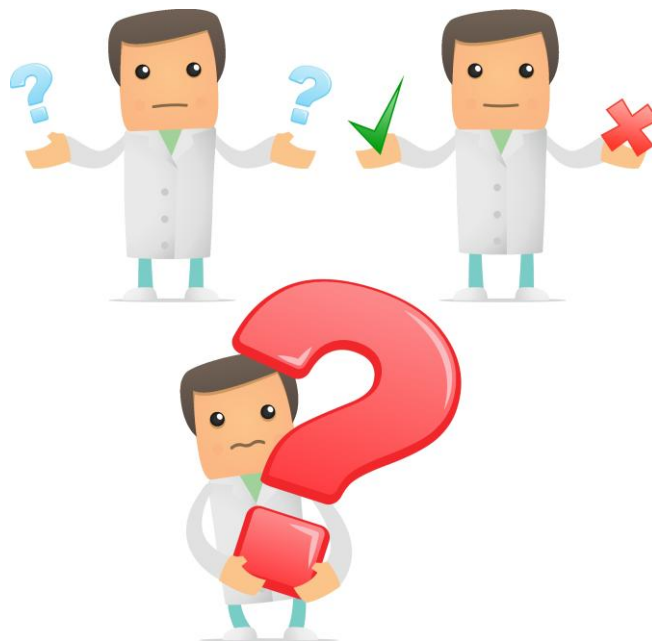




HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

Medicens rolle på et IMR-fartøy



Bacheloroppgave utført ved
Høgskolen Stord/Haugesund, utdanning

Av: Veronica Almeland (Kandidatnummer: 8)
Ester Tomine Gunvaldsen (Kandidatnummer: 4)

Dette arbeidet er gjennomført som ledd i bachelorprogrammet i økonomi og administrasjon ved Høgskolen Stord/Haugesund og er godkjent som sådan. Godkjennelsen innebærer ikke at HSH inntår for metodene som er anvendt, resultatene som er fremkommet og konklusjoner og vurderinger i arbeidet.

Bacheloroppgavens tittel: Medicens rolle på et IMR-fartøy

Veronica Almeland

Ester Tomine Gunvaldsen

(Sign)

(Sign)

Navn på veileder: Idar Alfred Johannessen

Gradering: *Offentlig*

Forord

Studenter ved Høgskolen Stord/Haugesund skal, som en del av utdanningen, skrive en Bacheloroppgave i 6. semester. Oppgaven har et omfang av 15 studiepoeng og studentene må jobbe i grupper opptil tre personer. Vi er en gruppe på to studenter som studerer økonomi og administrasjon med fordypning innen ledelse, organisasjon og strategi. Oppgaven ble påbegynt høstsemesteret 2013, men hovedvekten av arbeidet ble utført vårsemesteret 2014. Oppgaven ble ferdigstilt 13. mai 2014.

Vår oppgave handler om våre tolkninger av medicens rolle på offshorefartøy.

Problemstillingen til oppgaven er: *Møter medicen motstridende krav og forventninger i arbeidshverdagen, og hvordan håndteres disse?*

Vi vil takke vår vertsbedrift for god hjelp og samarbeidsvilje, samt vil vi takke medicene som tok seg tid til å intervjues. Vi vil også takke vår veileder Idar Alfred Johannessen for god veiledning og kritikk underveis i prosessen.

Haugesund, mai 2014

Sammendrag

Medicen på et IMR-fartøy er ansatt som sykepleier og HMS-rådgiver. Som sykepleier har medicen ansvar for blant annet hospitalet og behandling av pasienter. I HMS-rådgiverrollen skal han være en pådriver for sikkerheten om bord. I tillegg fungerer han som sekretær, der han skriver referater og avviksrapporter. I noen situasjoner overlapper de to rollene hverandre. Da kan medicen møte motstridende forventninger.

Vi har valgt å kalle denne oppgaven "Medicens rolle på et IMR-fartøy", hvor vi ønsket å se på hvilke forventninger medicen møter, og hvordan han håndterer disse. Vi valgte å intervjuene fire mediser fra Haugaland HMS. Deretter analyserte vi intervjuene, og så etter hvilke forventninger de møtte fra de ulike partene om bord.

Oppgaven er delt inn i seks kapitler: innledning, metode, teori, datapresentasjon, dataanalyse og konklusjon. I innledningskapittelet sier vi noe om bakgrunn for valg av oppgave og presenterer vår problemstilling. I metodekapittelet beskriver vi hvilken metode vi har benyttet for å innhente data, før vi i teorikapittelet beskriver relevante teorier. Deretter har vi datapresentasjonen som er en oversikt over datamaterialet. I dataanalysen drøfter vi disse dataene i sammenheng med egne hypoteser, teori og andre forskeres studier. I konklusjonen besvarer vi oppgavens problemstilling, samt kommer med forslag om videre forskning.

I intervjuene kom det fram at medicen kan møte motstridende forventninger. Alle medicene var tydelige på at de prioriterte rollen som sykepleier. De var også opptatt av sikkerhet, og la frem at jo bedre jobb de gjorde med sikkerhet, desto mindre ville de ha å gjøre som sykepleier. Et fartøys statistikk over skader og avvik er avgjørende for fremtidige oppdrag. I noen situasjoner kan medicen ha valgmuligheter når det gjelder behandlingen av en pasient. Den ene behandlingen kan være bedre for pasienten, mens den andre gir bedre statistikk. Da kan medicen komme i en tvilsituasjon og må vurdere hvilke valg han skal ta. De la tydelige frem at valget aldri vil gå utover profesjonen som sykepleier, men at de inngår kompromisser hvis det ikke går utover pasienten.

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Sammendrag	4
Figurliste	7
1. Innledning	8
1.1 <i>Bakgrunn for valg av oppgave</i>	8
1.1.1 Kompleksiteten på et IMR-fartøy	8
1.1.2 Medicens rolle	9
1.2 <i>Problemstilling</i>	9
1.2.3 Haugaland HMS	10
1.3 <i>Disposisjon - oppbyggingen av oppgaven</i>	10
2. Metode	11
2.1 <i>Valg av metode</i>	11
2.2 <i>Action Science</i>	11
2.2.1 Vår erfaring med Action Science	12
2.3 <i>Intervju</i>	12
2.3.1 Datainnsamling	13
2.3.2 Dataanalysen	13
2.3.3 Vår erfaring med intervju	13
3. Teori	15
3.1 <i>Roller</i>	15
3.1.1 Rollekonflikter	15
3.1.2 Rolletvetydighet	16
3.1.3 Rolleoverbelastning:	16
3.2 <i>Profesjoner</i>	17
3.2.2 Identitet	17
3.2.3 Profesjon og skjønn	17
3.2.4 Profesjon og tillit	18
4. Datapresentasjon	20
4.1 <i>Bakgrunnen til medicene</i>	20
4.2 <i>Medicens roller</i>	20
4.3 <i>Forventninger til rollen</i>	21
4.3.1 Forventninger til rollen som offshoresykepleier	22
4.3.2 Forventninger til rollen som HMS-rådgiver	25
4.3.3 Andre forventninger til medicen	29
4.4 <i>Medicens prioriteringer</i>	30
5. Dataanalyse	31
5.1 <i>Rolletvetydighet</i>	31
5.2 <i>Rolleoverbelastning</i>	32
5.3 <i>Tillit til medicens kompetanse</i>	32
5.4 <i>Taushetsplikt</i>	33
5.5 <i>Eksempler på rollekonflikter</i>	34
5.5.1 Optimal versus god behandling	34
5.5.2 Brudd på prosedyrer	35
5.6 <i>En rolle i utvikling?</i>	37
5.6.1 Konflikt mellom operasjonelt og maritimt mannskap	37
5.6.2 Coaching av en dekkformann	38
6. Konklusjon	41

6.1 Forslag til videre forskning.....	42
7. Litteraturliste	43
8. Vedlegg.....	45
8.1 Intervjuguide.....	45

Figurliste

<i>Figur 1: Organisasjonskart IMR fartøy. Gjort tilgjengelig av Idar A. Johannessen.</i>	<i>9</i>
<i>Figur 2: Medicens roller</i>	<i>21</i>
<i>Figur 3 Medicens interessenter.....</i>	<i>22</i>

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av oppgave

I oktober 2013 arrangerte HSH et bachelormøte for økonomi- og administrasjonsstudentene. Der ble vi presentert for medisen på IMR-fartøy, en rolle vi aldri hadde hørt om. En medic er offshoresykepleier og HMS-rådgiver om bord, der HMS står for helse, miljø og sikkerhet. Det første vi tenkte da vi hørte om medicens ulike roller, var at det kunne være muligheter for rollekonflikter.

Det er ingen egen utdanning for mediser, men HSH forbereder for tiden en videreutdanning for sykepleiere som ønsker å arbeide offshore. I tillegg har HSH forskningsprosjekter, der mediser er blitt studert. Vår fascinasjon over offshorebransjens kompleksitet, samt medicens ulike roller, var bakgrunnen for at vi valgte å skrive vår bachelor basert på deres posisjon på fartøyet.

1.1.1 Kompleksiteten på et IMR-fartøy

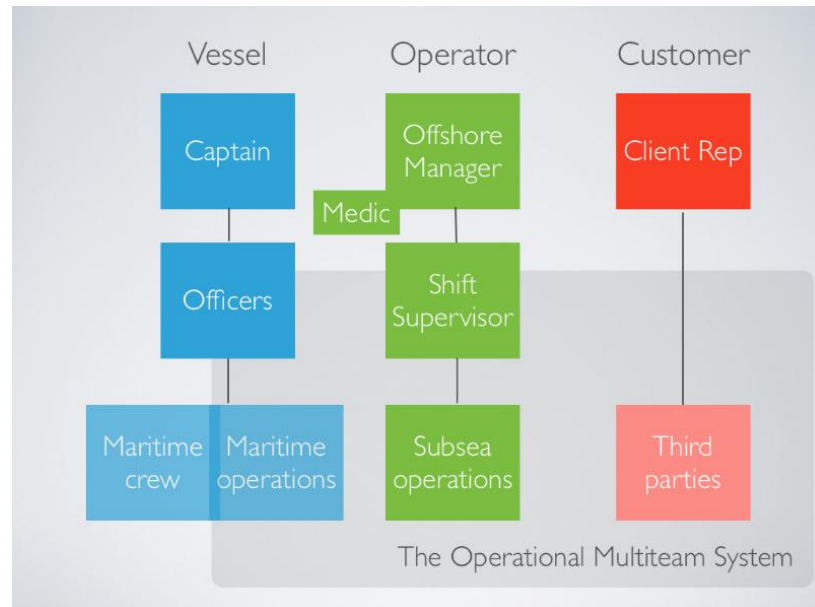
I 1969 ble det gjort et gigantisk oljefunn utenfor Norskekysten. To år senere startet oljeproduksjonen, og Norge ble for alvor en oljenasjon. I dag er oljenæringen landets viktigste næring (Norsk olje og gass, 2010).”Denne infrastrukturen krever inspeksjon, vedlikehold og reparasjon, også kjent som IMR operasjoner. (...) IMR-fartøy er spesialiserte fartøy med høy teknologi og strenge sikkerhetstiltak” (Johannessen, McArthur & Jonassen, 2014, s. 8).

Ifølge Johannessen et al. (2014) er et IMR oppdrag et samarbeid mellom flere selskap. Et oljeselskap fungerer som klient, og lager en kontrakt med et operasjonelt firma, som igjen ansetter et IMR fartøy med kaptein og mannskap. I tillegg kan det være ”tredjepartsfirma” om bord. De er ansatt direkte av oppdragsgiver, og fungerer som profesjonelle støtteteam på ulike stadier av operasjonen.

Ifølge Johannessen¹ er organisasjonskartet til et IMR-fartøy delt opp i ulike hierarkier (se figur 01). Rederiet har et hierarki med kapteinen som øverste leder for det maritime mannskapet og ansvarlig for sikkerheten. Det operasjonelle hierarkiet har Offshore Manager på toppen, og han har ansvaret for det operasjonelle mannskapet. Under en

¹ Idar A. Johannessen, Førstelektor ved Høgskolen Stord/Haugesund, veiledningsmøte 22.04.14

operasjon blir hele organisasjonskartet endret. Da trer Shift Supervisor opp som øverste leder, og han får ansvar over både de operasjonelle og deler av de maritime operasjonene. Det er også alltid en representant for klienten om bord, som ligger utenom de andre to hierarkiene. Medicen ligger som en støttefunksjon under kaptein og Offshore Manager.



Figur 1: Organisasjonskart IMR fartøy. Gjort tilgjengelig av Idar A. Johannessen.

1.1.2 Medicens rolle

Medicens rolle på et IMR-fartøy, er som sagt, delt i to. Som offshoresykepleier har de ansvaret for hospitalet om bord, samt den eventuelle medisinske behandlingen. I rollen som HMS-rådgiver tar de sjekkerunder på dekk, og ser at arbeidet blir utført etter prosedyrene. I tillegg fungerer de som en sekretær for Offshore Manager da de skriver referat fra morgenmøtene, samt fører avvik. De har også ansvaret for å holde førstehjelpsundervisning om bord.

En typisk arbeidsdag for medicen starter med å gå til hospitalet for å sjekke om de har fått e-post med nye oppgaver eller for å sjekke om de har fått svar på henvendelser. Hver morgen har de et fast møte, der agendaen kan være; sikkerhet, operasjon, været, helse og statusen på de ulike firmaene som er med på operasjonen. I tillegg har de faste sjekkerutiner. Medicens rolle er flytende, så oppgavene varierer en del fra dag til dag.

1.2 Problemstilling

Oppgaven vår er basert på et forslag vi ble presentert på bachelormøtet i oktober.

Forslaget innebar å se på utviklingen til medicen, fra å være en offshoresykepleier til en

større rolle som HMS-rådgiver. Med utgangspunkt i dette, samt vår egen tolkning av rollen, formulerte vi følgende problemstilling;

"Møter medisen motstridende forventninger og krav i sin arbeidshverdag, i så fall, hvordan håndteres disse?"

Hensikten med problemstillingen er å undersøke om medisen møter konflikter mellom de ulike rollene. Vi ønsker å undersøke kompleksiteten i medicens arbeidshverdag, og se på hans samspill med det operasjonelle og maritime mannskapet.

1.2.3 Haugaland HMS

Veilederen vår, Idar A. Johannessen, tipset oss om å se på mediser ved Haugaland HMS, som er et selvstendig selskap i International SOS Norway Medical Services (Haugaland HMS, 2014). Haugaland HMS leverer tjenester innen offshore/medsite, HMS-konsulenter og bedriftshelsetjeneste.

Vi inviterte så inn til en gruppesamtale, der både mediser og andre informanter fra vertsbedriften var til stede. Bakgrunnen for samtalen var å bli bedre kjent med arbeidshverdagen til medisen, samt for å selge inn idéen om bacheloroppgaven vår. Vi fikk positive tilbakemeldinger, og de sa ja til å være vår vertsbedrift. De begrunnet avgjørelsen med at de synes det er positivt å være til hjelp for studenter.

1.3 Disposisjon - oppbyggingen av oppgaven

Oppgaven starter med et kort forord før vi i kapittel 1 presenterer bakgrunn for valg av oppgave, samt gjøre kort rede for; kompleksiteten på et IMR-fartøy og medicens rolle. I tillegg forklarer vi valget av problemstilling og hvordan vi fant vår vertsbedrift. Videre i kapittel 2 vil vi presentere hvilken metode vi har benyttet, samt forklare hvorfor. I kapittel 3 presenterer vi teorier vi bruker i den videre analysen. I kapittel 4 presenterer vi funnene fra de kvalitative undersøkelsene, før vi i kapittel 5 ser på dem i forhold til teorien, egne hypoteser og andre forskeres studier. I kapittel 6 kommer avslutningen. Vi begynner med noen kritiske tanker om eget prosjekt, før vi besvarer problemstillingen i konklusjonen. Vi vil også legge frem noen forslag til videre forskning på området.

2. Metode

2.1 Valg av metode

Metode kommer fra det greske ordet *methodos*, som betyr å følge en bestemt vei mot mål (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2011). Hensikten med samfunnsvitenskapelig metode er å få tak i informasjon, og om hvordan denne informasjonen kan analyseres og tolkes. Metodelæren skiller mellom den kvantitative og den kvalitative metode (Johannesen et al., 2011). Kvantitativ metode dreier seg i hovedsak om tall og statistiske verktøy, mens den kvalitative metode henter inn data i form av lyd, bilde og tekst.

For å besvare vår problemstilling, velger vi å ta i bruk en kvalitativ metode. Ifølge Johannessen et al. (2011) er det i utgangspunktet to måter å samle inn kvalitative data på: gjennom observasjon eller intervjuer. Gjennom observasjon er dataene et resultat av forskerens tolkning av handlinger i ulike situasjoner, og i intervjuer er dataene et resultat av hva informantene sier. Det er også kvalitative undersøkelser hvor informantene blir bedt om å skrive en større eller mindre tekst.

2.2 Action Science

Yin (2007) definerer casestudier slik: "En casestudie er en empirisk undersøkelse som studerer et aktuelt fenomen i dets virkelige kontekst fordi grensene mellom fenomenet og konteksten er uklare" (sitert Johannessen et al., 2011, s. 221). Styrken til casestudier er dybde. Du får tilgang til mye detaljkunnskap innenfor et spesielt case. Hvis du ønsker en grundig forståelse av et fenomen, hva som forårsaker det, hvordan du kan forhindre det, og så videre, bør du gjøre casestudier (Flyvbjerg, 2011).

Utgangspunktet for vår oppgave var at vi skulle se på hvilke utfordrende samtaler en medic opplever, der vi skulle bruke en casemetodikk kalt *Action Science*. *Action Science* gir oss øyeblikksbilder av situasjoner, der vi får kjennskap til hva personene sier og tenker. Vi kan dermed se etter systematiske forskjeller mellom det vi tenker og det vi sier. Så vidt vi vet er det ingen som har forsket på dette tidligere. Ifølge Yin (2007, sitert Johannessen et al., 2011, s. 221) er casestudier eksplorative. De kan derfor være nyttige å bruke på nye forskningsområder. Metoden fokuserer primært på å identifisere og løse vanskelige og komplekse problemer i organisasjoner og samfunn. Den gjelder for enhver form for menneskelig relasjoner, enten organisatorisk, gruppe, eller

mellommenneskelige sammenhenger der enkeltpersoner samarbeider om utfordrende oppgaver (Action Science, 2007).

2.1.1 Vår erfaring med *Action Science*

Vi inviterte informantene til å skrive egne case, om en utfordrende samtale de hadde opplevd, der de gjorde sitt beste, men ikke nådde helt frem. Vi ba dem om å skrive en kort innledning med bakgrunnsstoff for samtalen, samt et lite utdrag av dialogen i samtalen, den delen de selv mente var avgjørende. Ved å dele arket i to, skulle de skrive dialogen i høyre spalte, og hva de tenkte og følte, men ikke sa, i venstre spalte. Vi ba dem også forklare hva de syntes var vanskelig med samtalen, og hvordan de ønsker den hadde endt. Planen videre var å analysere casene, og komme med tips og råd for hva de kunne gjort, som kanskje kunne gitt samtalen et bedre utfall.

Dessverre gikk det ikke helt etter planen, og vi fikk negativ respons fra medicene når det gjaldt caseskriving. Det virket som om de syntes det var vanskelig å finne konkrete eksempler, som ikke var taushetsbelagt. Vi ble begge skuffet da vi fikk denne responsen, men vi valgte å se på det som en læringssituasjon. Hva kunne vi gjort annerledes som kanskje kunne gjort medicene villige til å skrive case? Vi hadde et møte med to av medicene før jul der vi kort forklarte hva *Action Science* gikk ut på. I tillegg sendte vi ut en e-post til mediser i nærområdet, der vi forklarte saken og inviterte dem til å delta. I ettertid tror vi nok at vi burde møtt alle ansikt til ansikt. Slike case kan være personlige, der forfatteren viser seg selv i en vanskelig situasjon, og det kan dermed være unaturlig å dele slik informasjon med helt ukjente personer. I tillegg var dette vårt første forsøk på å forklare en slik casemetodikk overfor andre. Med mer erfaring kunne vi nok forklart det på en bedre måte, som igjen kunne resultert i at det hadde vært lettere for medicene å komme med aktuelle case.

2.3 Intervju

Etter det mislykkede forsøket på *Action Science* fant vi fort motivasjonen igjen, og laget en plan b: Intervju. Vi hadde stor tro på at også denne metoden kunne gi oss de ønskede dataene. Ifølge Johannessen et al. (2011) er intervju en fleksibel måte som kan gi fylldige og detaljerte beskrivelser. Det gir informanten muligheten til å uttrykke seg mer fritt enn det et spørreskjema tillater. Vi ønsket også at informantene skulle komme med eksempler på hendelser de hadde opplevd, og det er heller ikke noe et spørreskjema tillater.

2.3.1 Datainnsamling

Da vi skulle utforme intervjuguiden hadde vi ulike tilnærminger å velge mellom. Johannesen et al. (2011) beskriver tre ulike former for intervjuer: Ustrukturert, semistrukturert og strukturert. I et ustrukturert intervju er det ingen intervjuguide. Forskeren oppgir et tema, og spørsmålene tilpasses den enkelte intervjusituasjonen. Et semistrukturert intervju har en overordnet intervjuguide, men rekkefølgen på spørsmålene kan variere. Et strukturert intervju har fastlagte spørsmål med svaralternativer som forskeren krysser av for.

Vårt utgangspunkt var å bruke en semistrukturert tilnærming. Vi laget en intervjuguide med en liste over temaer og generelle spørsmål. Vi la også til underspørsmål til de ulike teamene for å oppmuntre informanten til å komme med mer utdypende informasjon. Intervjuguiden hadde en bestemt rekkefølge på spørsmålene, men den ble endret dersom det ble naturlig i løpet av intervjuet.

Under intervjuene var vi begge til stede. Den ene stilte spørsmål, mens den andre observerte og kom med eventuelle oppfølgingsspørsmål underveis. Alle intervjuene ble tatt opp på lydband til dokumentasjon. Utvalget vårt besto av 4 informanter, og hvert av intervjuene varte mellom 1 – 1,5 time. Med tanke på at medicene fra Haugaland HMS er et lite miljø, håper vi at 4 informanter ville være tilstrekkelig for å kunne håndtere vår problemstilling på en god måte. I tillegg var intervjuene forholdsvis lange, så vi fikk mye informasjon fra hver informant.

2.3.2 Dataanalysen

Etter at intervjuene var gjennomført, renskrev vi dem. Vår veileder kom med gode råd for hvordan vi skulle trekke ut essensen av dataene våre. Vi hadde en god del overflødig informasjon, og ble enige om å se etter hvilke forventninger og krav som ble stilt til medicen i de ulike uttalelsene. Siden forventninger og krav avgjør hvilken rolle medicen befinner seg i, var dette et godt utgangspunkt for den videre analysen av rollekonflikter i dataanalysen.

2.3.3 Vår erfaring med intervju

En svakhet med vår oppgave er antallet informanter. Ifølge Johannesen et al. (2011) er det ikke noe fasitsvar på hvor mange intervjuer en trenger. En regel er at en

gjennomfører intervjuer til det ikke kommer noen ny informasjon. Det klarte vi ikke i denne oppgaven. Det er flere årsaker til at vi ikke tok inn flere informanter. For det første fikk vi mindre tid til intervjuene, siden vi i starten brukte mye tid på *Action Science*. Vi skulle gjerne tatt inn flere, men noen takket nei, andre var utreist. I tillegg er det ikke så mange mediser som bor i nærområdet.

En annen svakhet med vår oppgave er at informantene kan være noe tilbakeholden med informasjonen de deler. De fleste bacheloroppgaver er rettet mot offentlig publikasjon og full åpenhet. Informantene kan derfor føle et press fra arbeidsgiver om ikke å dele informasjon som kan sette organisasjonen eller dens samarbeidspartnere i et dårlig lys. Vi har inntrykk av at medicene var ærlige mot oss, men går ut fra at de nok i noen tilfeller kan ha "pyntet litt på sannheten". En annen forklaring, er selvsagt taushetsplikten. Medicene var veldig forsiktige med hva de delte av eksempler som omhandlet pasienter. Noen av eksemplene de delte med oss i intervjuene, vil heller ikke bli tatt med i oppgaven, nettopp på grunn av taushetsplikt.

I tillegg var intervjuerrollen ny for oss begge. Vi hadde ikke noen tidligere erfaring med å intervjuer, og må derfor innrømme at vi var nervøse. Det kan ha vært en faktor som gjorde at vi ble veldig opptatt av å følge intervjuguiden, spesielt i de første intervjuene. Når vi i ettertid leser gjennom intervjuene, ser vi at det er steder der informanten nevner noe viktig, og vi burde stilt et oppfølgingsspørsmål, men i stedet gikk vi bare videre til neste spørsmål.

3. Teori

I dette kapittelet vil vi se på relevant teori i forhold til problemstillingen. Kapittelet er delt inn i to hoveddeler med tilhørende underkapitler. Først vil vi definere begrepet "rolle", før vi går inn på ulike typer rollekonflikter. Den andre hoveddelen er profesjoner. Vi vil der se på begrepene skjønn, tillit og identitet i sammenheng med profesjoner.

3.1 Roller

En persons rolle tilsvarer summen av de forventningene som er rettet mot personen. Rollen kan tildeles ut fra personens posisjon i en organisasjon. Aktørene som samspiller med rolleinnhaveren, rollegruppen, er de som kommuniserer forventningene til rollen. Rollegruppen kan bestå av kollegaer, familie, ledelsen, kunder osv. (Kaufmann & Kaufmann, 2011).

Når en person lærer sin rolle, går han/hun gjennom en rolleepisode. Ifølge Kaufmann & Kaufmann (2011) har denne fire stadier:

1. Rollegruppen har forventninger til rolleinnhaveren.
2. Rollegruppen kommuniserer forventningene til rolleinnhaveren.
3. Rolleinnhaveren tolker forventningene.
4. Rolleinnhaverens tolkning av forventningene påvirker hans/hennes handlinger.

Kaufmann & Kaufmann (2011) beskriver roledifferensiering vil si de ulike funksjonene gruppe medlemmene har i et team eller en organisasjon. En kan ha rollen som leder, en annen som oppgaveorientert, en tredje som er relasjonsorientert osv.

3.1.1 Rollekonflikter

Rollekonflikter kan oppstå når rolleinnhaveren får motstridende forventninger rettet mot seg. Det er en tilstand av usikkerhet og spenning. Kaufmann & Kaufmann (2011) deler rollekonflikter inn i fire typer: intrasender-rollekonflikt, intersender-rollekonflikt, interrollekonflikt og personrollekonflikt.

Intrasender-rollekonflikt: En person sender to motstridende budskap til en rolleinnhaver. Forventningene som stilles til rolleinnhaveren er uforenelige. Et eksempel på dette er hvis en avdelingsleder får beskjed fra sin leder om at avdelingen skal bli mer kostnadseffektiv samtidig som de skal produsere mer effektivt.

Intersender-rollekonflikt: To eller flere personer kommuniserer motstridene forventninger til en rolleinnhaver. Et eksempel på dette er linjelederrollen. Han/hun møter motstridende forventninger fra toppledelsen og gruppen "på golvet". Toppledelsen kan eksempelvis prøve å innføre en endringsprosess, mens gruppen "på golvet", er motstandere mot endring.

Interrollekonflikt: En person har flere roller, og de ulike rollene innebærer ulike forventninger. Et eksempel på dette er en tenåringsjente som har ulike roller som student, datter, venninne. Skolen kan stille forventninger som lekser, foreldrene forventer at rommet skal være ryddig, mens venninne forventer at hun skal være med på kino.

Personrollekonflikt: En persons verdigrunnlag og holdninger stemmer ikke overens med forventningene som stilles til hans/hennes yrkesrolle. Et eksempel på dette er den mye omtalte reservasjonsretten. Leger kan reservere seg mot konsultasjon for gravide som vurderer abort. Det kan være legen har verdier og holdninger som ikke stemmer overens med pasientens ønske om abort.

På bakgrunn av vår datainnsamling, tror vi interrollekonflikt og intersender-rollekonflikt som er de mest sentrale for medicinen.

3.1.2 Rolletvetydighet

Rolletvetydighet vil si manglende beskrivelse av hvordan jobben skal utføres. Det er ingen klar beskjed om hvordan rollen skal utføres og hvordan mål skal nås. Dette kan skyldes at rollegruppen ikke kommuniserer forventningene godt nok til den som skal utføre jobben (Kaufmann & Kaufmann, 2011). Et eksempel her kan være en nyansatt som går inn i en ny stilling med dårlig opplæring. Han kan da være usikker på hvilke forventninger som stilles til ham, og hvilke prioriteringer han skal gjøre.

3.1.3 Rolleoverbelastning:

Ifølge Kaufmann & Kaufmann (2011) er rolleoverbelastning når krav og forventninger knyttet til en rolle overstiger personens evne til å utfylle rollen. Det kan komme av at rollen er tvetydig, eller at man får for mange og kompliserte oppgaver som må løses på kort tid. Et eksempel på dette kan være en person som tar på seg for mye ansvar, men ikke har kapasitet til å utføre alle oppgavene på en tilfredsstillende måte.

3.2 Profesjoner

For å forklare begrepet profesjon, kaller Molander & Smeby (2013) profesjon for "ekspertyrke" eller "kunnskapsbasert yrke". Det er altså noen som er ekspert innenfor et bestemt område, der de blir sett på som fagkyndige og dyktige (Smeby, 2013). I hvor stor grad man er ekspert innenfor et spesielt område, avhenger av hvem man omgås. Hvis en sykepleier forklarer sitt yrke til en ufaglært, vil sykepleieren være en ekspert, men det er han ikke nødvendigvis i forhold til sine kollegaer.

Ekspertter løser problemer raskere (Smeby, 2013). Automatisering er essensielt for de som utøver ekspertyrker. Det er avgjørende i den grad at de kan utføre arbeidet raskere, som igjen gjør at de kan konsentrere seg mer om planleggingsprosessen og kvalitetsvurdering av utførelsen. Det som skiller eksperter og ulærte, er evnen til å "se" informasjon som har relevant betydning i situasjonen.

3.2.2 Identitet

Hvis vi ser på begrepet identitet i forhold til profesjonsyrkene, kan vi beskrive identitet som oppfatninger av hva som er drivkraften til de profesjonelle yrkesutøverne (Heggen, 2010). Eksempler på faktorer for drivkraften til utøverne kan være; verdier og holdninger, spesifikke kunnskaper eller ferdigheter. Hvor denne drivkraften kommer fra kan være forskjellig for de ulike profesjonsutdanningene. Identitet omhandler også hvordan individet stiller seg i forhold til omgivelsene (Gule, 2008). Selvfølgelig er et viktig begrep når det gjelder identitet, samt det å klare å posisjonere seg i forhold til sosiale, kulturelle eller etniske grupper, og skape en relasjon til dem.

3.2.3 Profesjon og skjønn

Molander & Grimen (2008, s. 181) definerer skjønn slik: "(...) en aktørs betrodde frihet til å velge mellom tillatte handlingsalternativer på basis av grunner som han selv finner godtakbare". Det er mange situasjoner der det ikke er noe fasitsvar på hva som er riktig å gjøre. Omstendighetene kan være kilder til usikkerhet, og skjønn kan da være nødvendig for å avgjøre hva som er den riktige beslutningen (Molander & Grimen, 2008). I medisinske tilfeller kan det være å finne diagnosen til en pasient, samt og vurdere hva som er den riktige behandlingen. Mange ganger finnes det ulike behandlinger for samme sykdom, og det er ikke alltid klart hva som er den beste behandlingen. I tillegg kan det være økonomiske forhold som påvirker avgjørelsen. Noen behandlinger er dyrere enn andre.

Alle profesjoner tar i bruk skjønn. Man tar da i bruk generell kunnskap, som er nedfelt i profesjonens handlingsregler. Disse handlingsreglene er ofte ikke entydige, og krever at personen som skal ta beslutningen tar i bruk sin dømmekraft. Uten en viss usikkerhet i hva som er riktig å gjøre, og nødvendigheten av skjønn, ville det ikke finnes noen krav om at personer opplært innenfor en viss profesjon har ansvaret for oppgavene. Da kunne hvem som helst utført dem (Molander & Grimen, 2008).

Ifølge Molander & Grimen (2008) har skjønn en strukturell side og en epistemisk side. Den strukturelle siden sier at skjønn er begrenset av standarder, eller restriksjoner, som er fastsatt av en autoritet. Den epistemiske siden sier at personen som utøver skjønn, resonnerer over muligheter for å komme frem til en konklusjon som kan begrunnes av allment godtatte grunner. De to sidene henger sammen. Det antas at den betroede personen vil bruke sitt tildelte frihetsrom på en fornuftig måte.

3.2.4 Profesjon og tillit

En tillitstransaksjon vil si når tillitsgiveren overlater noe som er viktig for ham/henne til tillitsmottakeren (Grimen, 2008). Hvis vi tenker oss en situasjon der en tillitsgiver er en pasient og tillitsmottakeren er en lege. Tillitsmottakeren får da en skjønnbasert beslutningsmakt, og tillitsgiver gjør seg selv sårbar. Tillitsgiver forventer at tillitsmottakeren ikke vil gjøre noe som skader hans/hennes interesser, og tar ikke forholdsregler for å beskytte seg mot tillitsmottakerens mulige misbruk (Grimen, 2008).

Folk kan oppleve sterke, og varierende, følelsesmessige reaksjoner ved tillitsbrudd. Noen kan oppleve en lett irritasjon, mens andre kan oppleve et varig svik. Ifølge Grimen (2009) vil variasjonen i slike reaksjoner avgjøres av viktigheten av det en mistet, og viktigheten av relasjonen tillitsmottakeren. Den som opplever andres tillitsbrudd mener at motparten har brutt normer eller sviktet verdier. Når vi selv bryter andres tillit, får vi ofte følelsesmessige reaksjoner. En vanlig reaksjon er følelsen av skam.

Tillit er viktig når det gjelder å opprettholde et godt forhold mellom profesjonelle og deres klienter. Denne tilliten innebærer å stole på deres kompetanse (Grimen, 2008). Klienten er avhengig av den profesjonelles kompetanse. Han/hun har selv ingen mulighet til å si hva som er riktig. Det gjelder for eksempel for pasienters tillit til

helsepersonale. Leger ved et sykehus har et tillitsmandat, men slike mandater kan ofte være vage. Tillitsgiver er sårbar overfor ond og splittet vilje, slurv, inkompetanse og dårlige hjelpemidler (Grimen, 2009). Tillit går dessuten begge veier, en lege må også kunne stole på at pasientene gir riktige opplysninger om sykdommen, og at de følger opp den behandlingen legen foreslår (Grimen, 2008).

Hardin (sitert Grimen, 2009, s. 43) mener det finnes tre teorier om hva som gjør personer pålitelige:

Teori 1: Ser på tillitsmottagerens medfødte eller ervervede karaktertrekk. En tillitsgiver forventer at den han/hun viser tillit til er pålitelig. En tillitsgiver må derfor kjenne motpartens karakter for å kunne vurdere hans/hennes pålitelighet.

Teori 2: En person er bundet av moralske normer, og det gjør at han/hun er pålitelig. Tillitsgiveren må vite hvilke normer motparten har, og hvor sterkt han er bundet av dem, for å kunne vurdere hans pålitelighet.

Teori 3: Et interessefellesskap mellom tillitsmottager og tillitsgiver må til for at tillitsmottager skal være pålitelig. Den beste grunnen til å tro at et gode vil bli ivaretatt, er hvis det er et fellesgode.

4. Datapresentasjon

I dette kapitlet vil vi se på dataene vi har samlet inn fra de fire intervjuene. Intervjuene er anonymisert, og derfor vil informantene bli omtalt som "han". Vi begynner med å beskrive de ulike rollene til medicen. Kapitlet videre er bygget opp etter hvilke forventninger som stilles til de ulike rollene. Det var mange interessante momenter som kom fram i intervjuene, men vi vil her bare presentere det som er relevant for problemstillingen vår.

4.1 Bakgrunnen til medicene

Samtlige av medicene vi har intervjuet er ansatt i det samme firmaet, samt at de er utleid til det samme operasjonelle firmaet. Medicene har ulik bakgrunn, men alle har sykepleierutdanning. Samtlige har jobbet på sykehus, samt bakgrunn fra ulike avdelinger i helsesektoren. Faktorer som gjorde at de valgte å bli medic er tilbud om bedre lønn, nye arbeidsoppgaver og gode fritidsordninger.

4.2 Medicens roller

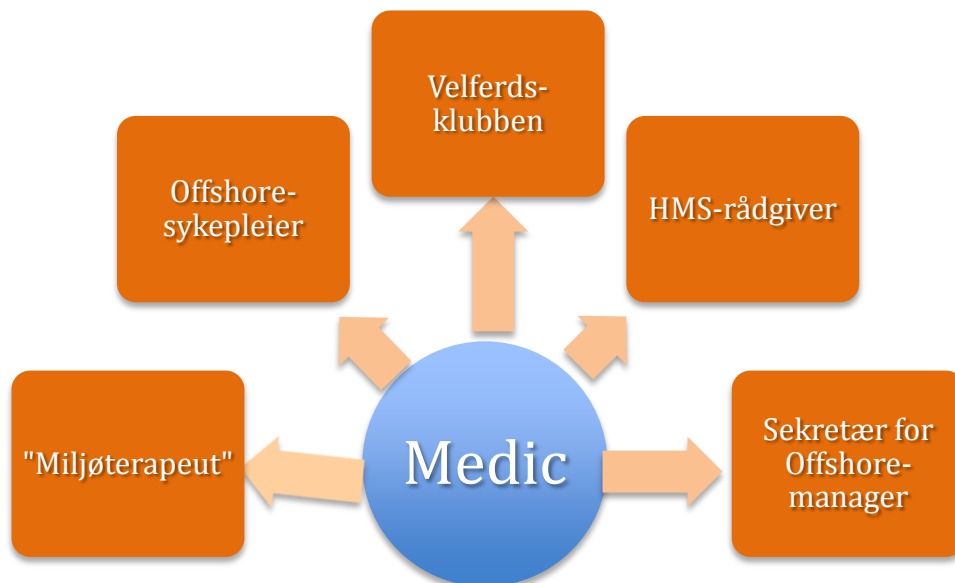
Medicen er ansatt som offshoresykepleier/HMS-rådgiver, det vil si at han har to hovedoppgaver om bord. Som offshoresykepleier har han ansvar for hospitalet, der han utfører den medisinske behandlingen. Han har også ansvar for å oppdatere det medisinske utstyret, utføre hygieneinspeksjoner, kontroll av drikkevann, og opplæring i førstehjelp.

Som HMS-rådgiver har medicen kurs for de andre om bord innen oppgaver som er relatert til sikkerhet. I tillegg utfører han blant annet sikkerhetssjekker, der han registrerer eventuelle avvik. Om bord har de et system med observasjonskort, som fungerer slik at alle kan skrive et kort hvis de oppdager avvik på prosedyrene. Disse kortene blir gjennomgått på det daglige møtet, og det er medicens oppgave å skrive dem inn i synergien. Synergien er et datasystem for avviksrapportering og oppfølging av avvik. Når oppfølgingen av et avvik er ferdig blir det "lukket". I slutten av turen, har de et "lukningsmøte" der de prøver og "lukke" så mange som mulig av de avvikene som har skjedd i løpet av turen. Medicen uttrykte at de fungerer som en sekretær for Offshore Manager med tanke på at de skriver observasjonskortene inn i synergien og at de i tillegg skriver referat av dagligmøte.

Medicene beskriver rollen sin med potet som metafor, de kan brukes til alt. De har ansvar for velferdsklubben om bord, der de blant annet skaffer premier til lotteri, og planlegger sosiale aktiviteter. Det er motstridende meninger hos medicene i hvilken grad det er deres ansvar.

”Medic og sikkerhetsrådgiver er rollen min om bord. At vi er med på møter, og kan se ting fra medicens sitt synspunkt, en større eller mindre rolle i velferden, det varierer litt, ofte har vi en større rolle. Vi skal egentlig ikke ha det, men det blir liksom litt sånn. (...)Det viktigste er at vi får kontroll på hospitalet, men sikkerhetsbiten skal du også ha gang på.” (Medic02).

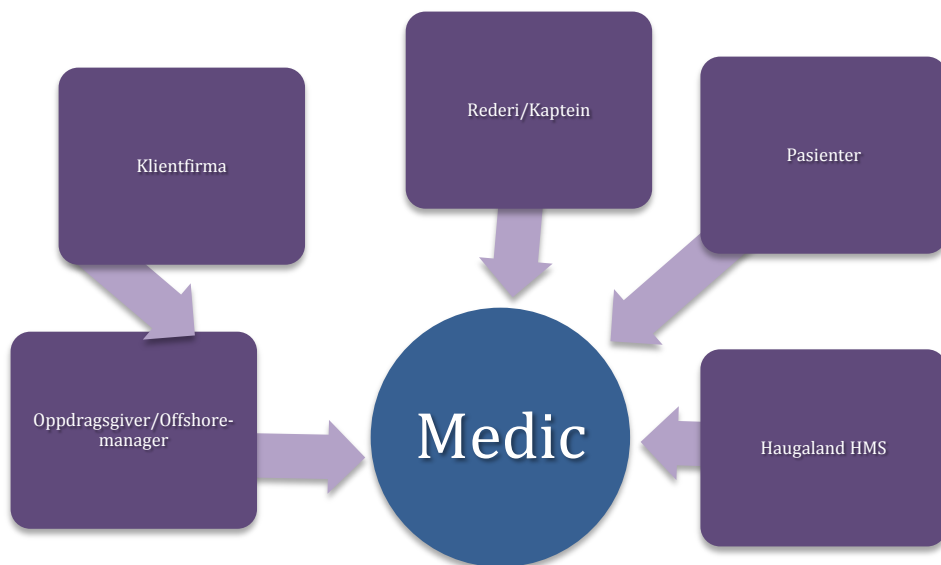
Medicene uttrykker også at de fungerer som en ”miljøterapeut”. Det gjør de ved å gå rundt og prate med folk, og spør hvordan de har det. På den måten kan de skape relasjoner, og dermed fungere som kontaktpersoner for de andre om bord. I tillegg har de taushetsplikt, så hvis folk har noe de sliter med, enten på jobben eller privat, kan medicene være gode samtalepartnere. Figuren under illustrerer medicens ulike roller:



Figur 2: Medicens roller

4.3 Forventninger til rollen

Medicen jobber alene fartøyet, men forholde seg til ulike interessenter om bord. Han skal blant annet informere om sykdom og brudd på sikkerhetsrutiner. I tillegg møter han forventninger fra pasienter, Haugaland HMS, kapteinen og Offshore Manager. Disse forventningene vil vi se nærmere på i de neste kapitlene. Figuren under illustrer medicens interessenter.



Figur 3 Medicens interesser

4.3.1 Forventninger til rollen som offshoresykepleier

Om bord på fartøy er det kapteinen som har det øverste medisinske ansvaret, selv om det er medicen som har den medisinske bakgrunnen. Medicen skal derfor rapportere hendelser basert på det medisinske direkte til kapteinen. Medicene uttrykte at denne rapporteringslinjen varier i forhold til hvilken kaptein de samarbeider med. Noen av kapteinene vil ha oversikt over alt som gjelder det medisinske, mens andre bare vil ha beskjed når det gjelder alvorlige hendelser. Det vil da si at medicene innretter seg etter hvilken kaptein de skal samarbeide med.

”Denne kapteinen ønsket informasjon, en veldig delaktig kaptein. Det var fantastisk å jobbe med han. Det var et veldig innkjørt crew på denne båten. (...)Plutselig blir en av mannskapet hans syk, og da rapporterte jeg til kapteinen at jeg hadde isolert en av mannskapet hans på en lugar. Da spurte kapteinen om han måtte være der i et døgn, men jeg svarte at jeg ville ha han der i to døgn.(...) Det ordnet seg det da, at han ble der i to døgn. Men det var veldig greit å ha den forståelsen mellom kaptein og meg. Der du følte du jobbet tett sammen med han. Akkurat i den perioden hadde vi lite å gjøre, så de klarte seg med en mindre, derfor var det lett for han å tilpasse seg. Så fikk han en tidsramme fra meg, og etter hvert som jeg så hvordan det gikk med pasienten, rapporterte jeg bare til kapteinen, sånn at han visste hvordan det lå an i løypen. Det er viktig å ha det

tillitsforholdet, at det ikke blir brukt imot deg ved et senere tidspunkt. At han skjønner at jeg er genuint interessert i at vi skal fungere sammen” (Medic03).

I tillegg til kapteinen, må medicen også rapportere til legen på land. Rapporteringen skjer i form av oppdaterte pasientjournaler, og konsultering angående behandling. Medicene uttrykker at de har et godt samarbeid med legen på land, og bruker han kontinuerlig hvis de er usikre på hvordan de skal behandle en pasient. Flere av medicene har uttalt at legen på land er tilgjengelig hele tiden, om han er på hytten eller sitter på toget til Oslo, noe de synes er positivt.

”(...) så snakker vi litt og megler frem og tilbake. For min del har det stort sett vært infeksjon. Da får jeg råd av legen, jeg må jo gjøre det for å i det hele tatt få pasienten startet på en antibiotikakur. Jeg må snakke med han om det er greit. Jeg er jo øynene og ørene hans da, så da er det jo jeg som beskriver symptomene til han, så jeg er interessert i å lage et bilde til han, sånn at han ser situasjonen best mulig” (Medic03).

Medicen har også en støtte i Radio Medico, som er en legevakt for fartøy. Han kan kontakte Radio Medico 24 timer i døgnet. I situasjoner som haster, kan det være mer effektivt å kontakte Radio Medico fordi de bestiller helikopter omgående.

”Det var for eksempel en som hadde hjerteproblemer, (...) der han ble hentet av helikopter og sendt i land. Da snakket jeg med Radio Medico, det er på grunn av at det haster litt mer og fordi de bestiller helikopter med det samme” (Medic01).

Fartøyet har ikke det samme utstyret som et sykehus. Hvis en pasient har alvorlige symptomer, må medicen raskt vurdere hvor kritisk situasjonen er. Som en støtte kan han konsulterer med lege, før han vurderer om de må sende pasienten til land.

”En tur jeg var på, der vi hadde det litt for travelt med mobilisering og sånn, få ting om bord på båten, og en av medlemmene på brua hadde det veldig travelt. Da vi var på vei ut mot feltet, kom han og sa at han følte seg uvel og guffen, og hadde litt vondt i armer og bryst og sånn, litt sånn diffust da. Det er jo ingen fartøy som har noe EKG-apparat og sånne ting. Vi kan måle blodtrykk og puls manuelt, vi har ikke noe avansert utstyr. Vi har hjertestarter, men vi har ikke noe som kan påvise noe, så vi må bruke skjønn. Da vurderte vi det sånn at han sannsynligvis hadde

hjerterinfarkt, selv om det var ekstremt diffust da, men muligheten var der. Da ble det vurdert fra medicen sin side at nå må vi snu båten, og gå inn til land, og få tak i en ambulanse, og da ble det gjort.(...)etter noen dager fant vi ut at han hadde hatt et mikroinfarkt, så da var det riktig avgjørelse” (Medic02).

Samtlige mediser uttrykker at taushetsplikt er viktig å overholde i deres posisjon, siden de er en del av Det Norske Helsevesen. Men det er ett lite miljø om bord, så selv om medicen holder taushetsplikten sin, er det lett for andre å forstå hvem det gjelder hvis noen blir syke. De er over 70 mann som bor sammen på et begrenset område, og hvis en sykdom bryter ut, kan smittefaren være stor. Medicen har da et ansvar for å stoppe spredningen rasket mulig. Informantene uttrykte at det er viktig å isolere pasienter med smittefare for å unngå at hele mannskapet blir smittet.

”Hvis noen har fått omgangssyke er det viktig å gå og snakke med Offshore Manager og kaptein, det går litt i fellesskap det. Da er det viktig å informere alle, for da er det jo smittefare og flere kan bli syke. Vi må sette i gang vaskeopplegg og desinfiseringsopplegg om bord sånn at vi forebygger risikoen for spredning” (Medic02).

I tillegg til at medicen skal forhindre smittefare, har han også et ansvar overfor arbeidsgiver. Hvis det bryter ut en sykdom om bord, kan det hende at operasjonen blir forsinket, noe som igjen kan føre til at prosjektfirmaet taper flere hundre tusen i døgnet. ”(...)men det er jo også den økonomiske biten, det får faktisk helt direkte konsekvenser for videre kontrakter og jobber” (Medic02).

Medicen har også ansvaret for førstehjelpsundervisningen. Den holdes hver 14. dag, og tar omtrent en time. Det kan være ulik forståelse for hvordan denne undervisningen skal gjennomføres. Her kommer kulturforskjeller tydelig fram. På noen båter er det satt av tid til dette i løpet av arbeidsdagen, mens på andre båter må det tas på slutten av dagen, og da er arbeiderne ofte trøtte og slitne. Nordmenn og svensker tenker mer på dette som sin plikt, mens utenlandsk personell kan ha en annen holdning. I tillegg kan kommunikasjonen med det utenlandske personellet være en utfordring.

4.3.2 Forventninger til rollen som HMS-rådgiver

Som HMS-rådgiver går medicen runder på dekk og observerer arbeidet som foregår.

Hvis han ser at noen ikke overholder sikkerhetsrutinene, tar han kontakt med vedkommende og spør hvorfor han eller hun eksempelvis ikke har fullt sikkerhetsutstyr. Medicene trekker frem at de ikke vil fremstå som politi om bord på fartøyet, dermed bruker de en forsiktig, spørrende fremgangsmåte. Med denne fremgangsmåten fremstår de ikke, ifølge medicene, som belærende. I stedet undersøker de om det er en grunn for at vedkommende ikke bruker fullt sikkerhetsutstyr. Medicene utrykte at de i noen situasjoner ikke har nok teknisk kunnskap til å si hva som er riktig og galt. Faren med fremgangsmåten deres er at de kan bli for rund i kantene, at de blir for snille.

”Jeg ser egentlig ikke så mange ulemper med den måten å gå frem på. Men fordelene er jo at jeg ikke fremstår som en tulling, egentlig. Fremstår ikke brøytende og belærende. Som oftest er det jo de som kan lære meg mest, ikke motsatt, når det gjelder hvordan de skal utføre jobben sin” (Medic01).

”(…) en må på en måte heller skape en kultur der folk får tenke selv, dette er det positive. Den negative biten er at dette tar lang tid, en kan bli for snill, at en blir for rund i kantene. Reglene er jo firkantet, sånn skal det jo selvfølgelig være. Men så finnes det selvfølgelig unntak, der en kan vurdere om en skal gå utenfor. Faren med å bli for rund når det gjelder dette med regler, er at det kan ta lengre tid, og pluss at en kommer lettere ut i farlige situasjoner” (Medic03).

En av medicene fortalte om et tilfelle med en flaggmann som nektet å bruke gul vest under en løfteoperasjon. Under en løfteoperasjon skal det alltid være en flaggmann. Det er han som leder selve løfteoperasjonen. Han dirigerer løftet, og skal følge med på at ingen blir klemt. Det er klar prosedyre at han skal bruke gul vest for å være synlig for kranføreren. Medicen prøvde å ta det opp med han, men han bare lo, og nektet å ta på seg vesten.

”(…) den ene av de som jobber på dekk, under en løfteoperasjon, står uten vest og er flaggmann. Jeg spør om han ikke skal bruke gul vest, han er jo flaggmann. Det er helt åpenbart at de synes det er litt bortkastet å ta på seg den gule vesten, selv om det er ganske rett fram at skal bruke den. Denne personen har en ganske sterk personlighet, og er ikke så lett å snakke med sånn sett. Han er en trivelig

kar, men han vet ofte best selv. Han ender bare opp med å le og glise litt av dette, og tuller det vekk, og tar aldri på seg den gule vesten” (Medic01).

En av medicene vi intervjuet, var veldig bevisst på å gjøre en god jobb som HMS-rådgiver. Han påpekte at da ville han sannsynligvis få mindre å gjøre som sykepleier. Hvis han er veldig observant på hva som foregår på fartøyet, med alt fra mobilisering til arbeid underveis i perioden, vil sannsynligheten for skader være mindre. Han påpekte at han er innleid av det operasjonelle firmaet, og vil derfor gjøre en god jobb for at de har en god statistikk. Med en dårligere statistikk blir de mindre attraktive for klientfirmaene. ”En medic sin rolle er at jo bedre arbeid du gjør på sikkerhetssiden, desto mindre har du å gjøre som medic”(Medic04). Dette utsagnet dekker både det sikkerhetsmessige aspektet med skader om bord, men også aspektet med smittefare. Med gode rutiner for sikkerhet, vil det kunne forebygge skader. Gode rutiner for hygiene og isolering av pasienter, vil begrense spredning av for eksempel influensa eller omgangssyke.

I tillegg til at medicen har sine egne roller, må de også ta hensyn til ulikhetene mellom det maritime- og det operasjonelle mannskapet. De har samme lønn, men det maritime mannskapet har en dobbelt så lang arbeidsperiode. Medicen er hele tiden i kontakt med både det maritime- og det operasjonelle mannskapet, og kan dermed oppdage konflikter mellom arbeiderne.

”Det er ofte en barnehagementalitet, folk er utskjemte, offshoreansatte er utskjemte. Det skal ikke mye til før de begynner å murre. Slike ting må du sense, og være voksen nok til å ta de. Det er bare et skjevt ord, og så kan den fjæren bli til flere høns på et lite øyeblikk” (Medic04).

En av informantene fortalte om murring mellom en gruppe fra det maritime mannskapet og en gruppe fra det operasjonelle. Han forsto at de da var dypt inne i en konflikt. Han valgte å ta inn kapteinen og Offshore Manager til et møte for å løse konflikten. ”Jeg tror at jeg avverget en skikkelig stor konflikt ved å ta det der og da. Men du må tørre det, og du må være lydhør overfor alle gruppene om bord. Du må ikke velge side, for da mister du tiltroen hos en av gruppene” (Medic04).

Når medicen er til sjøs, styrer han mye av arbeidsdagen sin selv. Han har faste rutiner som han må følge, samt møter som han skal være tilstede på. Ellers er det opp til hver enkelt medic å finne en rutine som passer. Det betyr at han får mye tillit fra arbeidsgiver til å legge opp arbeidsdagen etter eget ønske. Han har en flytende arbeidsdag, slik at han har mulighet til å håndtere uforutsette hendelser.

”Mine sjefer, altså Haugaland HMS, legger ingen begrensninger, de stoler på det arbeidet jeg gjør.(...) Så har jeg min Offshore Manager om bord, han setter stort sett ingen begrensninger.(...) Hvis jeg skriver at jeg har jobbet overtid, så stoler de på det. Det er mye tillit i jobben. Hvis jeg sier jeg har vært oppe og gjort noe en natt, så er det ingen som sjekker det. Da stoler de på at det faktisk er sant. Så det er deilig at jeg slipper å overbevise de om at jeg har gjort en god jobb.(...) Utfordringen er kanskje å få systematisert dagene, siden det er jeg som styrer dette selv” (Medic03).

Medicene er innleid fra det operasjonelle firmaet. Den ene medicen vi intervjuet la frem at flere må bli bevisste på ansvaret de har overfor oppdragsgiveren sin. Det operasjonelle firmaet har tillit til at medicen skal utføre arbeidet sitt på en tilfredsstillende måte. Hvis arbeidsgiver skal få oppdrag i fremtiden, er de avhengig av en god statistikk. En av oppgavene til medicen er å være en pådriver for HMS-arbeid.

”Du har et ansvar overfor arbeidsgiveren din, og der må flere bli bevisste. Det er en av mine hovedting, at folk har ansvar, ikke bare rettigheter, men også forpliktelser”(Medic04).

Etter at medicen har behandlet en pasient, kan han komme i en tvilsituasjon. Som sagt ovenfor forventes det at statistikken skal være god, og dermed kan medicen føle et press fra arbeidsgiver om og ikke overdrive skaderapporteringen.

”Kanskje den mest fremtredende saken er hvis jeg som medic skriver en synergi, som er en avviksrappport, på ting som har skjedd. Hvis rapporten omhandler oppgaver som jeg har gjort som medic, for eksempel hvis jeg har en pasient som har klemt en finger i en dør og blør. Da vil jeg som medic behandle pasienten. I ettertid vil jeg som HMS-rådgiver skrive en rapport. Og da kan jeg på en måte, selv om de ikke sier det direkte, kan jeg oppleve at de ikke vil at jeg skal overdrive skaden. Og det skal jeg jo heller ikke gjøre, men ofte vil vi kanskje føle at vi blir

dratt den ene veien som HMS-rådgiver og skrive en rapport som ser best mulig ut. Men som medic vil man kanskje føle en motsatt vei, at det kanskje er mer alvorlig. Men det er aldri noen direkte feil rapportering, det blir vi aldri presset på. Men kanskje mye av presset legger vi på oss selv, for vi vet jo at en rapport som ser dårlig ut, blir dårlig mottatt, så derfor vil vi at den skal se best mulig ut, innenfor alt som er sant da selvfølgelig” (Medic01).

Vanligvis er det medicen som får inn observasjonskortene, men han kan også skrive dem selv. En av medicene vi intervjuet fortalte om en situasjon der han gjorde en feil i forhold til en av sikkerhetsreglene om bord. I den situasjonen var det han som gjorde feilen, og dermed tok han på seg skylden. Han la frem at selv om han er HMS-rådgiver, kan også han gjøre feil.

”Det er røykesoner om bord på båtene. Det er ikke lov å røyke hvor som helst, man må røyke enten inne i røykerommet i båten, eller på et avgrenset område på dekk. Når en er innenfor 500 meter fra en plattform, er det noe som heter 500 meter sone. Da er det ikke lov med åpen ild på dekk, men det er lov til å røyke inne. Dette er på grunn av hvis det skulle komme en gasslomme fra havbunnen eller fra plattformen.(...) Jeg var ute på dekk og kikket, og da så jeg at døren stod på gløtt på den ene containeren. Det kom røyk ut fra containeren. Jeg tenkte ikke på det med en gang, men da røyket de innenfor en 500 meter sone. Men da jeg kom inn, så brydde de seg egentlig ikke. Jeg sa ingenting på dette, og da har jeg jo ikke gjort jobben min.(...) Så jeg burde egentlig skrevet et observasjonskort på denne saken her, men på grunn av at det var jeg som tabbet meg ut, tok jeg den på min kappe, siden jeg egentlig burde si ifra” (Medic03).

I offshorebransjen er det stadig forandringer i rutiner og prosedyrer. Det er økt oppmerksomhet knyttet til sikkerhet, og nye sikkerhetstiltak iverksettes. Medicen, må som sagt, være en pådriver for HMS om bord og er gjerne delaktig i iverksettelsen av nye prosedyrer. Det er viktig at medicen er en motivator for de andre ansatte og får fokuset rettet mot viktigheten av de nye tiltakene.

”Prosjektfirmaet har innført et nytt sikkerhetstiltak. Folk føler jo at dette er enda en ting de skal bli kontrollert på.(...) Dette nye sikkerhetstiltaket er positivt, men det er enda en ting, enda en ting som de skal gjøre. Så hvis jeg skal ta en ting som

jeg selv har merket på kroppen at folk bare 'årrh, enda en ting', så må det være den. Vi er jo hele tiden i utvikling, og man må på en måte hele tiden forandre det hvis en skal fungere, derfor tror jeg det nye sikkerhetstiltaket er positivt, men det er også en utfordring. Jeg tok det faktisk opp med Offshore Manager, at her må vi jobbe sammen og skape en positiv tanke rundt det, enten vi tror på det eller ei. Vi må overbevise oss selv og de rundt oss. Det nytter ikke at jeg står med en negativ holdning, eller at sjefen står med negativ holdning og sier 'årrh enda en ting, men dere må utføre det'. En må på en måte stå for det en sier" (Medic03).

4.3.3 Andre forventninger til medicen

Det er en forventning i miljøet at medicen skal gå foran som et godt eksempel. Det forventes blant annet at han spiser sunt, ikke røyker og holder seg i god form. I tillegg skal han være et godt forbilde, og ikke ta sikkerhetsmessige snarveier. Det er viktig for å opprettholde rollen som HMS-rådgiver. I tillegg forventes det at medicen er nøytral. Med dette mente medicene at de ikke skulle velge side i en konflikt. På denne måten kan han være en kontaktperson for alle parter.

"(...)det er ikke noen som har sagt noe om den forventningen, men jeg hadde hvert fall forventet det selv av en medic, er at jeg er upartisk i kontakt med alle. Selvfølgelig aldri med på noen form for baksnakking om noen om bord. Da prøver jeg enten å trekke meg ut av den situasjonen eller prøve å si ifra at de ikke bør gjøre det, men det er ikke alltid så lett det da. Men på en måte at jeg alltid kan se alle i øynene til enhver tid og være en kontakt for dem hvis det skulle være noe" (Medic01).

I løpet av dagen går medicen rundt på båten og snakker med folk. Da får han høre snakk fra de ulike gruppene på båten. Han kan da få med seg forhold på fartøyet, som kan omhandle arbeidsmiljøet, konflikter eller lignende. Som nevnt tidligere forventes det at medicen er nøytral, og opprettholder sin taushetsplikt, men hvis det er forhold som kan gå utover sikkerheten om bord, må han vurdere om det er nødvendig å gå videre med det eller ikke. Medicene uttalte at de i noen situasjoner ønsket å gå videre med en hendelse, men kunne ikke på grunn av at de hadde lovet ikke og si noe om saken. Hvis hendelsen kan gå ut over sikkerheten om bord, må de kanskje ta stilling til om de må gjøre noe likevel.

4.4 Medicens prioriteringer

Medicen er en profesjonsutøver, da han er utdannet som sykepleier. Mange av oppgavene hans, om det er offshoresykepleier eller HMS-rådgiver, overlapper hverandre. Hvis han møter motstridende forventninger fra de to, må han avgjøre hva som er riktig å gjøre. Samtlige av medicene var tydelige på at de først og fremst var der som sykepleiere. Det vil si at de alltid har statistikken i bakhodet, men valgene vil aldri gå utover den faglige integriteten som sykepleier.

”Uansett vil jo aldri den faglige integriteten gå på tvers av rollene, men det kan hende vi må velge mellom to ting, der den ene kanskje er optimal behandling og den andre er god behandling, der du kanskje velger god behandling hvis den gir bedre statistikk. Du vil aldri velge noe der du er i tvil medisinsk sett, sånn sett velger du alltid det som er best medisinsk, men hvis det er flere valg, velger du det som gir best mulig statistikk. Prioriteringene ligger på det medisinske som medic, men så langt det er mulig prøver man å lage kompromisser der da.”
(Medic01).

Som HMS-rådgiver rapporterer medicen til Offshore Manager, men samtidig må han rapportere til kapteinene som er den øverste lederen for båtens sikkerhet. Både som sykepleier og HMS-rådgiver må medicen gjøre vurderinger av situasjoner. Det kan være vurderinger av hvordan han skal utføre en medisinsk behandling eller vurdering av om sikkerhetstiltakene blir fulgt.

”Ja, altså når du er mellom barken og veden, mellom Offshore Manager og Kaptein. Det er motstridende interesser. Hvem skal du være lojal mot? Jeg er lojal mot yrket mitt i hovedsak. Når det gjelder rent sykepleier, da er jeg først og fremst lojal mot sykepleieryrket. Men jeg er innleid av det operasjonelle firmaet, og jeg vil jo at de skal ha jobb i fremtiden, og da kan det være at jeg støtter meg mer opp mot de enn rederiet, som er driftsoperatør på båten. Men ikke når det gjelder sikkerheten, da er jeg kun lojal mot sikkerheten” (Medic04).

5. Dataanalyse

I dette kapittelet skal vi analysere de resultatene vi kom frem til i intervjuene. Vi vil se på våre funn i sammenheng med teori, egne hypoteser og andre forskeres studier. I problemstillingen stilte vi spørsmålet:

"Møter medicen motstridende forventninger og krav i arbeidshverdagen, og i så fall, hvordan håndteres disse?"

Det vil vi prøve å besvare i dette kapittelet. Medicen møter som sagt forventninger fra flere hold, og vi vil nå se hvordan han håndterer disse i forhold til hverandre. Vi tar forbehold om gjentakelse av teoribegreper, med tanke på at vi vil se dem i sammenheng med de ulike forventningene medicen møter.

5.1 Rolletvetydighet

Medicen har en åpen rolle, der arbeidsdagen hans er flytende. Han har en del faste oppgaver, men kan selv velge når han ønsker å gjøre mange av dem. I tillegg har han et åpent mandat til å ta tak i forhold som har med sikkerhet å gjøre. Med så mye frihet i jobben, kan vi tolke rollen som tvetydig (Kaufmann & Kaufmann, 2011). Hvis vi beskriver rollen som tvetydig, kan det være lett å tenke at medicen er usikker i hvordan han skal utføre jobben sin, men det var ikke noe vi fikk inntrykk av i intervjuene. Vi intervjuet mediser med lang erfaring, og noen med kort, og det virket som om de alle var klar over hvilke forventninger som stilles til dem.

Det å ha en åpen rolle, er helt nødvendig for medicen. En del av medicens arbeidsdag blir brukt til å prate med folk, og det er noe han må ha tid til å gjøre. Han skal fungere som en kontaktperson, og det er derfor viktig at han bruker tid til å snakke med folk, for å bygge relasjoner og tillitsbånd. Hvordan han stiller seg i forhold til omgivelsene er en del av hans identitet. Han må posisjonere seg i forhold til de ulike partene om bord, og skape relasjoner til dem (Gule, 2008). Ifølge Hardins (sitert Grimen, 2009, s. 43) teori 1 må tillitsgiver kjenne motpartens karakter for å kunne vurdere hans pålitelighet. Teori 2 sier at tillitsgiver må vite hvilke normer motparten har. Begge disse teoriene tyder på at relasjonsbygging er viktig for å skape tillitsbånd mellom medicen og andre om bord. Dessuten kan vissheten om medicens taushetsplikt gjøre det enklere for folk å åpne seg. På denne måten kan medicen fungere som en hjelper og rådgiver.

Deler av medicens arbeidsdag blir brukt til sjekkerutiner. Han sjekker alt fra øyevaskstasjoner til arbeidet på dekk. I tillegg har han oppgaver som førstehjelpsundervisning og velferdsordninger. Slike oppgaver krever at medicen har ledig tid. Det kan også skje uforutsette ting, som ulykker og sykdom, og da må medicen være tilgjengelig.

5.2 Rolleoverbelastning

Når krav og forventninger knyttet til en rolle overstiger personens evne til å utfylle rollen, opplever personen en rolleoverbelastning (Kaufmann & Kaufmann, 2011). Våre informanter uttrykte at de opplever tilstrekkelig handlingsrom til å utføre sine oppgaver. De mener de har nok tid, i tillegg til at de får den støtten og tilliten de trenger fra Haugaland HMS og Offshore Manager. "Mine sjefer, altså Haugaland HMS, legger ingen begrensninger, de stoler på det arbeidet jeg gjør. (...) Så har jeg min Offshore Manager om bord, han setter stort sett ingen begrensninger" (Medic03).

Medicen er helt avhengig av tillit siden han i stor grad styrer arbeidsdagen sin selv. Arbeidsgiver må ha tillit til at medicen utfører alle oppgavene sine på en god måte, og medicen må gjøre nettopp dette for å opprettholde tillitsbåndet. På en annen side krever det en strukturert person som har kapasitet til å organisere arbeidsdagen sin, slik at alle oppgaver blir gjennomført etter prosedyrene. "Utfordringen er kanskje å få systematisert dagene, siden det er jeg som styrer dette selv" (Medic03). Flere av medicene uttrykte at det kan være utfordrende for nye mediser å innarbeide seg gode rutiner.

5.3 Tillit til medicens kompetanse

Medicens interessenter har, som sagt, ulike forventninger til medicen. De har en tillit til at medicen skal oppfylle disse forventningene. Noen av forventningene går på medicens kompetanse. Medicens kompetanse er en del av hans identitet (Gule, 2008). Medicen kan rådføre seg med lege på land, men det er medicen som i utgangspunktet tolker symptomene og vurderer hvor alvorlige de er. Han kan videre kontakte legen, og fungerer da som legens "øyne og ører", og ønsker å lage et klart bilde av situasjonen.

På fartøy er det kapteinen som har det overordnede medisinske ansvaret, men det er medicen som har den medisinske utdanningen. Medicen er eksperten, og det er han som

har evnen til å "se" den relevante informasjonen og tolke situasjonen (Smeby, 2013). Kapteinen må derfor ha tillit til medicens kompetanse. Den ene informantene fortalte om en situasjon der en av mannskapet til kapteinen ble isolert på lugaren, grunnet sykdom. Medisen gav en tidsramme over når pasienten skulle være tilbake i jobb. Kapteinen måtte da ha tillit til medisen, og stole på hans medisinske forståelse av situasjonen. "Det er viktig å ha det tillitsforholdet, at det ikke blir brukt imot deg ved et senere tidspunkt. At han skjønner at jeg er genuint interessert i at vi skal fungere sammen" (Medic03).

Tillit er viktig når det gjelder å opprettholde et godt forhold mellom profesjonelle og deres klienter (Grimen, 2008). Medicene må derfor etablere et godt forhold med sine pasienter, der pasientene kan stole på deres kompetanse. Pasientene er sårbare overfor menneskelige feil, inkompetanse og dårlige hjelpemidler (Grimen, 2009). Den ene informantene opplevde en situasjon, der en arbeider om bord følte seg uvel. Pasientens smerter var litt diffuse, men han hadde smerter i bryst og armer. På fartøyene har de ikke noe avansert utstyr, slik de har på sykehus, dermed måtte pasienten ha tillit til medicens vurdering av helsetilstanden hans.

I dette tilfellet måtte medisen ta i bruk sin dømmekraft og stoppe operasjonen. Fartøyet måtte tilbake til land, slik at pasienten kunne få den nødvendige behandlingen. Medisen måtte i denne situasjonen avgjøre om symptomene var alvorlig nok, til at pasienten måtte sendes til sykehus. Utfallet av situasjonen var at det operasjonelle firmaet og klientfirmaet tapte penger og tid på oppdraget, men medicens tolkning var riktig, pasienten hadde et hjerteinfarkt, og fikk den nødvendige behandlingen. Vi antar at situasjonen kunne fått et annet utfall hvis ikke medisen hadde handlet så raskt.

5.4 Taushetsplikt

Medicine arbeider under Den Norske Helseloven, der et av punktene omhandler taushetsplikt. "Taushetsplikten skal (...) sikre tillit mellom helsetjenesten og befolkningen, og bidra til åpenhet i kontakten mellom pasienter og helsepersonell" (Helsedirektoratet, 2011). Vi ser at det stemmer godt overens med teorien.

Informantene var tilbakeholdne angående eksempler som omhandlet pasienter, nettopp fordi dette er taushetsbelagt informasjon. For det første antar vi at det er for å beskytte, samt sikre tilliten mellom medic og pasient. For det andre kan pasienten føle et

tillitsbrudd, hvis medicen ikke overholder sin taushetsplikt. Tillitsbrudd kan føre til sterke, og varierende, følelsesmessige reaksjoner (Grimen, 2009).

5.5 Eksempler på rollekonflikter

Som vi så i forrige kapittel, møter medicen ulike forventninger fra sine interessenter (se figur 3). I noen tilfeller kan disse forventningene være motstridende. Hvilke prioriteringer gjør medicen da? Vi vil her se på noen eksempler der medicen møter ulike sett med forventninger, og hvordan han håndterer konfliktene.

5.5.1 Optimal versus god behandling

To av de sentrale oppgavene til medicen er å behandle pasienter og skrive synergien. I behandlingen av pasienter, kan medicen komme i en konflikt, der han har valgmuligheter når det gjelder behandlingsmetode. I slike situasjoner kan den ene behandlingsmetoden være optimal for pasienten, mens den andre behandlingsmetoden kan være mindre optimal, men gi bedre statistikk. Da kommer medicen i en interrollekonflikt (Kaufmann & Kaufmann, 2011). "Den ene er kanskje optimal behandling, og den andre er god behandling, der du da kanskje velger god behandling, hvis den gir bedre statistikk" (Medic01). Hvis medicen har valget mellom å sy eller lime et sår, vil liming gi bedre statistikk, mens syng kanskje vil være det beste for pasienten. Dermed vil han møte motstridende forventninger fra det operasjonelle firmaet og pasienten, og han må avgjøre hvilke forventninger han skal oppfylle. Hvordan håndterer medicen slike forventninger?

Det oppstår en tillitstransaksjon mellom medicen (tillitsmottaker) og deres pasienter (tillitsgiver) (Grimen, 2008). Hvis vi ser på det i sammenheng med eksempelet med valget mellom optimal eller god behandling, vil det være ønskelig for pasienten å få den optimale behandlingen.

I denne typen konflikt, må medicen ta i bruk skjønn for å vurdere hvordan behandling skal utføres. Skadestatistikken til de enkelte firmaene i offshorebransjen er helt avgjørende for tilbud om videre kontrakter. Den ene informanten la frem at de ikke blir direkte presset til å velge den behandlingen som gir best statistikk, men medicen kan likevel føle et ansvar for at statistikken ikke forverres "(...)vi vet jo at en rapport som ser dårlig ut, blir dårlig mottatt, så derfor vil vi at den skal se best mulig ut, innenfor alt som

er sant da selvfølgelig” (Medic01). Han påpekte også at presset de føler, kanskje er noe de legger på seg selv.

Utøvelse av skjønn i eksempelet ovenfor, vil være en blanding av resonnering basert på en strukturell - og en epistemisk side. De to sidene henger sammen. Den strukturelle siden sier at skjønn er begrenset av standarder fastsatt av en autoritet, mens den epistemiske siden sier at personen som utøver skjønn, resonnerer seg frem til en konklusjon som føles ”riktig” (Molander og Grimen, 2008). Vi antar at medicene kombinerer de to sidene av skjønn, for å resonnerer seg frem til hva som er riktig. Informantene våre innrømmer at de prøver å inngå kompromisser der det er mulig. Samtidig er de opptatt av at de hovedsakelig er sykepleiere, og derfor er det medisinske deres førsteprioritet.

5.5.2 Brudd på prosedyrer

I rollen som HMS-rådgiver er medicen underlagt Offshore Manager, som er den øverste representanten for det operasjonelle firmaet om bord. Dermed er det en tillitstransaksjon mellom medic(tillitsmottaker) og offshoremanager(tillitsgiver) (Grimen, 2008). I tillitstransaksjonen gir det operasjonelle firmaet medicen ansvaret for å være en pådriver for HMS-arbeidet om bord. Med manglende fokus på HMS, vil det operasjonelle firmaet få et dårlig rykte på seg, der utfallet kan være at de ikke får flere oppdrag. I tillegg kan manglende fokus på det gå ut over arbeiderne om bord på fartøyet hvis HMS-arbeidet ikke er optimalt. Det kan føre til hendelser eller ulykker som kunne vært unngått. Her kan vi trekke inn Hardins (sitert Grimen, 2009, s. 43) teori 3, som sier at tillitsmottaker og tillitsgiver må ha et interessefellesskap for at tillitsmottaker skal være pålitelig. Firmaets rykte og fremtidige tilbud om oppdrag, samt lav skadeprosent, er eksempler på fellesgoder som er viktige for begge parter.

Når medicen går sikkerhetsrunder, hender det at han oppdager arbeid som ikke følger de sikkerhetsmessige kravene. Samtlige av medicene uttrykte at de ikke vil fremstå som politi om bord, og tar derfor i bruk en forsiktig, spørrende fremgangsmåte. De går bort til vedkommende og undersøker hvorfor han eksempelvis ikke bruker vernebriller. Medicen skal ikke kommandere, men prøver å få folk til å tenke selv, og resonnerer seg frem til hva som er riktig. Vedkommende kan dessuten ha en god grunn til ikke å bruke vernebriller. Når det er regnvær kan det dogge i brillene, og da kan bruk av vernebriller

være mer risikabelt enn ikke å bruke dem. I andre tilfeller kan det være at vedkommende har glemt det eller synes det er unødvendig.

I eksempelet med flaggmannen som nektet å bruke gul vest under en løfteoperasjon, ser vi også et eksempel på en intersender-rollekonflikt (Kaufmann & Kaufmann, 2011). Her er det forventningene fra flaggmannen, om at medicen ikke skal være så firkantet, som møter krav fra prosedyrene om at flaggmannen alltid skal bruke gul vest. Medicen må da avgjøre hvilke forventninger han skal oppfylle. I dette tilfellet var flaggmannen en eldre person, med sterk personlighet og sosial makt. Medicen prøvde å ta det opp med han, men han bare lo, og tok aldri på seg vesten.

Eksempelet med flaggmannen er et klart brudd på prosedyrene, og medicen var tydelig på at han visste at flaggmannen burde brukt den gule vesten. Men hva gjør medicen når han møter slike karakterer? Alle medicene vi snakket med, sa at de brukte en spørrende fremgangsmåte når de skal ta opp denne typen brudd på prosedyrene, men hva gjør de når personen de står overfor nekter? Løfteoperasjoner er noe av det farligste de holder på med på fartøyene, og flaggmannen er leder for selve løftet. Den gule vesten skal gjøre ham synlig for han som sitter i kranen. Flaggmannen mente kanskje at vesten ikke hadde noen praktisk betydning, men fravær av gul vest er helt klart noe som ville blitt framhevet dersom det hadde skjedd en ulykke.

Medicene har stort sett positive assosiasjoner med sin spørrende fremgangsmåte. De ønsker, som sagt, ikke å fremstå som kommanderende. I tillegg er de i mange situasjoner ikke i stand til å se hva som er galt, på grunn av manglende teknisk kunnskap. De mener det er de som sitter nærmest operasjonen, som lettest kan oppdage avvik. I tillegg ønsker de å ha en kultur der folk selv er bevisst på sikkerhet. Faren med fremgangsmåten deres er at de kan bli for "rund i kantene", at de blir for snille. Det kan også ta lenger tid før avvik blir rettet opp i. Det kan igjen resultere i farlige situasjoner.

I noen situasjoner kan også medicen gjøre feil. I eksempelet med røyking innenfor en 500 meter sone, ser vi et eksempel på det. Her kommer han også i en intersender-rollekonflikt (Kaufmann & Kaufmann, 2011), der han som HMS-rådgiver møter motstridende forventninger fra arbeiderne og prosedyrene. Arbeiderne så ikke ut til å

bry seg da medicen kom inn, og siden han ikke sa noe, kan vi anta at de trodde han ikke mente de gjorde noe galt. I ettertid forsto medicen selv alvorret i situasjonen. Selv om røykingen ikke fikk noen direkte konsekvenser, kan det generere til noe større i framtiden. Medicen må derfor sette grenser, og være tydelig på at alle må akseptere reglene.

Medicen løste denne situasjonen ved å innrømme at det var hans feil, og var villig til å ta på seg ansvaret. Han kunne ha skrevet et observasjonskort på de som røyket, i stedet valgte han å skrive det på seg selv. Vi antar at dette fungerte som en tillitsbygger for medicen, siden han viser at han ikke er redd for å innrømme at han også kan gjøre feil.

5.6 En rolle i utvikling?

”(...) sykepleierrollen offshore har utviklet seg fra å være primært en rolle for å ivareta akuttmedisinsk beredskap og å drive hospitalet om bord til å utvides mot rollen som HMS-koordinator og det å ha en sentral rolle i forhold til arbeidet med sikkerhet og beredskap. Det er også et potensial i sykepleiers rolle når det gjelder offshoreorganisasjonen og det komplekse samspillet mellom aktørene i offshoreoperasjonene. Sykepleierne har en unik rolle og mulighet til å fremme kommunikasjon mellom partene” sier Tone Sydnes i en epost². Hva sier dette om medicen i fremtiden? Kan han få en større rolle i samspillet mellom aktørene? La oss se på to eksempler der en medic velger å ta på seg oppgaver, som mange mener ligger utenfor hans ansvarsområde.

5.6.1 Konflikt mellom operasjonelt og maritimt mannskap

Medicen bruker deler av arbeidsdagen sin til å gå rundt og snakke med de andre om bord. Han vil da kanskje få med seg sensitiv informasjon, som for eksempel baksnakking, og må da ta stilling til hva han skal gjøre med denne informasjonen. De andre om bord forventer at medicen skal være nøytral og opprettholde sin taushetsplikt, men samtidig møter medicen forventninger fra HMS-rollen. Hvis informasjonen omhandler forhold som kan gå utover sikkerheten om bord, må han vurdere om han må gå videre med den.

En av informantene våre fortalte om en gryende konflikt mellom to grupper om bord. Medicen fikk høre baksnakking fra begge sidene. I denne situasjonen valgte medicen å ta

² Tone Sydnes, høgskolelektor ved Høgskolen Stord/Haugesund. E-post 09.05.14.

inn de to øverste lederne, kapteinen og Offshore Manager, til et møte. Konflikten gikk på deres ansatte, og han mente at de måtte ta ansvar for å få løst den. Medisen mener selv at han løste en stor konflikt ved å gjøre det på denne måten. Denne metoden kan derimot være skremmende, spesielt for en ny medic. Kapteinen og Offshore Manager er de to øverste lederne om bord, og det kan nok være unaturlig for mange mediser å håndtere situasjonen på denne måten.

Mange vil nok påstå at denne situasjonen burde vært løst av kapteinen eller Offshore Manager, uten innblanding fra medisen. Som de øverste lederne om bord, er det mer naturlig at de løser konflikter som omhandler deres ansatte. Samtidig har medisen en åpen rolle som ikke har noe direkte autoritetsforhold til de andre om bord, og kan dermed i noen situasjoner gå inn i en uformell lederrolle. Medisen går dessuten rundt på båten og snakker med de ulike gruppene, og kan få med seg informasjon som ikke er tilgjengelig for Offshore Manager og kaptein. En våken medic kan dermed "sense" slike konflikter, og ta tak i dem før de vokser seg store.

5.6.2 Coaching av en dekkformann

Johannessen, McArthur, Jonassen & Leirbæk (2013) forteller om en situasjon med en medic som gjorde noe uvanlig. Medisen oppdaget en ny dekkformann, som i stedet for å lære opp uerfarne riggere, heller selv gjorde arbeidet deres. Etter å ha observert dekkformannen over et par dager, tok medisen initiativ til å ta en prat med ham, og dekkformannen var åpen for tilbakemelding.

Dette eksempelet er kontroversielt. I Johannesen et al. (2013) sine studier bekreftet fem av åtte Shift Supervisors at slike situasjoner, med uerfarne riggere og dekkformenn som ikke setter dem i arbeid, skjer, og at det er en bekymring. Men hva med medicens håndtering av situasjonen? Av de 30 informantene som ble intervjuet, var 13 positive, mens 17 var negative eller hadde delte meninger om det medisen valgte å gjøre. Denne situasjonen viser hvilke forventninger de om bord har til medisen. De som var positive til medicens håndtering av situasjonen, argumenterer med at situasjonen kan være farlig, samtidig som tilbakemelding fra medisen kan være mindre støtende enn tilbakemelding fra en overordnet. Flere av disse informantene, advarte likevel om at medisen først burde kontaktet Offshore Manager, siden medisen som regel ikke har

erfaring med operasjoner på dekk. Andre mente at medicen burde gripe inn umiddelbart hvis han oppfattet en trussel mot sikkerheten.

De som var negative til medicens håndtering av situasjonen, mente at medicen ikke har nok teknisk kunnskap til å rettlede en dekkformann i hvordan han leder sine menn. Formelt sett er Offshore Manager den øverste lederen til det operasjonelle mannskapet, men under en operasjon, er det Shift Supervisor som har det øverste ansvaret. Fra dette perspektivet er det enten Shift Supervisor eller Offshore Manager som bør rettlede dekkformannen. Samtidig er det ikke noe klart syn på hvem som har hovedansvaret, noe som tyder på en manglende rolleklarhet i systemet (Johannessen et al., 2013).

I våre intervjuer kom det også frem at det kunne være uklarheter i autoritetsforholdet til de andre om bord. "Vi er ikke inne på rangstigen. Offshore Manager, kapteinen, de er der oppe, og så kommer vi ned til Shift Supervisor, men her oppe mellom Shift Supervisor, ligger vi, vår rolle" (Medic04). Vi nevnte tidligere medicen som løste en konflikt mellom det operasjonelle og maritime mannskapet. Dette eksempelet, der medicen rettleder en dekkformann, er også en situasjon der medicen velger å innta en uformell lederrolle.

I tillegg til mangel på rolleklarhet, er det også et spørsmål om hvem som har muligheten til å oppdage at dekkformannen sliter. Hvis problemet blir tydelig i løpet av mobiliseringen, er det godt mulig at Shift Supervisor eller Offshore Manager ville lagt merke til det, og håndtert det. I eksempelet til Johannessen et al. (2013) skjedde det derimot under gjennomføringen av operasjonen, og da er Shift Supervisor for det meste i kontrollrommet, og kan dermed ha vanskeligheter med å plukke opp problemet. Det å lede avhenger ikke nødvendigvis av ekspertise, men av kapasitet. Selv om medicen kan ha manglende teknisk kunnskap, kan han være den som faktisk har kapasitet til å oppdage, og ta tak i, problemet (Johannessen et al., 2013).

5 av de 6 medicene Johannessen et al. (2013) intervjuet var positive til medicens håndtering av situasjonen. De sier seg enig i at det nok kan være naturlig å involvere dekkformannens leder, men er i utgangspunktet positive til en så proaktiv *coaching* rolle. Det tyder på at medicene er innstilt på å gjøre mer ut av rollen sin, noe som igjen tyder på at det er en rolle i utvikling. Ressurssterke medicer tar aktivt del i å forme

rollen. De representerer en ressurs som til tider kan fylle ledelsesfunksjoner, men som også kan være kontroversiell (Johannessen et al., 2013).

6. Konklusjon

Da vi startet dette prosjektet og hørte om de ulike rollene til en medic, ble vi fascinert over den komplekse arbeidsdagen hans. Vi valgte derfor å se nærmere på de ulike rollene, samt besvare denne problemstillingen:

"Møter medicen motstridene forventninger og krav i arbeidshverdagen, og i så fall, hvordan håndteres disse?"

Vi har i oppgaven vist hvilke forventninger og krav medicen møter. Vi har også vist at noen av dem kan være motstridende. Det viser eksempelet om "Optimal versus god behandling", der forventningene til sykepleierrollen er uforenelige med forventningene til HMS-rådgiverrollen. Vi har merket oss en "rød tråd" gjennom hele oppgaven, der medicene poengterer at de først og fremst er der som sykepleiere. Vi tror det skyldes at de er utdannet sykepleiere, og de er de eneste om bord, med en kvalifisert medisinsk bakgrunn.

Medicine utrykte også viktigheten av sikkerhet. Desto bedre jobb de gjør med sikkerhet, jo mindre vil de da ha å gjøre som sykepleiere. I tillegg avhenger tilbud om fremtidige oppdrag av en god statistikk. Desto mindre skader et fartøy har, jo bedre statistikk har det. Medicen er en pådriver for HMS, og skal gå foran som et godt eksempel. Som i eksempelet med "Optimal versus god behandling" kan han i noen tilfeller vurdere å inngå kompromisser hvis det gir bedre statistikk. Men som sagt, føler de seg mest forpliktet av sitt ansvar som sykepleiere, så de vil ikke inngå kompromisser hvis det går utover pasienten.

I dataanalysen stilte vi spørsmålet: "En rolle i utvikling?" Medicrollen har utviklet seg fra å være kun sykepleier, til å få en sentral rolle i arbeidet med sikkerhet og beredskap. I eksemplene "Konflikt mellom operasjonelt og maritimt mannskap" og "Coaching av en deksformann" så vi at medicen tok på seg en uformell lederrolle. Det er ikke nødvendigvis naturlig for alle mediser å stille seg i en slik posisjon, og i tillegg kan dette være kontroversielt fordi det kan bryte med forventningene andre stiller til medicen. Selv om dette er særtilfeller, kan det kanskje antyde en retning medicrollen kan utvikle seg i. Som nevnt i innledningskapittelet holder Høgskolen Stord/Haugesund på med å

utvikle en videreutdanning for sykepleiere som ønsker å jobbe offshore. På grunnlag av dette tror vi at medicrollen kan være en rolle i utvikling.

6.1 Forslag til videre forskning

Gjennom prosessen har vi laget oss noen tanker om hva vi ville fokusert på hvis vi skulle forsket videre på medicrollen. Vi har valgt å presentere dette i to ulike måter å fortsette forskningen på.

Den første muligheten er å undersøke hvilke forventninger de andre om bord egentlig stiller til medicen. Det ville vi gjort ved å intervju personer fra det operasjonelle-, det maritime- og klientfirmaet. Videre ville vi analysert datamaterialet fra de ulike firmaene og sammenliknet resultatene med svarene vi fikk i denne oppgaven. Vi tror denne vinklingen er viktig fordi det vil belyse interessentenes forståelse av medicrollen, som igjen vil gi informasjon som vi ikke hadde tilgang til i denne oppgaven.

Den andre muligheten er å intervju medicer fra andre typer fartøy i offshorebransjen. Vi ville undersøkt om de møter de samme forventningene som en medic på et IMR-fartøy. Med denne vinklingen ville vi også undersøkt om det kan være tendenser til rolleoverbelastning for medicene, med tanke på de ulike oppgaver de skal ha ansvar for. Det kunne gitt oss en bredere forståelse av medicens rolle, samt andre synspunkt på hva som forventes av en medic i offshorebransjen. Dermed vil vi kanskje få et større grunnlag for å identifisere rollen.

7. Litteraturliste

Flyvbjerg, B. (2011). Case Study. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (4 utg., 301-315). Los Angeles: SAGE Publications, Inc.

Gule, L. (2008). Profesjon og flerkulturalitet. I L.I Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (1.utg., s. 233-250). Oslo: Universitetsforlaget.

Grimen, H & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (1. utg., s. 179-196). Oslo: Universitetsforlaget.

Grimen, H (2008). Profesjon og tillit. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (1. utg., s. 197-215). Oslo: Universitetsforlaget.

Grimen, H. (2009). *Hva er TILLIT*. Kap. 2. Oslo: Universitetsforlaget AS (24 sider).

Haugaland HMS. (2014, 23.april). *Historie*. Hentet 6.mai 2014 fra <http://www.haugaland-hms.no/index.php?Lang=NO&ID=17>

Heggen, K. (2010). *Kvalifisering for profesjonsutøving – Sjukepleiar-lærer-sosialarbeidar*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Helsedirektoratet. (2011, 30. november). *Helsepersonellens taushetsplikt. Vern av pasientens integritet i helsepersonellens samtaler med pasienten*. Hentet 29. april 2014 fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsepersonells-taushetsplikt-vern-av-pasientens-integritet-i-helsepersonells-samtaler-med-pasienten/Sider/default.aspx>

Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2011). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. Oslo: Abstrakt forlag.

Johannessen, I., McArthur, P. & Jonassen J.R. (2014): Informal leadership redundancy: Balancing structure and flexibility in subsea operations. Upublisert manuskript.

Kaufmann, G. & Kaufmann, A. (2011). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Molander, A., & Smeby J.C., (2013). *Profesjonsstudier II*. Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk olje og gass. (2010, 3. august). *Olje og gass historien*. Hentet 12. mai fra <http://www.norskoljeoggass.no/no/Faktasider/Oljehistorie/>

Rognsaa, A. (2008). *Prosjektoppgaven*. Oslo: Universitetsforlaget.

Smeby, J.C., (2013). Profesjon og ekspertise. I J.C Smeby(Red.), *Profesjonsstudier II* (1.utg., s. 17-26). Oslo: Universitetsforlaget.

8. Vedlegg

8.1 Intervjuguide

Innledning:

- **Presentere oss for informanten.**
- **Presentasjon av bacheloroppgaven:** tema, problemstilling, bakgrunn og formål.
Problemstilling: *Møter mediser motstridende forventninger og krav i arbeidshverdagen, og i så fall, hvordan håndteres disse?*
Formål med intervjuet.
- **Intervjuets form:**
 - Intervjuet vil vare mellom 1–1½ time
 - Vi ønsker å bruke lydopptak under intervjuet for å forsikre oss om at det som blir sagt blir korrekt dokumentert.
 - Vi vil begge delta i møtet. Den ene vil være intervjuer, mens den andre hovedsakelig vil ta notater.
- **Anonymitet:**
Personer og fartøy vil bli anonymisert.

Spørsmål 1: Kan du si litt om bakgrunnen din og hva det var som førte til at du endte opp som medic?

Spørsmål 2: Har du lest dokumentet "Medicens rolle"?

- Hvis ja: Stemmer dette overens med din arbeidsdag, hvilke endringer ville du gjort med vår beskrivelse for å gjøre den mer realistisk
- Hvis nei: Hvordan vil du beskrive din arbeidsdag?
- Hvor mye tid bruker du på hver av disse oppgavene?
- Opplever du at du har tilstrekkelig handlingsrom for å gjennomføre oppgavene dine på en tilfredsstillende måte?

Spørsmål 3: Hva vil du si er din rolle om bord på båten?

- Har du flere roller?
- Har du opplevd konflikter i forhold til dine ulike roller?
- Kan du komme med noen eksempler?
- Hvilke valg og prioriteringer gjør du i slike situasjoner?

- Hvem tar du kontakt med hvis du er usikker på hva som er riktig å gjøre?

Spørsmål 4: Vårt inntrykk er at du har ulike rapporteringslinjer. Kan du si litt mer om dette?

- Hvem rapporterer du til?
- Hvilke forventninger opplever du fra hver av disse?
- Kan du beskrive et klart eksempel på en situasjon der du rapporterte til OM?
- Kan du beskrive et klart eksempel på en situasjon der du rapporterte til kaptein?
- Kan du beskrive et klart eksempel på en situasjon der du rapporterte til lege på land?
- Kan du beskrive et klart eksempel på en situasjon der du valgte, eventuelt vurderte, å stoppe operasjonen?
- Har du opplevd at disse forventningene kan være motstridende?
- Kan du beskrive et klart eksempel på en situasjon der du hadde taushetsplikt eller eventuelt opplevde en lojalitetskonflikt?
- Sett bort i fra de du rapporterer til, hvilke forventninger og krav stilles til deg fra de andre om bord på båten?

Spørsmål 5: Som en HMS-rådgiver om bord på båten er deler av jobben din å observere arbeidet som foregår, og eventuelt ta tak i ting som har med sikkerhet å gjøre. Kan du gi oss noen eksempler på observasjoner som fører til at du griper inn og hvordan du går fram i slike situasjoner?

- Har du eksempler på mindre alvorlige situasjoner?
- Hvordan går du fram i en slik situasjon?
- Har du eksempler på mer alvorlige situasjoner?
- Hvordan går du fram i en slik situasjon?
- Hvilke fordeler og ulemper er det ved bruk av din framgangsmåte?
- Vi har hørt at dere benytter en metode kalt åpen sikkerhetssamtale(ÅSS), kan du fortelle oss hva denne metoden går ut på?
- Er dette en metode du bruker i din jobbhverdag?
- Har du noen eksempler der du har brukt ÅSS?
- Hvilke fordeler og ulemper er det ved bruk av denne metoden?

Spørsmål 6: Opplever du kulturforskjeller om bord?

- Hvordan kommer de til uttrykk?
- Har du eksempler på konflikter som har oppstått?
- Har du opplevd utfordrende samtaler i forbindelse med kulturforskjeller?

Spørsmål 7: Opplever du utfordrende samtaler i andre sammenhenger i jobben ?

- Har du noen eksempler?

Spørsmål 8: Du nevnte situasjon A.....

- Hvordan tenker du i en slik situasjon?
- Hvordan ordlegger du deg i en slik situasjon?
- Hva sa motparten?
- Hva gjorde du så videre?
- Dette er en situasjon vi synes er interessant og kunne passet godt som et case. La oss beskrive et case, og illustrere hvordan dette kan gi oss fyldigere data enn bare et intervju. (Forklarer Maris case.) På bakgrunn av det vi har snakket om nå, kunne du tenkt deg å skrive et case likevel? Det vil heve kvaliteten på oppgaven vår og vil ikke ta deg mer en times tid.

Spørsmål 9: Nå nærmer vi oss slutten av intervjuet, er det noe du vil legge til?

- Har du noen uklarheter som du vil rette opp i?
- Har du noen avsluttende kommentarer?
- Når du nå tenker over svarene dine, er det noen særlige hensyn angående anonymisering?