ordet, utfordret jeg medhjelper også om begrepet. *Medhjelperne* svarer her at korrigerer underveis, er et ansvar som hver og en må ta innover seg når en ser at retningen en har valgt å ta, ikke er gjennomførbar. Ansvar for egen læring, og ansvar for å si fra når en trenger mer opplæring må ligge i «ryggmargen», sier de. Videre beskriver *medhjelpere* at det er viktig å følge prosedyrer. De opplever det som nyttig å ha bakgrunnskunnskap om det de holder på med. En rutinepreget arbeidsoppgave kan bli mer interessant, jo flere områder som kan belyses, understreker en av *medhjelperne*. Forsvarlighet for en *medhjelper*, er ensbetydende med ansvar. Noen opplever å ta mer ansvar enn andre. Vi minner hverandre på at vi er her for pasienten, sier en *medhjelper*. *Eliten* beskriver at for dem handler forsvarlighet om evnen til å planlegge, observere og analysere ulike pasientsituasjoner. Kunsten er å ligge et «hestehode foran», sier flere av *eliten*. Kompetanseutvikling hos operasjonssykepleierstudenter, sier *eliten* skjer, for eksempel, i rykk og napp, uavhengig av hvor flink en er i utgangspunktet. - *studenter i praksis må bygges opp innenfra og ut* sier en *elite*. *Eliten* beskriver det juridiske ansvaret de har. Under observasjonssituasjon ser jeg at *eliten* observerer raskt opp og ned, alt og alle, som er i bevegelse i operasjonsstuen. På mange måter oppfatter jeg å bli scannet fra topp til tå. Blikket fra *eliten* er årvåkent. Hun får jo med seg alt. Kirurgen står i ro og blir kledd på væsketett operasjonsfrakk. Alle bevegelser er godt innøvd. Ser *eliten* en ting som kan utarte seg til noe større og farligere for pasienten, er hun raskt bort og ordner på dette og returnerer tilbake til sitt utkikkspunkt. Like stille som hun gikk frem. En annen *elite* sier at hun balanserer utøvelsen hun skal gjøre på pasienten, oppmot forsvarlighetsprinsipper, og at hun har en innøvd fokus på dette bevisst eller ubevisst. - *Operasjonsområdet skal holdes sterilt og det er derfor av nødvendighet å være årvåken. En må ha kunnskap om hva som skjer, eller kan komme til å skje*, sier en *elite*. *Eliten* poengterer at de som helsepersonell, må selv sikre at de

har den rette kompetanse til å utføre oppgavene de er satt til å løse. De må også være oppmerksom på at de er rett sammensatt i team med tanke på kompetanse og oppgave. Leder skal legge til rette men, *eliten* må selv ta ansvar for egen læring og ansvar for dokumentasjon.

4.6 Har helsepersonell mistet noe av faget etter oppgavedeling?

Eliten i denne studien, oppfatter ikke å ha mistet noe av faget. Snarer tvert imot. Ved å utvikle *medhjelpere* slik de har fått mulighet til, i sykehuset vårt i *denne* studien, opplever *eliten* å ha blitt mer effektive og får pasienten raskere gjennom operasjonsprogrammet. Det er en felles oppfatning av at kirurgene vanskelig kan operere uten *eliten* og at *eliten* vanskelig kan fungere optimalt gjennom dagen uten *medhjelpere*. De anerkjenner at de henger i hop på denne måten. *Medhjelpere* og *elite* erfarer at det skjer store endringer i organisasjonen for tiden, og forteller at de før satt mer eller mindre på hver sin «tue» og delte lite. Vi er inne i en tid der vi *deler* på kunnskap. En *elite* uttrykker endringen slik: *Selv om kultur og tradisjon ikke endrer seg over natten, og det fortsatt er mulig se «småkonturer» av en tradisjon som ikke lenger har de tidsriktige verdiene, er hovedtrenden nå å oppfatte at en skal gjøre hverandre gode, at alle oppgaver er like viktig, og at en skal opptre som et sammenhengende team og utvise anerkjennelse i alle tre leirer. Kirurg, operasjonssykepleier og medhjelpere.*

Flere *eliter* opplyser at det til tider diskuteres oppgavedeling i enhetene - også mellom helsepersonellet, særlig når debatten foregår på politisk eller overordnet plan. Det er en felles oppfatning fra informantene av at noen enheter i klinikken har utviklet en kultur for oppgavedeling, mens andre ikke har kommet like langt. *Elite 1* forteller, fra et historisk perspektiv, at det har skjedd en positiv utvikling siste åtte-ti årene i retning av et mer åpnere sykehus generelt. Noen *medhjelpere* sier at de opplever at det har kommet inn en annen kultur i avdelingen, enn før, og at nye ledere og kolleger har med seg en delekultur. Det er en felles oppfatning av at ting endrer seg til det bedre.

Kapittel 5 Diskusjon og analyse

5.1 Bakgrunn for oppgavedeling sett i en helsepolitisk kontekst

Jeg vil i dette kapitlet analysere og diskutere det materiale som fremkom fra intervju og observasjon. Studien tar for seg erfaringer med oppgavedeling *fra* helsepersonell til *ikke helsefaglig personell*. Jeg tar utgangspunkt i de hovedpoengene som kom fram i i forrige kapittel og knytter til litteraturen. Jeg forsøker å logisk bygge opp diskusjonskapitlet på en systematisk og oversiktlig måte. Jeg knytter valg teori inn i diskusjonen.

Nasjonalt er det en uro. Mangel på rett egnet type arbeidskraft i helsetjenesten, kan skape såpass utfordringer at det kan komme på bekostning av kvalitet og kapasitet for å sikre fremtidig bærekraft. Flexibilitet i oppgavedeling kan være et av flere tiltak (Helsedirektoratet.no-Status utviklingstrekk). Mye av den samme bekymringen hentet Erlandsen frem da hun formidlet oppgavedeling som tiltak fra helsepersonell til ikke helsefaglig personell på Deltas Fagarena i 2014. (regjeringen.no/Deltas fagarena). Helsepersonellet i *denne* studien oppgav at de har hatt mangeårig erfaring med oppgavedeling til *medhjelper* og at de ikke hadde klart å få gjennomført operasjonsprogrammet uten deres uvurderlige bistand. Utstyrsmengden til bruk i operasjonsøyemed, er blitt formidabel og kompleks, og gjenspeiler den teknologiske utviklingen innen kirurgifaget. I kombinasjon med stadig press om å korte ned byttetiden mellom pasienter, er *eliten* avhengig av bistand til å håndtere det kompliserte, medisinske gjenbruksutstyret, etter bruk på pasient. *Eliten* i *denne* studien opplyser dessuten at det tar mange år å bygge kompetanse, og at den knappe ressurstilgangen innen deres fagområde, innebærer at oppgaver må flyttes på. Økt arbeidspress og mangel på elitekompetanse, opplyses å være utgangspunktet for oppgavedeling fra lang tilbake i tid. Oppgavedelingen fra helsepersonell til *medhjelper* synes å skje etter visse forutsetninger, der egnethet overfor oppgaven anses å være en av de viktigste egenskapene. Undervisning og opplæring som ledd i oppgavedeling, svarer respondentene, kunne vært bedre organisert, men at mangel på tid er en avgjørende faktor. Helsepolitisk har oppgavedeling en stor betydning, fordi den er av økonomisk interesse så vel som betydning for de ulike endringsprosesser som berører helsevesenet, etter hvert som vi utvikles i takt med samfunnet forøvrig. Demografi og

utvikling i helse spiller en rolle for oppgavedeling, sett i lys av effektivitet og produktivitet (Statsbudsjettet.no).

I nasjonal helse – og sykehusplan er et av de viktigste målene å fornye, forenkle og forbedre helsetjenesten, og ha nok helsepersonell med rett kompetanse.

(Regjeringen.no). Regjeringen oppmuntrer til å endre oppgavedeling, som et ledd i å fjerne flaskehalser, og dermed bedre pasientbehandlingen. Legeforeningen vil diskutere hva som er faglig best for å fremme kvalitet i oppgavedeling (Dagens medisin, 2013). Det er mange grunner til at en organisasjon endres. Imidlertid anses det å forstå de viktige særtrekk ved organisasjonen, som en viktig lederegenskap for endring. Vertikal og horisontal samordning må være i balanse og forhold som stabilitet, forutsigbarhet, tydelighet og ensartethet er vesentlig (Bolmann, Deal 2015). *Eliten* i denne studien trekker frem ubalanse mellom høy etterspørsel på kompetanse i kombinasjon med lav kapasitet, som bakgrunn for oppgavedeling. I datamaterialet mitt anses dette som en viktig driver for endring.

5.2 Vertikal samordning

I rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta kategoriseres oppgavene medhjelper utfører, utfra et smittevernperspektiv. Kategoriene omtales ofte som ikke kritisk utstyr, semi-kritisk utstyr og kritisk utstyr sett i relasjon til en risikovurdering inn mot pasientsikkerhetsperspektiver (Lovdata: *Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta (Smittevern 15)*). Oppgavene dreier seg om at *medhjelper* sikrer at alle ledd i sterilforsyningskjeden, sett i et dekontaminerings- og steriliseringsperspektiv, overholdes. Tiltakene er satt i et system, som er forankret i sykehusets infeksjonskontrollprogram, med base i lovverket (Lovdata.no, Forskrift om smittevern). Dette er en stor oppgave som avhenger av at flere ledd i kjeden fungerer. I intervjuet kommer det frem fra *medhjelpere* at det hender at anskaffet utstyr ikke passer til resten av infrastrukturen i sterilforsyningskjeden, og at dette oppleves frustrerende, skaper flaskehalser og vanskeliggjør en optimal logistikk. Videre opplyser de å komme noe «bakpå», dersom det ikke er samsvar mellom utstyr og maskin. Hvordan *eliten* gjør nytte av *medhjelper* avhenger av kultur for samarbeid. Nærhet og kjennskap til *medhjelper* og hans/hennes kompetanse, har stor betydning for hvorvidt *eliten* kan stole på *medhjelper* som en ressurs. Det kan være interessekonflikter ved oppgavedeling og integritet og profesjon kan berøres

(Narcarrow og Borthwick, 2005). Interessesmotsetningen kom frem både under observasjon og intervju. Mens *medhjelpere* uttrykket at de kunne bistå med mer bistand, og kom med eksempler på hvilke, hadde *eliten* utfordringer med å se den samme løsningen som fullgod, fordi *eliten* mente at *medhjelpers* forslag, kom på bekostning av både forsvarlighetsprinsipper og tidsbruk de hadde fått avsatt til opplæring. Mangel på plan og mål, gjorde det utfordrende for hvordan *eliten* skulle kunne benytte medhjelpere mer. *Medhjelpers* egnethet syntes å spille en rolle for hvorvidt *eliten* anså *medhjelpere* som ressurs eller ikke.

For at den vertikale samordningen skal fungere, må den balanseres med den horisontale og vice versa. En velfungerende struktur må formes med tydelig blikk på målet (Bolmann, Deal 2005). I *denne* studien påpeker informantene utfordringer ved at både fagsystemer, mangel på tid til kompetanseoverføring og mangel på medisinsk utstyr, hemmer oppgavedeling, og at ubalanse i den horisontale samordningen gjør det er enda viktigere med tett kommunikasjon og oppfølging til *medhjelpere*. Uro i denne delen av organisasjonen, stjeler mye tid fra *eliten*.

I og med at *eliten* er bundet til loven (Sykepleien.no, Faglig forsvarlighetsheftet) er det av vesentlig betydning at *eliten* vet hvilke kompetanse *medhjelpere* til enhver tid har. Kjennskap til kjernekompetansen kan være en veiåpner for å lette oppgavedeling. Som den organisasjon et sykehus er, må det tydeliggjøre hvilke kompetanse som anses å være nødvendig å oppgavedele, og hva som er ufravikelige for helsepersonell å gi slipp på (NIFU rapport 2017). Det er mange hendelser i en stor organisasjon, som sykehuset er. *Eliten* og *medhjelpere* i denne studien beveger seg på tvers av de ulike fortolkningsrammene sett utfra formål og situasjon. Å se hendelser/oppgaver gjennom ulike «briller», gir utfordringer for informantene. Noen ganger kan det være langt viktigere å utvikle engasjement enn å bygge en kultur som utfordrer samarbeidskulturen, og vice-versa. Det handler om involvering, og å velge en kontekst eller et perspektiv å se tingen utfra, uten å gå på bekostning av kvalitet og pasient- og personalsikkerhet. Mål, effektivitet og teknologi er mest effektive som strukturer, dersom det er samsvar mellom de, til enhver tid, ulike forhold i organisasjonen (Orvik 2015).

Eliten er trygg på sin rolle, sin autonomi og sine lovfestede oppgaver, og forsøker gjennom ulike tilnæringsmåter ved hjelp av analyse, intuisjon og kunstnerisk evne å forstå den andres (medhjelpers) perspektiv. De indre drivkreftene involveres nå det

oppstår ubalanse internt mellom struktur og kultur, eller mellom maktforhold og struktur. Endres de politisk forholdene, endres de ytre drivkreftene seg. Drivkreftenes styrke vil bety mye for endring og resultat.

5.3 Human resource rammen

Eliten trekker fram at deres vurdering for hvorvidt de kan involvere *medhjelper* baseres i utgangspunktet på personlig egnethet der tillit rangeres høyt. Nærhet til god dialog, vektet like høyt som at *medhjelper* har evne til å ta til seg kunnskap og reflektere. Interaksjon mellom *elite* og *medhjelper* der kommunikasjon og analyse står i sentrum, er viktig for å kunne utføre forsvarlig overføring av oppgaver mellom gruppene. Rett tilgjengelig kompetanse i kombinasjon med gjensidig tillit, er med på å drive oppgavene fremover og skaper en trygg ramme for *medhjelper*. *Medhjelpere* påpeker også viktigheten av å kjenne hverandres væremåte på tvers av yrkesgruppene, og det å bli involvert som sentralt. Og at dette danner grunnlag for hvorvidt en «forstår» hverandre i det daglige. Denne interaksjonen var også lett å observere under studien og kan forstås som en form for dialog som gir økt grad av forståelse mellom de ulike gruppene slik MacIntosh et al. beskriver i sin artikkel (MacIntosh et al., 2012). Menneskelige faktorer som tillit, anerkjennelse og inkludering i kombinasjon med målrettet opplæring, er også vektlagt i andre studier. (Karimi-Shahanjari et al. 2019) og også sett i interdisiplinære team med pasientoverlevering (Manser et al., 2011). *Eliten* i min studie oppleves å være svært bevisst sin autonomi, og de krav til forsvarlighet som berører deres del av helsetjenesten. *Elite 1* er i tillegg oppmerksom på sin opptreden i kraft av sin posisjon. Selv om oppgaver er delegert til *medhjelper*, fratas ikke *eliten* ansvaret den har, sett i inn mot helsepersonelloven §5 (Dåvøy m.fl., 2018), (Helsedirektoratet rundskriv). *Eliten* opplyser at fragmenterte ansvarslinjer kan gi utfordring til *medhjelper* sett i et oppfølgingsperspektiv. Bomann og Deal skriver om selvstyrte team som mulig fremtidens struktur (Bomann, Deal 2005). Strukturen må variere utfra oppgavens art og endringer til omgivelsene. Å få i gang slike team er en kompleks affære fordi slike team er krevende å vedlikeholde og fordi tilgang på de rette ressurser til enhver tid kan være utfordrende. Selvstyrte team får gjerne bedre resultater, høyere arbeidsmoral enn grupper med tradisjon for styring ovenfra. Team bygget etter en hierarkisk struktur kan fungerer bra ved stabile og enkle oppgaver. Blir arbeidet mer komplekst må strukturen utvikles med mer mangesidige

kommunikasjons- og samordningsformer. Ledere må kunne identifisere når regler og oppgaver endres, og være fleksible nok til å endre strukturen deretter. Begrensninger i de ulike fagsystemer og sykehuset bygningskropp vanskeliggjør selvstyrte team, i kombinasjon med begrensede ressurser. Helsepersonell sin autonomi gir en stor grad av selvstyre, men selvstyrte team som et konsept, kan begrenses av flere ytre påvirkninger. Det er mange interessenter i et operasjonsteam og alle har ulik ledertilhørighet. Dette kan gi utfordringer – spesielt inn mot prioriteringsdiskusjoner. Dette er imidlertid ikke noe *eliten* tenker på til daglig, uttrykkes det fra dem. Fra informantene i *medhjelpergruppen* uttrykkes det at *måten* oppgavene blir tildelt på oppleves å være basert på en individuell vurdering og ikke systembasert eller ledd av en større plan. *Medhjelpere* opplyser at de ofte lurer på om de *får* oppgaven eller om de *tar* den? Dette kan forklares med forstyrrelser i fortolkningsrammen der en har sett på en og samme hendelser gjennom ulike «briller» (Bolmann og Deal 2014). *Elite* og *medhjelper* har ulik oppfattelse («Briller») av oppgavens kontekst, og perspektiv. Prosess forut for oppgavedeling, blir dermed dårlig. I intervjumateriale blir nærhet, tillit og ulike former for kommunikasjon, trukket fram som essensielt når kritisk utstyr skal forlate helsepersonell sine hender, for så å dukke opp klart til bruk til neste pasient, etter å ha gått runden i sterilforsyningskjeden (skisse 1 side 2). Intervju og observasjonsmateriale bærer også preg av at *medhjelpere* har utviklet seg til å bli svært selvstendige på en del områder, og i mange tilfeller rustet til å ta selvstendige valg overfor medisinsk gjenbruksutstyr, spesielt innenfor den tekniske delen av oppgaven. Det anses ikke å være en enkel oppgave for *eliten*, å følge dette fagområdet tett opp, i tillegg til annet arbeid. Plikt til dokumentere, planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere er sentralt i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Mens *eliten* opplever blant annet samtidskonflikter som hemmende for optimal kompetanseoverføring, opplyser *medhjelper* at nærhet til *eliten* gir økt mestringsfølelse. Intervjuene og observasjonene viser at enhetenes interne og tverrfaglige arbeidsklima, spiller en viktig rolle for hvordan *medhjelper* opplever læring og tilhørighet. Når samarbeidsklima bærer preg av faglig vekst og mulighet til å oppnå mestring, opplever størstedelen av *medhjelperinformanter* dette som svært positivt, i en kan hende rutinepreget hverdag. Å flytte oppgave fra en *elitepraksis* til en *medhjelperpraksis* avhenger av flere forhold der egnethet for oppgaven er av vesentlig betydning. Forfatter (Orvik 2015) peker på at integrasjon er nøkkelen til å forstå

samhandling og at samhandlingskompetanse kan være en utfordring å styrke, spesielt på områder som er fragmenterte i utgangspunktet. Sett i lys av helsepersonelloven må dette da gjøres i kombinasjon med faglig forsvarlighet (Helsepersonell loven, Lovdata).

5.4 Autonomi som jurisdiksjon

Eliten påpeker at lovverket er med på å regulerer deres grad av skjerpethet, i balanse mellom forsvarlighet og ansvar, og at forsvarlighet er et viktig begrep for dem og som de forholder seg til. Ansvar for utøvelsen ligger hos en selv, uttrykker *eliten*. For *medhjelper* blir ansvarsbegrepet en parallell til helsepersonellens forsvarlighetsbegrep. *Medhjelper* anser korrigerende fra *eliten* som en styrke for dem, forutsatt at korrigerende inneholder læring og mulighet for å kunne mestre ansvaret, uten at de skal oppleve å bli belært. Informantene vektlegger at forsvarlighet og ansvar, forutsetter dialog og opplæring, og måten opplæring gis på. Skjer det motsatte, oppstår misforståelser som forsinker arbeidsprosesser. Et relevant poeng fra generell kommunikasjonsteori og i parallell til det informantene sier, er at dersom en mottaker fortolker et budskap på en annen måte enn det avsender legger til grunn vil dette resultere i misforståelser med kan hende uheldig konsekvenser (Tjora 2018). *Eliten* opplyser i intervju at det er utfordrende å forstå kontekst uten å ha tilgang til alle sansetrykk i dialogen, og viser til telefonrådgiving mellom dem og *medhjelpere* i Sterilsentralens. Å ha en rimelig forståelse for mottaker i kommunikasjonsrelasjoner, er lettest å få til når det foreligger kunnskap om medarbeiders forståelses horisonter (Nordby 2009). God dialog, tillit og det å kjenne hverandres hverdag, trekkes fram som viktig for informantene i det å unngå misforståelser. Makt som middel, oppgis å være mest uttalt når *eliten* er under sterkt arbeidspress der tid er en avgjørende faktor. Makt i denne kontekst, oppleves å være legitim makt med bakgrunn i den autonomi, *eliten* har ervervet, i kraft av sin utdanning, og som i noen tilfeller kan komme til uttrykk under stress. Dette oppfatter noen *medhjelpere* som maktbruk.

5.5 Opplevde effekter etter oppgavedeling

Etter lang erfaring med oppgavedelingen mellom *elite* og *medhjelper* i sykehusets sterilforsyningskjede, har *eliten* vanskeligheter av å se om de noen gang vil klarer å ta tilbake oppgavene de hadde før. Informantene beskriver at de heller ikke ønsker å ta

tilbake oppgavene, fordi de anser denne oppgavedelingen som veletablert. Skulle *eliten* mot formodning måtte ta oppgavene tilbake, måtte det bli en vesentlig styrking av *elitebemanningen*. Det stilles et undrende spørsmål tilbake til meg som intervjuer om ikke en slik tilbakeføring av oppgaver, ville gå på bekostning av den effektiviteten sykehuset har tatt mål av seg til å klare. *Medhjelperne* opplyser i intervju at de frykter at tilbakeføring av oppgaver til *eliten*, ville gått ut over kvaliteten på den delen av dekontaminerings- og steriliseringsprosessen som *medhjelper*, gjennom år, har styrket. Det oppleves fra samtlige informanter at *medhjelpergruppen* har blitt mer effektive og produktive i det å kunne håndtere flere oppgaver og aktiviteter. *Eliten* har en opplevelse av å få gjennom flere pasienter i operasjonsprogrammet når medhjelper involveres. Studier av effektivitetsmåling finner jeg i litteratur om helseøkonomi (Pettersen m.fl. 2008) som argumenterer for at praktisk effektivitetsmåling er utfordrende fordi målemetoden er forbundet med stor usikkerhet. Forfatterne peker imidlertid på mulighetene for å bruke metoden for å kunne si noe om sammenheng mellom struktur og effektivitet. I *denne* studien har jeg undersøkt den *opplevde* effekten av oppgavedeling. Jeg oppfatter imidlertid viktigheten av helseøkonomiske analyser inn mot effektivitetsperspektivet, relatert til oppgavedeling fra høyprofesjonsutdannede, til personell med lavere utdanningsnivå. Nærhet, tillit, egnethet, inkludering, mestring og dialog uttrykker respondentene i min studie, å være grunnleggende for å oppnå effekt etter oppgavedeling. Maslows behovspyramide (bilde 8) peker på at mennesket motiveres av en rekke ulike behov og forfatterene trekker frem fenomener jeg mener jeg fant i min studie.

Bilde 8



Bilde hentet fra Bolman/Deal (54)

Pink (2009) (Bolmann, Deal 2004), peker på drivkrefter som: autonomi (menneskets behov for å ha kontroll over eget arbeid), kompetanse (en ønsker å bli dyktigere på

sine oppgaver), mening og formål (inkludering og plan) som jeg gjenfinder både i observasjonen og i intervjuene med begge grupper av informanter.

5.6. Kommunikasjon som fremmende eller hemmende for oppgavedeling.

Dårlig språk, i kombinasjon med fysisk avstand til medhjelper, dårlig infrastruktur, ubalanse mellom oppgaver, for lite tidsvindu til opplæring, en stadig mangel på de rette ressenser, fravær av nærhet, manglende utstyr i omløp og dårlig utviklet IKT-oversikt, synes å være hovedårsaker til å hemme oppgavedeling. Sett i et personalperspektiv finnes det en del *medhjelpere* med utenlands bakgrunn og som gjør en god jobb. Det er imidlertid et krav i opptak til utdanningen til sterilforsyningsfaget at en skal ha ta dokumentert norsk test før opptak. Sett i lys av hva *eliten* opplever rundt det språkmessige vil gjennomført språktest allerede på studienivå anses være et viktig tiltak. Utfordringen er å få alle *medhjelpere* gjennom et slikt studie.

Faktorer som for helsepersonell er med på å fremme oppgavedeling til *medhjelper*, oppsummeres å være: personlig egnethet, erfaring, fagskoleuteksaminert, nærhet, system for opplæring, avgitt tid, bedre IKT-infrastruktur, oppgaver som gir mestring, god dialog, gode sammensatte team og at *eliten* får være med å forme *medhjelper*, synes å være suksesskriterier for å overlate oppgaver til *medhjelper*. Hvorvidt det er generell utdanning i seg selv som er med på å fremme forståelsen av oppgavedeling hos *medhjelper* eller på grunn av spesifikk fagskoleutdanning er ikke forsket på i *denne* studien.

Å ha evne til å se sin organisasjon utfra et større perspektiv, er grunnleggende for å utvikle organisatorisk kompetanse. Typiske trekk som er med på å kvalifisere for klinisk ledelse, anses å være overlapping mellom det kliniske arbeidet og organisering av det (Orvik 2015). *Elite 1* har naturligvis en bredere oppfattelse av sterilforsyningskjeden, enn *Elite 2* fordi *Elite 1* har det faglige ansvaret som strekker seg langt inn i sterilforsyningskjeden. Imidlertid oppdages det svakheter innad hos profesjonen som tydelig hemmer oppgavedeling, og må hensynstas ved for eksempel anskaffelse av utstyr. Her må det, utfra et forsvarlighetsperspektiv, etableres kriterier som må ligge til grunn for en sikker og optimal gjennomgang. *Elite 1* anses av sine kolleger, som en fagperson som legger føringer for hvorvidt det praktiske arbeidet for de ulike temaene kan gjennomføres, på en forsvarlig måte. Samtidig oppfattes det å ligge en forventning fra leder, om å ha med seg alle aspekter av dette inn i sine

vurderinger av oppgavedeling, til *medhjelper*. Når juridiske, økonomiske så vel som kliniske og organisatoriske vurderinger påvirkes av hverandre, kan dette være med på å styrke en leders legitimitet (Orvik 2015). Informantene trekker fram at måten de er organisert på kan være med på å både fremme og hemme oppgavedeling.

Informantene er opptatt av gode relasjoner til sine ledere, og skryter av dem. Det synes også at de er blitt gitt en stor frihet i sitt arbeid, og at det er viktig at leder stoler på at informantene gjør en god og riktig jobb. *Medhjelper* synes at de får en god forståelse for hvordan *eliten* begrunner og vurderer ulike situasjoner, gjennom godt samarbeid og god kommunikasjon. Med et slikt samarbeidsklima som bakgrunn, er det lettere å gi en tilslutning til forslag selv om det kan bety endring for dem.

5.7 Oppgavedeling – en suksess?

Eliten oppfatter ikke å ha mistet nødvendigvis noe av faget, men *teknikken, eller håndtlaget, eliten* tidligere hadde innarbeid i kontakt med pakking og sterilisering av utstyr, oppfattes å være noe «rusten». Disse oppgavene er oppgavedelt til *medhjelper*. Informantene påpeker at mye av suksessen til at oppgavedeling går godt mellom *elite* og *medhjelper*, ligger i å forstå hverandre og hverandres arbeidsfelt. Når en *elite* har opparbeidet seg spisskompetanse via egen spesialistutdanning som harmonerer med rammer for helsetjenesten, ligger det en tydelig forventning om funksjonskrav til *eliten*. (Dåvøy m.fl., 2018). Når så *eliten* gir fra seg det som før var sentrale oppgaver i *elitefaget* til en *medhjelper*, uten at dette kommer på bekostning av pasientsikkerhet eller faglige forhold, vil det kunne tolkes som om oppgavedeling som informantene beskriver har blitt opplevd som bra.

5.8 Oppsummering av diskusjon og analyse

Høy etterspørsel etter *elite* sin kompetanse, økt teknologisk utvikling innen kirurgifaget, og økte krav innen pasientsikkerhet i kombinasjon med komplekst sykdomsbilde hos pasient, har utfordret *elitens* kapasitet. Oppgavedeling til *medhjelper* uten helsefaglig bakgrunn, blir sett på som en nødvendighet og viktig bistand som gir handlingsrom for *elite*, og er med på å sikre at avdelingen når sine mål. Effekt av oppgavedeling beror i store trekk av tilrettelegging, på både system og individnivå. Godt utbygde IKT systemer, god norsk uttale og bruk av språket generelt på en god måte kan fremme oppgavedeling, mens avstand og redusert mulighet til å observere kroppsspråk i kombinasjon med tale, kan hemme oppgavedeling i

sterilforsyningssirkelen. Mens *eliten* peker på lovverket som regulerer forsvarlighetsprinsipper, peker *medhjelper* på det iboende ansvaret hver og en har i det å være del av en større sammenheng, og å være indirekte med for å sikre god pasientbehandling. *Eliten* motiverer og inspirerer *medhjelper* ved å undervise, på en forståelig måte, utfra kontekst og kompetansenivå, og ved å inkludere og utfordre gjennom opplevd mestring. *Eliten* blir inspirert og motivert av å oppdage at pasientutstyret returneres komplett slik de ønsker det skal returneres, og at alle ledd i kjeden fungerer selv når de ikke kan være tilgjengelig.

Materialet i denne studien viser at oppgavedeling utført på denne måten som informantene opplyser om, utgjør på ingen måte en trussel for profesjonen. *Eliten* har selv vært en aktiv bidragsyter i å forme *medhjelpertjenesten*, men påpeker at også ledere har vært viktige pådrivere for at oppgavedeling kan skje. Imidlertid gir funn i materialet mitt signaler om at oppgavedeling har blitt utviklet ved hjelp av indre drivkrefter i retning av individdrevet oppgavedeling, enn systemdrevet utfra en plan. Mangel på utstyr i kombinasjon med manglende transparens i kjeden, oppleves for informantene å være den største trussel for ytterligere oppgavedeling.

Kapittel 6 Avslutning

Folkene våre er vår viktigste ressurs (Bolmann, Deal 2004))

Denne studien viser at det er en felles oppfatning av at *medhjelper* uten helsefaglig utdanning utfører viktige oppgaver for helsepersonell, herunder *eliten*, og at belastningen spres på en god måte når flere involveres på ulike nivåer inn mot de indirekte pasientoppgavene. Imidlertid kan ting tyde på at det er ulik praksis om selve bruken av *medhjelper*. Det står ikke helt klart for *eliten* hva en *medhjelper* kan benyttes til utover det som er en praksis ved arbeidsstedet. Det er også noe uklart for *eliten* hvilken kompetanse *medhjelper* har etter fagskoleutdanning. Det oppleves å være en felles frustrasjon om at dårlig utviklet støtteverktøy gir stor uforutsigbarhet i driften, og at dette er med på å skape en usikkerhet, relatert til videreutvikling av ytterligere oppgavedeling.

En enhet i studien har tillatt seg å videreutviklet *medhjelpere* tilknyttet egen enhet, med initiativ fra enheten selv, og ikke som del av en helhetlig plan for klinikken eller organisasjonen. Samme enhet har, sammen med Sterilsentralen, utviklet en *medhjelper*

som ivaretar en oppgave (som fortsatt ivaretas av *eliten* i mange foretak i dag), uten at det oppleves å komme på bekostning av kvalitet. Denne og andre satsinger inn mot *medhjelpergruppen* har vist seg å være gunstig for *eliten*, som frigjøres til andre viktige oppgaver. *Medhjelper* på sin side opplever mestring ved å bli gitt oppgaver med opplæring av teoretisk og praktisk art, tilpasset deres nivå, og at støtteverktøy som skal benyttes, stemmer overens med virkeligheten. Nærhet, tilbakemelding, verdsetting, forventningsavklaring, god dialog og godt opplevd arbeidsklima, viser seg å være viktige faktorer for at læring til *medhjelper* skal kunne finne sted.

Helsepolitisk er det mål om effektivisering med bakgrunn i risiko for en begrenset tilgang til helsepersonell i årene fremover. Oppgavedeling anses å være et virkemiddel for å kunne møte utfordringer knyttet til ressursmangel i helsevesenet. Jeg finner flest artikler om emnet til å gjelde oppgavedeling mellom helsepersonell og mindre *fra* helsepersonell til *ikke* helsefaglig personell. Det anses derfor som svært viktig for videre forskning, å sette søkelys inn mot en gruppe i sykehuset som kan ha noen skjulte ressurser. Gjennom intervju og observasjon fremkommer det opplysninger som tilsier at *medhjelper* i denne kontekst, muligens ikke er kartlagt godt nok som ressurs i vårt sykehus. Jeg opplevde ikke motstand eller utfordring mot oppgavedeling, men derimot en usikkerhet om hvordan *medhjelpergruppen* skal utvikles ytterligere. Grensen for hvor langt en *medhjelper* skal kunne involveres i *elitens* arbeid er informantene imidlertid tydelig på. *Eliten* håndterer oppgaver relatert til den direkte pasientbehandlingen, mens *medhjelper* håndterer oppgaver i den indirekte delen av pasientbehandlingen. Noen *medhjelpere* opplever utrygghet i nærhet av direkte pasientoppgaver, mens de mest erfarne opplyser å håndtere dette greit. *Elite* og *medhjelper* har klart å lage et skille som ivaretar *elitens* krav om forsvarlighet, inn mot sin rolle. *Denne* studien tar ikke for seg hvor fleksibelt dette skillet er ettersom oppgavene vokser seg større i ene eller andre enden. Ytterligere forskning må til for å belyse dette.

Videre forskning er av nødvendighet

All den tid min studie omhandler de erfaringene en har med oppgavedeling får jeg ikke frem kostnadsbildet i kroner. Studien viser kun opplevd erfaring av effekt. I og med at det bør kunne antas at *medhjelpergruppen*, slik foretaket benytter disse i dag, mest

sannsynlig har uutnyttede verdifulle ressurser, ville de vært interessant å kunne evaluere kapasitet og kostnadseffektivitet på en systematisk måte, også sett fra et horisontalt substitusjonsperspektiv. Flere studier om emnet fra ulike vinkler vil kunne øke tilgjengelighet for deling av kunnskap om gjennomføring av oppgavedeling, overfor en gruppe som det er blitt skrevet lite om, men som til all sannsynlighet kanskje kan bidra mer inn i sykehuset. Egnede ressurser til egnet oppgave, forutsatt at de rette risikovurderinger er systematisk gjennomført på forhånd, synes å kunne være interessant å forfølge videre. Mer forskning er av nødvendighet.

En *elite* oppsummerte på en briljant måte, hvorfor oppgavedeling mellom *elite* og *medhjelpere* hos dem, blir regnet å være en suksess. Jeg velger å avslutte oppgaven med disse setningene:

Dersom vi involverer medhjelpere og gir dem oppgaver som de opplever å mestre samtidig som vi viser at vi stoler på dem, vokser de og vi får et godt klima for læring. Jeg er overbevist om at dette er et viktig suksesskriterium for en smidig gjennomføring av oppgavedeling fra elite til medhjelpere i Sterilforsyningskjeden.

Elite

Referanseliste

Bolman, G. L, Deal, T. (2004) *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse*. Struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler. 2.utgave. Gyldendal Akademiske Forlag.

Bukve, O. (2016) *Forstå. Forklare og forandre. Om design av samfunnsvitenskaplige forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dagens medisin. *Bedre og smartere oppgavedeling mellom ansatte i sykehus 2013*.
Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2013/02/07/terningkast-for-stores-tibud/>

Day DV, Fleenor JW, Artwater LE, Sturm RE, McKee RA. *Advances in the leader and leadership development: A review of 25 years of research and theory*. Leadersh Q. 2014;24:63-82.

Delamaire, M. og Lafortune, G. H (2010) *Nurses in advanced roles: A description and Evaluation og Experiences in 12 Developed Countries*. OECD Health Working Papers, No. 54. OECD Publishing.

Tilgjengelig fra: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5kmbrcfms5g7-en.pdf?expires=1589376333&id=id&accname=guest&checksum=F3F3123217372206C807C01B8F67B388>

Dåvøy, Grethe Myklestul, Eide, Petrin Hege, Hansen, Ingeborg (red). *Operasjonssykepleie*. 2.utg. Gyldendal akademisk 2018.

Fangen, K (2010) *Deltakende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.

Lovdata. *Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr 2013*.
[Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr - Lovdata](#)

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Lovdata. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>

Global Burden og Disease Study 2015. Health Access and Quality Collaborations. *Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analyst from*. The Lancet. Published May, 18, 2017.

Tilgjengelig fra: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30818-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30818-8/fulltext)

Haug, K, Kaarbøe, Oddvar M, Olsen, Trond E.(red). *Et helsevesen uten grenser*. Oslo, Cappelen Damm Akademisk. 2009.

Helsedirektoratet. *Oppgavedeling utarbeidelse av opplegg for pilotprosjekter 2014.*

Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/oppgavedeling-i-spesialisthelsetjenesten-opplegg-for-pilotprosjekter/Oppgavedeling%20i%20spesialisthelsetjenesten%20-%20opplegg%20for%20pilotprosjekter.pdf/_/attachment/inline/29b254d5-aa49-4833-9ee4-7b58f9ff52d0:867aa844b83502fb7a117cdc071459a8356ace69/Oppgavedeling%20i%20spesialisthelsetjenesten%20-%20opplegg%20for%20pilotprosjekter.pdf

Helsedirektoratet, Kommentar. *Forsvarlighet §4.*

Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse/-4.forsvarlighet>

Helsedirektoratet. *Status utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten (2018). Kostnader, aktivitet og kvalitet.* Rapport IS-2851

Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten/IS-2851%20Status%20og%20utviklingstrekk%20for%20spesialisthelsetjenesten%20SAMDAT A%202018.pdf/_/attachment/inline/a7be058f-3f52-4f16-a98a-9c621b9a29ff:d16f126d7ca105b03bd34d541b41682d2ffba30b/IS-2851%20Status%20og%20utviklingstrekk%20for%20spesialisthelsetjenesten%20SAMDAT A%202018.pdf

Karimi-Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Rashidian A, Hajimiri K, Glenton C, Noyes J, Lewin S, Laurant M, Colcvin CJ. *Barriers and facilitators to the implementation of doctor – nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis.* Cochrain Systematic Review, April 2019.

Kunnskapssenteret nr.12-2013. *Effekt av oppgavedeling for noen utvalgte helsetjenester i sykehuset.* Rapport.

Tilgjengelig fra <https://www.fhi.no/publ/2013/effekter-av-oppgavedeling-for-noen-utvalgte-helsetjenester-i-sykehus/>

Kvale, S og Brinkmann, S (2015). *Det kvalitative forskningsintervjuet.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kjønstad, A. 2005. *Styringsretten i Helsevesenet. Arbeidsrett.* Vol 2. Nr.1,2005

Lovdata. Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr 2013.

Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2013-11-29-1373?q=Håndtering%20av%20medisinsk%20utstyr>

Lovdata. *Forskrift omorganisering, ledelse og medvirkning.* Tilgjengelig fra:

https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-06-1355#KAPITTEL_10

Lovdata. *Lov om helsepersonell 1999.*

Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Lovdata. *Lov om helsepersonell kapittel 2 § 4 og §5*. Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell lov#KAPITTEL_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell%20lov#KAPITTEL_3)

Lovdata. *Lov om medisinsk utstyr 1995*.

Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1995-01-12-6?q=Lov om medisinsk utstyr](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1995-01-12-6?q=Lov%20om%20medisinsk%20utstyr)

Lovdata. *Lov om spesialisthelstjenesten (1999)*.

Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=lov om spesialisthelstjenesten](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=lov%20om%20spesialisthelstjenesten)

Lovdata: *Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten 2005*.

Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-06-17-610>

Lovdata: *Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta (Smittevern 15)*. Tilgjengelig fra:

<https://www.fhi.no/publ/eldre/rettleiar-til-forskrift-om-smitteve/>

MacIntosh^a, R, Beech^b, Nic, Martin, Graeme^{a,*}. *Dialogues and dialectic: Limits to clinician-manager interaction in healthcare organizations*. Social Science & Medicine, February 2012. Pages 332-339. Elsevier.

Tilgjengelig fra: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953611001614>

Malterud. K (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Manser Tanja, PhD, Associate professor SNSF^{a,*}, Foster, Simon, Research Associate^b. *Effective handover communication: An overview of research and improvement efforts*.

Review. Best Practice & research. Clinical Anaesthesiology 2011. Pubmed.gov.

Tilgjengelig fra : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21550543/>

Molven, O. 2012. Helse og Jus. Oslo: Gyldendal, 2012.

Narcarrow, Susan A. and Borthwick, Alan M. *Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce*. Socialology of health & illness 2005.

Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1467-9566.2005.00463.x>

Nasjonal kompetansetjeneste i dekontaminering. [Nettside](#).

Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-dekontaminering/nasjonal-kompetansetjeneste-for-dekontaminering->

NAV.no *Årlig bedriftsundersøkelse 2018*.

Tilgjengelig fra: <https://www.bing.com/search?q=nav+bedriftsunders%C3%B8kelse&src=IE-SearchBox&FORM=IESR3A>

Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning. NIFU-rapport;2017-22

Tilgjengelig fra: <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/handle/11250/2461007>

Nordby, H (2009) *Kommunikasjon og ledelse*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Norsk sykepleierforbund (NSF). *Faglig forsvarlighetshefte April 2018*.

Tilgjengelig fra:

https://www.nsf.no/Content/3851110/cache=20181604104115/NSF%20Forsvarlighetshefte-april_2018..pdf

Orvik A (2015). *Organisatorisk kompetanse, innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Pettersen, I.J. Magnussen J. Nyland, K. Bjørnenak, T. (2008) *Økonomi og helse*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Rebecka Normann. *Arbeidsbetingelser, kvalitet og pasientsikkerhet i kommunal helse-og omsorgstjenester 2016*.

Tilgjengelig fra:

http://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjW_vf tvJ3qAhUEXysKHSOzDkUQFjABegQIAxAB&url=http%3A%2F%2Fomsorgsforskning.no%2Fcontent%2Fdownload%2F51318%2F1057402%2Ffile%2FRebecka%2520Norman.pdf&usg=AOvVaw2UEQMgP_OX4DdPIbt05p_W

Regjeringen.no. *Deltas Fagarena om oppgavedeling i sykehus.2014* Innlegg av statssekretær Anne Grethe Erlandsen.

Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/deltas-fagarena-om-oppgavedeling-i-sykeh/id750716/>

St.melding 7. *Nasjonal helse –og sykehusplan 2020-2023*.

Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/?ch=1#kap1-1>

Statsbudsjettet.no. *Sykehusøkonomi 2020*

Tilgjengelig fra: <https://www.statsbudsjettet.no/Statsbudsjettet-2020/Statsbudsjettet-fra-A-til-A/Sykehusokonomi/?department=HOD#artikkel>

Strand, Todd. *Ledelse, organisasjon og kultur. 2001*. 2.utgave. 4 opplag 2015. Fagbokforlaget.

Sykehusinnkjøp HF. *Om oss*.

Tilgjengelig fra <https://sykehusinnkjop.no/om-oss>

Sykepleien.no (2019) *Helseminister Bent Høye: -Sykepleierne skal ikke fungere som leger*.

Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2019/08/hoie-sykepleierne-skal-ikke-fungere-som-leger>

Sykepleien.no (2019). *Helseminister Bent Høye:- Sykepleiermangelen haster mest*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2019/06/bent-hoie-sykepleiermangelen-haster-mest>

Sykepleien.no (2016) Hva er autonomiens grenser? Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2016/11/hva-er-autonomiens-grenser>

Tjora A (2018) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 3. utg.

Verdens helseorganisasjon (WHO). *Decontamination and reprocessing of Medical devices for Health-care Facilities 2016*. Tilgjengelig fra:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250232/9789241549851-eng.pdf;jsessionid=38A451AFB22F64162B8934D90DBD5C00?sequence=1>

Verdens Helseorganisasjon (WHO). *First Global Conference on Task Shifting 2008*.

Tilgjengelig fra:

http://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjW_vftvJ3qAhUExYsKHSOzDkUQFjABegQIAxAB&url=http%3A%2F%2Fomsorgsforskning.no%2Fcontent%2Fdownload%2F51318%2F1057402%2Ffile%2FRebecka%2520Norman.pdf&usg=AOvVaw2UEQMgP_OX4DdPIbt05p_W

Wifstad, Å (2018) *Vitenskapsteori for helsefagene*. Oslo: Universitetsforlaget.

Yrkesbeskrivelse Helsefagarbeider. Tilgjengelig fra:

<https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/helsefagarbeider>.

Forespørsel: Vil du delta i forskningsprosjektet

” Hvilke erfaringer har helsepersonell i spesialisthelsetjenesten med oppgavedeling til ikke helsepersonell i sykehusets sterilforsyningskjede”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få en bredere forståelse for hva som ligger bak de vurderinger helsepersonell gjør når en overleverer oppgaver til ikke helsepersonell. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet

Hensikten med masteroppgaven er å få en bredere forståelse for hva som ligger bak vurderingen helsepersonell gjør når de overlater oppgaver til ikke helsepersonell. Erfaringskunnskap skulle jeg tro spiller en stor rolle og sett i relasjon til forskrift om ledelse og kvalitetsforebring i helse og omsorgstjenesten er viktigheten av å blant annet kunne identifisere risiko i grenseoppganger ikke bare lovpålagt men også et tidsriktig og nasjonalt tema. Sett i relasjon til sykehusets strategi og organisasjonsmodell håper jeg å kunne oppdage de erfaringene som ligger til grunn ved oppgavedeling jmf. tematikken men også og om vi er oppmerksom nok som organisasjon inn mot oppgavegliding mellom helsepersonell og ikke helsepersonell, sett i et personal- og pasientsikkerhetsperspektiv og i et kompetanseperspektiv.

Problemstilling og forskningsspørsmålene er som følge:

Problemstilling: Hvilke erfaringer har helsepersonell i spesialisthelsetjenesten med oppgavedeling til ikke helsepersonell i sykehuset sterilforsyningskjede?

Forskningsspørsmålene min er som følge:

- ✓ Hvilke type oppgaver overleveres fra helsepersonell til ikke helsepersonell i sterilforsyningskjeden?
- ✓ Hvilke vurderinger (forhåndskontroll) utføres for å sikre forsvarlighet i oppgaveoverføring fra en høyspesialisert profesjon til en yrkesgruppe med lavere utdanningskrav?
- ✓ Opplevs det effekt av oppgavedelingen og hvilke effekter snakker vi om da?
- ✓ Hvilke faktorer opplevs å fremme eller hemme oppgavedelingen?
- ✓ Har forsvarlighetsbegrepet ulik betydning mellom disse to yrkesgruppene?
- ✓ Har helsepersonell mistet noe vesentlig av faget etter år med oppgavedeling? Har en fått tilbake «noe» med større verdi?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Forskningsprosjektet er Masteroppgaven i regi av Universitetet i Bergen (UIB). UIB er ansvarlig for prosjektet. Prosjektet skal gjennomføres på Haukeland universitetssjukehus.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget som trekkes ut har kjennskap til oppgavene i Sterilforsyningssløyfen. Helsepersonell og ikke helsepersonell deltar. Utvalget trekkes ut av leder av de enhetene som er ønskelig at deltakelse gjelder overfor. Til sammen max.14 personer fordelt på spesialsykepleiere, assistenter/ sterilforsynings-teknikere og to ledere. Ledere får informasjon om forskningsprosjektet og trekker ut aktuelle kandidater. Disse får invitasjon sammen med samtykkeskjema.

Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg har valgt kvalitativ metode med fokusintervju og deltakende observasjon. Det er erfaringer fra oppgavedeling fra de ulike yrkesgruppene som er gjeldende. I fokusintervjuet vil jobb mobil benyttes og data derfra vil fortløpende bli transkribert og lagret på arbeids pc og på min H:disk. I delen om deltakende observasjon vil jeg benytte notatblokk. Alle deltakere vil få informasjon om hva deres deltakelse vil innebære. Opptak vil bli slettet når oppgaven er ferdig bestått.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Det er kun jeg som intervjuer og prosjektleder som har tilgang til intervjumateriale.
- Det vil ikke bli aktuelt med personnavn eller andre personlige opplysninger. Kun arbeidstittel vil det kunne bli referert til.
- Helse Vest IKT har gitt opplysning om at jeg kan benytte min H: Disk tilhørende Haukeland universitetssjukehus som lagringsplass inntil masteroppgaven er godkjent.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 17. juni 2020. Alle opplysninger vil bli slettet etter denne dato.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- June Aksnes, mastergradsstudent. Arbeidssted: Kirurgisk serviceklinikk, Haukeland universitetssjukehus June.aksnes@helse-bergen.no telefon: 90681780
- Veileder: Inger Lise Teig. Førsteamanuensis UIB. Telefon 92228106

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.
- Personvernombud ved UIB Janecke Helene Veim; Janecke.Veim@uib.no telefon: +4755582029

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Mastergradstudent

Inger Lise Teig

June Aksnes

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet” Hvilke *erfaringer har helsepersonell i spesialisthelsetjenesten med oppgavedeling til ikke helsepersonell i sykehusets sterilforsyningskjede*”?

og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusintervju
- å delta i observasjonsstudiet

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide – semistrukturerte intervju

Hvilke erfaringer har helsepersonell i spesialisthelsetjenesten med oppgavedeling til ikke helsefaglig personell ?

Generelt om oppgavedeling

- Hvilke type oppgaver overleveres fra helsepersonell til ikke helsepersonell i sykehusets sterilforsyningskjede?
- Hvor stort er omfanget?
- Planlegger dere mer oppgavedeling?
- Hva planlegges?
- Hvilke opplæring gis fra helsepersonell til ikke helsepersonell ved f.eks. innfasing av nytt utstyr?
- Vil dere si at oppgaveoverlevering er mer tillitsbasert enn systembasert?
- Er de forskjell på oppgaver som gis fra helsepersonell til ikke faglig helsepersonell?
- Graderes oppgavene på noen som helst måte (lett-vanskelig-uaktuell)
- Hvilke oppgaver overleveres **ikke**?
- Utfører medhjelper vedlikehold på utstyr?
- Hvilke type vedlikehold?
- Hvilke erfaringer har dere med at medhjelper utfører f.eks.montering.
- Har helsepersonell kjørt en risikovurdering før igangsetting av oppgavedeling? Opplever dere at dere tar beslutninger som angår pasientsikkerheten?
- Har det utviklet seg et avhengighetsforhold mellom medhjelper og helsepersonell? Kan helsepersonell når tid som helst ta tilbake oppgaver i sterilforsyninga?
- Hvilke risiko utgjør et ikke rett montert utstyr?
- Hvilken kode benyttes for å oppfatte behov for vedlikehold?
- Hender det at en utfører oppgaver uten tilstrekkelig kompetanse?

Hvilke vurderinger utføres for å sikre faglig forsvarlighet i oppgaveføring fra en høyspesialisert profesjon til en yrkesgruppe med lavere utdanningskrav?

- Hvorfor oppgavedele?
- Dersom helsepersonell har en oppgave (eller flere) som dere anser at andre kan overta, hvordan går dere frem for å belyse at denne oppgaven kan sterilforsyningstekniker og/eller assistenter ta? Kan dere beskrive dette?
- Hvordan skjer kompetanseoverføringen fra hp til ihp?
- Hvilke vurderinger tas av helsepersonell før oppgaveoverføring? Faglig motivert? Økonomisk motivert? Annet?
- Vil dere si at oppgavedeling er systematisert på noen måte? Finnes det en plan i fagsystemer for hvordan en går frem for å sikre kvalitet i alle ledd ved oppgavedeling?
- Evalueres og korrigeres oppgavene/tiltakene jevnlig
- Er faglige kvalifikasjoner avgjørende for oppgavedeling eller er det det personlige som er av betydning eller annet?

- Når skjer det oppgavedeling f.eks. ved travelhet, knapphet på tid, etter en felles vurdering?
- Opplever en at oppgaver bli gjort med lavere kvalitet? Hva skjer da? Risiko?
- Ser dere etter spesielle egenskaper hos den/de som skal overta oppgaven eller kan hvem som helst overta?
- Dersom det er avvik i synergi- der både helsepersonell og ikke helsepersonell er involvert, hvordan går dere frem for å identifisere hva som er galt? Har dere noen felles samling der dere diskuterer hendelser oppstått i ulike oppgaveoverganger? Skjer det i dialogform eller tar hp ansvaret selv eller hva?
- Hvor langt/nært vil dere slippe medhjelper inn til pasienten?
- Opplever medhjelper å ha innflytelse på evt. ønske om endring eller gode råd? Hvordan da?

Oppeves det effekt av oppgavedeling og hvilke effekter snakker vi om?

- Hvordan opplever dere at dere har god effekt av en oppgavedeling?
- (hvis ja, Hvilke egenskap da?)
- Anses ikke helsefaglig personell som et fullverdig medlem av operasjonsteamet?
- Involveres alle i et brieferteam?

Hvilke faktorer fremmer hemmer oppgavedeling?

- Kan språk hemme?
- Har dere et «Stammespråk»?
- Opplever det å være en liten eller stor forskjell på de som har fagskole enn de uten?
 - (hvis ja, hvilke forskjeller da?).
- Blir det mye plunder og heft på operasjonsstue som kan relateres til sterilforsyning? Hva tenker en da?
- Væremåte, mangel på initiativ, mangel på forståelse?
- Ønske om ending eller ikke ønske om endring?
- Opplever en en risiko for at viktige observasjoner kan gå tapt ved oppgavedeling?

Oppeves forsvarlighetsbegrepet å ha en annen betydning for helsepersonell enn for ikke helsefaglig personell?

- Hvilken betydning har begrepet forsvarlighet?

Opplever helsepersonell å ha mistet noe vesentlig av faget etter år med erfaringer med oppgavedeling- har en fått noe mer av verdi tilbake?

- Er oppgavedeling et nødvendig?
- Hvordan da?
- Blir vi bedre av oppgavedeling på tvers av yrkesbakgrunn eller blir vi dårligere?
- Er det krevende med oppgavedeling fra hp til ihp? evt. hvorfor?

NSD Personvern

23.12.2019 09:39

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 885644 er nå vurdert av NSD. Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 23.12.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD.

Behandlingen kan starte. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 17.06.2020. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NB! Eventuelle unntak må begrunnes og hjemles. (omtale art. 21-22 hvis aktuelt). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). Haukeland universitetssjukehus er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp underveis og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/ pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Ina Nepstad Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1).