



# Høgskulen på Vestlandet

## Masteroppgave i organisasjon og ledelse

MR691, Masteroppgåve Organisasjon og leiing

### Predefinert informasjon

Startdato:	27-05-2021 00:00	Termin:	2021 VÅR1
Slutt dato:	11-06-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 MR691 1 MA 2021 VÅR1		

### Deltaker

Navn:	Karianne Fedøy Magnussen
Kandidatnr.:	221
HVL-id:	573376@hvl.no

### Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	47995
---------------	-------

Egenerklæring \*:  Ja

Inneholder besvarelsen  Nei  
konfidensielt  
materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har  Ja  
registrert  
oppgavetittelen på  
norsk og engelsk i  
StudentWeb og vet at  
denne vil stå på  
uitnemålet mitt \*:

### Gruppe

Gruppenavn: Enmannsgruppe  
Gruppenummer: 33  
Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av masteroppgaven min \*

Ja

**Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \***

Nei

**Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \***

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# MASTEROPPGAVE

## Sykehjem, profesjon og organisasjon

En komparativ casestudie av ansvars- og oppgavedeling i sykehjem

## Nursing homes, professions and organization

A comparative case study on the division of labor and accountability in nursing homes

**Karianne Fedøy Magnussen**

Masterstudium i organisasjon og leiing, helse- og velferdsleiing

Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap. Institutt for samfunnsvitenskap

11. juni 2021

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Forord

Når jeg nå nærmer meg slutten av fire år som student ved Masterstudiet i organisasjon og leiing, helse- og velferdsleiing, er det med en enorm lettelse og aldri så lite vemod. Studiet har tilført meg ny kunnskap, oppfrisket engasjement for sykehjemstjenesten og nye refleksjoner, takket være dyktige forelesere og kloke medstudenter. Særlig vil jeg rette en stor takk til Reidar Øygaard, som har vært min veileder under utskrivningen av masteroppgaven. Takk for god tilbakemelding, kyndig veiledning og ikke minst fordi du har hatt tro på både meg og prosjektet mitt.

Jeg vil takke informantene i sykehjemmene, som under særdeles vanskelige forhold tok seg tid til å svare på mine spørsmål, til tross for at koronapandemien skulle vise seg å sette dem på sitt livs prøve.

Takk til Irene Kolnes som åpnet sitt hjem for meg da jeg pendlet mellom Bergen og Haugesund. Takk for gode samtaler, dype refleksjoner og for at du og Bertha Eidesvik har gjort fire år til en fest. Jeg kunne ikke ha drømt om å dele denne opplevelsen med noen bedre folk enn dere.

Nå legges bøker, utskrifter, notater og gule lapper bort, og jeg har aldri før lengtet mer etter sommerferie. Å levere masteroppgave under en pandemi er intet annet enn en bragd for en sykehjemsleder, og det hadde aldri vært mulig uten min gode, oppmuntrende og støttende mann, Tommy Magnussen. Endelig skal Dorthea, Alida og Teodor få mamma tilbake, og jeg er evig takknemlig for de oppofrelser dere har gjort siste året.

Takk til mine kjære kollegaer på sykehjemmet og til ledergruppen min, som har heiet og dratt lasset de siste måneder. Dere er enestående.

## Sammendrag

Denne studien tar for seg hvordan ansvar og oppgaver deles mellom sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter i sykehjem, særlig i lys av endrede oppgaver og økt ansvar i kjølvannet av samhandlingsreformen. Sykepleiere i de fleste norske sykehjem deltar i alle gjøremål, til tross for at framskrivinger tilsier at det vil mangle 40 000 sykepleiere i norsk helsevesen innen år 2035.

Studien baserer seg på intervjudata fra ti informanter i to ulike sykehjem. Sykehjemmenes organisasjonsmodeller spesialiserer og differensierer i ulik grad yrkesgruppens oppgaver og ansvar. Gjennom kvalitativ metode og semistrukturerte dybdeintervju forteller sykepleiere, helsefagarbeidere og ledere hvordan de opplever ansvars- og oppgavedelingen, samt hvordan organisasjonsmodellen oppfattes å påvirke kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering. Oppgaven gjennomføres som en komparativ casestudie med det formål å undersøke forskjeller i sykehjemmenes organisering, og å forstå og om mulig forklare funn i lys av teori om arbeidsdeling, system og profesjoner.

Studien viser store forskjeller i sykehjemmenes formelle organisering, noe som gjenspeiles i svært ulike organisasjonskulturer. Samtidig observeres store forskjeller i sykepleiernes opplevelse av kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering.

Funn i denne studien peker på uklar ansvars- og oppgavedeling i den *tradisjonelle organisasjonsmodell*, og derav uklare profesjongrensener. Endringer etter samhandlingsreformen forsterker den egalitære organisasjonskulturen i sykehjemmet, og fører til en mer utstrakt oppgaveglidning. Sykepleierne opplever daglig tidspress og utfordrende prioriteringer, noe som kommer i konflikt med yrkesetiske standarder.

I sykehjemmet med *teamorganisert sykepleiertjeneste* møtes endringer etter samhandlingsreformen med en utstrakt spesialisering av sykepleiernes ansvars- og arbeidsområde, samt differensiering mellom yrkesgruppens oppgaver. Sykepleierne opplever tilstrekkelig tid til å utføre oppgavene i tråd med yrkesetiske standarder, noe som også gjenspeiles i deres opplevelse av kvalitet på tjenesten. Studien finner at så vel kvalitet som ressursbruk kan få implikasjoner for rekruttering av sykepleiere i sykehjem.

## Abstract

This study addresses how responsibilities and tasks are divided between Registered Nurses, Nursing Assistants and Ward Assistants in nursing homes, especially in light of the changes in tasks and increased responsibility in the wake of the Collaboration Reform. RNs in most Norwegian nursing homes participate in all tasks, even though projections indicate a shortage of 40,000 RNs in Norwegian Healthcare by the year 2035.

The study is based on interview data from ten informants in two different nursing homes. The nursing homes' organizational models specialize and differentiate the tasks and responsibilities of the professions to varying degrees. Through qualitative methods and semi-structured in-depth interviews RNs, NAs and managers tell how they experience the division of responsibilities and tasks, as well as how the organizational model is perceived to impact quality of care, resource utilization and recruitment. The thesis is carried out as a comparative case study with the aim of examining differences in the organization of nursing homes, and to understand and, if possible, explain findings in the light of organizational theory, system theory and theory of professions.

The results show differences in the formal organization of the two nursing homes studied, which is reflected in different cultures within the organizations. At the same time, differences are observed in how RNs consider the quality of care, resource utilization and recruitment in the nursing homes.

Findings in this study point to unclear division of responsibilities and tasks in the *traditional organizational model*, hence unclear professional boundaries. Changes after the Collaboration Reform strengthen the egalitarian culture in the nursing home and lead to a more extensive shift in tasks. The RNs experience time pressure daily and due to this, challenging priorities that conflicts with professional ethical standards.

In the nursing home with *team-organized nursing service*, changes due to the Collaboration Reform is met with an extensive specialization of the RNs work and responsibility, as well as a significant differentiation between tasks. The RNs consider the time spent to perform tasks in line with professional ethical standards, sufficient. This is also reflected in how they consider the quality of care. Thus, this study finds that both quality of care and resource utilization can have implications for the recruitment of RNs in nursing homes.

# Innhold

Forord.....	ii
Sammendrag .....	iii
Figuroversikt.....	viii
1. Innledning .....	1
1.1 Valg av tema og problemstilling.....	3
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	5
1.3 Oppgavens struktur .....	6
2 Bakgrunn.....	7
2.1 Arbeidsdeling i det moderne samfunn .....	7
2.1.1 Differensiering og spesialisering i norsk helsetjeneste .....	7
2.1.2 Samhandlingsreformen .....	9
2.2 Kunnskapsstatus.....	10
2.2.1 Oppgaveglidning.....	10
2.2.2 Spesialisering og differensiering i sykehjem/ .....	11
2.2.3 Sykepleiermangel og arbeidsbelastning.....	14
2.2.4 Kompetanse og profesjongrensener i sykehjem.....	15
3 Teori.....	17
3.1 Systemteoretisk perspektiv på profesjoner.....	17
3.1.1 Systemteori .....	17
3.2 Arbeidsdeling.....	19
3.3 Profesjonsteori .....	20
3.3.1 Jurisdiksjon .....	21
3.3.2 Ulike former for jurisdiksjon .....	22
3.3.3 Arbeidsplassen som arena for jurisdiksjon .....	23
3.3.4 Profesjonssystemet.....	24
3.3.5 Helsevesenet- et profesjonssystem.....	25
3.3.6 Profesjoner i et maktperspektiv.....	26
3.3.7 Kollegialitet og ansvar .....	29
4 Metode .....	31
4.1 Forskningsdesign .....	31
4.2 Casestudie, komparativt design.....	31
4.3 Case, utvalg og informanter .....	32
4.3.1 Sykehjem med tradisjonell organisasjonsmodell.....	33
4.3.2 Sykehjem med teamorganisert sykepleiertjeneste.....	34
4.4 Intervjuguide .....	35

4.4.1	Gjennomføring av intervjuene .....	35
4.4.2	Transkribering.....	36
4.4.3	Analyse .....	36
4.5	Kvalitetsvurdering.....	37
4.5.1	Forforståelse.....	37
4.5.2	Validitet og reliabilitet .....	38
4.5.3	Overførbarhet .....	39
4.5.4	Etiske vurderinger.....	40
5	Case 1: Sykehjem med tradisjonell organisasjonsmodell .....	41
5.1	Ansvars- og oppgavedeling.....	42
5.1.1	Kompetanse og kollegialitet.....	42
5.1.2	Oppgaver.....	44
5.1.3	Ansvar .....	46
5.1.4	Organisasjonskart og arbeidsbeskrivelser .....	47
5.2	Endringer i sykehjem .....	47
5.2.1	Endringer i ansvar og oppgaver .....	48
5.2.2	Grad av spesialisering .....	48
5.2.3	Oppgaveglidning.....	49
5.2.4	Ansvarsglidning .....	50
5.3	Kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering .....	50
5.3.1	Tidspress og kvalitet .....	51
5.3.2	Ressursutnyttelse.....	52
5.3.3	Rekruttering .....	52
6	Case 2: Sykehjem med teamorganisert sykepleiertjeneste.....	53
6.1	Ansvars- og oppgavedeling.....	53
6.1.1	Kompetanse og kollegialitet.....	53
6.1.2	Oppgaver.....	54
6.1.3	Ansvar .....	57
6.1.4	Organisasjonskart og arbeidsbeskrivelser .....	58
6.2	Endringer i sykehjem .....	59
6.2.1	Endringer i ansvar og oppgaver .....	59
6.2.2.	Grad av spesialisering .....	60
6.2.3	Oppgaveglidning.....	60
6.2.4	Ansvarsglidning .....	62
6.3	Kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering .....	63
6.3.1	Tidspress og kvalitet .....	63



6.3.2	Ressursutnyttelse.....	64
6.3.3	Rekruttering .....	65
7	Funn .....	67
7.1	Ansvars- og oppgavedeling.....	67
7.1.1	Kompetanse og kollegafellesskap.....	67
7.1.2	Oppgaver.....	69
7.1.3	Ansvar .....	71
7.1.4	Organisasjonskart og arbeidsbeskrivelser .....	72
7.1.5	Sammenfatning .....	73
7.2	Endringer etter samhandlingsreformen .....	74
7.2.1	Endringer i ansvar og oppgaver .....	74
7.2.2	Grad av spesialisering .....	74
7.2.3	Oppgavegliding.....	75
7.2.4	Ansvarsglidning .....	77
7.2.5	Sammenfatning .....	78
7.3	Kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering .....	79
7.3.1	Kvalitet.....	79
7.3.2	Ressursutnyttelse.....	80
7.3.3	Rekruttering .....	81
7.3.4	Sammenfatning .....	82
8	Drøfting.....	83
8.1	Arbeidsdeling.....	83
8.1.1	Spesialisering .....	83
	Formalisering .....	84
	Profesjonalisering .....	86
8.1.2	Gråsoner og dobbeltarbeid.....	87
8.2	Systemteoretisk perspektiv på profesjoner.....	88
8.2.1	Åpenbare strukturer og dypstrukturer .....	88
8.2.2	Undersystemer og parallelle prosesser.....	91
8.2.3	Helhetlig tjenester .....	94
8.3	Profesjonsteori .....	95
8.3.1	Sykepleien – en profesjon? .....	95
8.3.2	Arbeidsplassen – en arena for jurisdiksjon .....	97
8.3.3	Jurisdiksjon og profesjongrensener.....	99
8.3.4	Maktperspektiver .....	100
	Statusrangering .....	100

Profesjonell tilbaketrekning .....	102
Rutineoppgaver .....	102
8.3.5 Individualisering av ansvar .....	103
9 Konklusjon.....	107
9.1 Oppsummering av hovedtrekk .....	107
9.2 Videre forskning .....	111
Litteraturliste .....	
Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring .....	
Vedlegg 2: NSD sin vurdering.....	
Vedlegg 3: Intervjuguide .....	

## Figuroversikt

Fig. 1	Hughes prestisjeskala	Side 28

## 1. Innledning

I det følgende gis en presentasjon av bakgrunn for valg av tema. Deler av denne teksten er en omarbeidet versjon av tekst hentet fra innledningsdel i min prosjektoppgave i kurs ME6-501 Forskningsdesign og metode vår 2020.

For offentlige organisasjoner er forsøk på endringer gjennom reformer ikke noe nytt fenomen, verken i Norge eller i global sammenheng. Reformene i offentlig sektor skapes av organisasjoner eller andre politiske aktører (Greve, 2012), for bevisst å endre strukturer og prosesser og for at organisasjonene ideelt sett skal kunne forbedres (Pollitt & Bouckaert, 2011). Til tross for at offentlig sektor i høy grad er institusjonalisert og dermed vanskelig å reformere, har særlig reformideene fra New Public Management (NPM) betonet offentlige organisasjoner i Norge siden 1980-tallet. Sentralt i NPM-tankegangen er strengere styring og kontroll av offentlig sektor, gjennom innføring av styringsvirkemiddel fra privat sektor. Flere av reformene har berørt helsevesenet, som særlig siden midten av 1990- tallet har vært omfattet av store og omgripende reformer. Ansvars- og oppgavefordelingen mellom stat og kommune har vært sentral i reformene, og samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) er den siste i en rekke av reformer som søker å regulere og omfordele ansvar og oppgaver mellom de statlige helseforetakene og de kommunale helsetjenestene (Helgesen & Hanssen, 2014).

Samhandlingsreformens målsetting er å løse sentrale utfordringer for helsevesenet, hvor særlig fragmenterte tjenester og vanskelige pasientoverganger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjeneste står sentralt. Gjennom en styrking av det kommunale nivået, pålegges kommunehelsetjenesten økt ansvar og nye oppgaver. Etter samhandlingsreformen sees derfor store endringer i ansvars- og oppgavedelingen mellom sykehus og sykehjem, men oppgavedelingen *innen* de fleste sykehjem er i stor grad uendret (Jacobsen F. F., 2010). Mens samfunnsstrukturer for øvrig har gjennomgått dyptgripende endringer hva gjelder differensiering og spesialisering, sees det kun små endringer i hvordan ansvar og oppgaver fordeles mellom yrkesgruppene internt i sykehjemmet. Ansvars- og oppgavedelingen er glidende, mange oppgaver overlapper hverandre, og grensene mellom ufaglærte assistenters, helsefagarbeideres og sykepleieres ansvar er tvetydige.

En diskusjon om hvor grensene mellom ansvarsområder og arbeidsoppgaver går mellom sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte assistenter, kan se ut til å pågå like fullt i dag som forut for samhandlingsreformens ikrafttredelse (Ludvigsen & Danielsen, 2014). Dette kan

også sees i sammenheng med helsepersonelloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999), som i liten grad konkretiserer hvilken formell kompetanse det enkelte helsepersonell skal ha, men fastslår at helsetjenester skal gis på en forsvarlig måte. I en proposisjon til Stortinget, Prop. 91 L, (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) i forbindelse med forslag til ny lov om kommunale helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) heter det at kommunenes overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester vil

[...] innebære en tydeligere ansvars plassering, uten at kommunen samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på, eller pålegges bruk av nærmere bestemte profesjonsgrupper. I henhold til forslaget vil kommunen bli gitt stor frihet til selv å velge hvordan ansvaret oppfylles. (2011)

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011) bygger på prinsippet om profesjonsnøytralitet som ble innført med helsepersonelloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Der heter det i § 4 at:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. (1999).

Forsvarlighetskravet i Lov om helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999) kan forstås som en juridisk standard som krever at profesjonelle selv bedømmer dens fortolkning. Hva som kan regnes som forsvarlig virksomhet fastsettes således gjennom profesjonell praksis, nyere forskning, profesjonelle sammenslutninger og nettverk, og gjennom normative myndighetskrav (Braut, 2011, s. 142). Det profesjonsnøytrale lovverket gir juridisk handlingsrom for sykehjem til å benytte skjønn i forhold til forsvarlighet og organisere arbeidet slik at oppgaver og ansvar fordeles mellom yrkesgrupper, uten å vektlegge formell utdanning. Ansvar knyttes her til den enkelte yrkesutøver (Ludvigsen & Danielsen, 2014).

Hvordan kommunen oppfyller ansvaret for de kommunale helsetjenestene har endret seg over tid. Fra opprinnelig å være en tjeneste tuftet på generell eldreomsorg, har kommunale helse- og omsorgstjenester de siste tiårene vokst, og betjener i dag langt flere funksjoner og nye brukergrupper enn for noen tiår siden. Siden 1955 har sykehjemmene utviklet seg fra å være rene pleieinstitusjoner til nå å skulle tjene som hjem, rehabilitering- og behandlingsinstitusjoner (Tingvold & Magnussen, 2018). Det økte behandlingsfokuset i sykehjem har medført stadig mer komplekse og avanserte oppgaver for sykehjemmene, som i dag tilbyr behandling som for 20 år siden bare kunne gis på sykehus. Basert på politiske initiativ har det parallelt vært en økning i antall sykepleierårverk i årene etter 1970 (Kvaal,

2015). Like fullt viser framskrivinger at behovet for sykepleiere i norsk helsetjeneste vil øke med opp mot 40 000 årsverk frem mot 2035 (Statistisk sentralbyrå, 2019). Antall sykepleieårsverk varierer stort fra sykehjem til sykehjem og fra kommune til kommune. Felles for sykehjemmenes organisering er likevel at det, til tross for store forskjeller i kunnskap og utdanningsnivå, sees få forskjeller i oppgavefordeling (Bing-Jonsson, Foss, & Bjørk, 2016). Det kan derfor være interessant å studere hvordan ansvars- og oppgavedeling oppleves av ansatte og ledere i sykehjem, og å undersøke hvordan ulike modeller for ansvars- og oppgavedeling oppfattes å påvirke forhold rundt kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering.

### 1.1 Valg av tema og problemstilling

Gjennom over 20 års arbeid i sykehjemstjenesten har jeg observert hvordan ansvars- og oppgavedelingen i sykehjemmet i liten grad er endret, til tross for så vel arkitektoniske endringer som reformendringer. Endringer i helsetjenesten tenderer til å få større oppmerksomhet i akademisk arbeid enn det som *ikke* endres; det stabile (Jacobsen F. F., 2010), og det er denne kontinuiteten som danner bakteppet for mitt valg av tema og problemstilling. I det følgende presenteres en generell beskrivelse av sykehjemmets oppbygging. For å belyse hovedtrekk i de to organisasjonsmodellene som er gjenstand for min studie, introduseres to begrep; *teamorganisert sykepleiertjeneste* og *tradisjonell organisasjonsmodell*. Selv om begrepene langt på vei er konstruerte og generaliserende fremstillinger, viser de imidlertid tendenser i to ulike modeller. Mange sykehjem vil ha trekk fra den ene organisasjonsmodellen, eller en hybrid av dem begge.

Offentlige organisasjoner som sykehjem inngår i et kommunalt styringssystem med en kommuneledelse øverst i hierarkiet. I kommunen hvor min studie finner sted er ulike etater underlagt kommunaldirektør, og etatsdirektør for sykehjemmetaten er således virksomhetsleders overordnede. Det er virksomhetsleder som har det overordnede ansvaret for driften på sykehjemmet og over de ulike underenheter som sykehjem organiseres med. Enhetene kan variere i størrelse, men i de senere år har mange sykehjem blitt bygget, og ombygget, med mindre boenheter enn tidligere for på den måten å fremstå mer hjemlige enn de eldre, store sykehjemsenhetene. Ofte ligger plassantallet i en boenhet på mellom sju og ti plasser (Jacobsen F. F., 2010). Selv om det er ulikt hvordan disse boenheter organiseres, vil det ofte være to eller tre boenheter i en større enhet, som gjerne kalles en sykehjemsavdeling. Når pasienter oppfyller kravene til sykehjems plass, tildeles de plass i en boenhet i sykehjemmet som har ledig plass. Noen sykehjem har spesialiserte boenheter for pasienter

med særskilte behov utover behovet for sykehjemsplass, og pasientene må følgelig oppfylle visse kriterier for å få plass i en slik spesialisert boenhet.

I de siste årene har en ny modell for ansvars- og oppgavedeling blitt introdusert i enkelte sykehjem. Modellen innebærer bruk av færre sykepleierårverk, noe som kan sees i sammenheng med kommunens vansker med å rekruttere nok sykepleiere. Ved denne organiseringen arbeider sykepleierne i et sykepleierteam, og inngår ikke direkte i sykehjemsavdelingens øvrige arbeid. De ledes av en sykepleierleder, og har tilholdssted utenfor sykehjemsavdelingen. Sykepleierne har en ambulerende funksjon som innebærer at de tilkalles for rådgivning, konsultasjon og ved behov for sykepleierkompetanse, men deltar ikke i kjøkken- og renholdsoppgaver. Den tidligere avdelingssykepleieren er erstattet av en helsefagarbeider som leder en eller flere boenheter, hvor helsefagarbeidere og assistenter arbeider. Organiseringen har vært benyttet i en tiårs-periode i Norge, da særlig av kommersielle aktører. I noen sammenhenger kalles organiseringen for «sykepleier i stab», men jeg vil i denne oppgaven konsekvent bruke uttrykket *teamorganisert sykepleiertjeneste* når jeg sikter til sykepleiernes ambulerende funksjon i sykehjem.

Teamorganisert sykepleiertjeneste står i kontrast til den *tradisjonelle organisasjonsmodellen* hvor grensene mellom de ulike yrkesutøverne i liten grad er tydelige. Ved den tradisjonelle organisasjonsmodellen inngår sykepleierne i en sykehjemsavdeling som ledes av en avdelingssykepleier. Sykepleierne arbeider side om side med helsefagarbeidere og assistenter og utfører kjøkkenoppgaver, skylleromarbeid og annet forefallende arbeid. Samtidig har sykehjemmene fått tildelt flere avanserte oppgaver og et utvidet ansvar for behandling og pleie etter samhandlingsreformen, og sykepleierne utfører derfor flere avanserte oppgaver parallelt med de mer trivielle oppgavene.

Norge står overfor en demografisk utvikling med en økende andel eldre på grunn av store etterkrigskull, som etter all sannsynlighet vil ha behov for helsetjenester i større grad enn i dag. Samtidig opplever helsetjenesten en storstilt mangel på sykepleierkompetanse. Ny oppgavefordeling beskrives i noe litteratur knyttet til sykehjemstjenesten, og innebærer i denne sammenheng en oppgavegaveglidning der annet personell overtar oppgaver av mer triviell art som ikke krever sykepleierkompetanse. Gjennom en tydeligere differensiering av oppgaver, kan sykepleierne benyttes utelukkende til oppgaver som krever sykepleierkompetanse. På den måten kan sykehjem ikke bare møte de demografiske

utfordringer som en aldrende populasjon innebærer, men også de krav som de senere års reformer stiller til tjenesten.

Formelle og uformelle strukturer inngår i alle organisasjoner. I min studie av ansvars- og oppgavedeling i sykehjem kan det være nyttig å legge til grunn et slikt skille, for på den måten å undersøke om grenser mellom yrkesgruppenes ansvar og oppgaver fremkommer av formell eller uformell struktur. Formelle strukturer sikter til ledelsens kommunikasjon gjennom offentlige dokumenter som arbeidsbeskrivelser, organisasjonskart, stillingsinstrukser, rutiner og prosedyrer. Den enkelte tjeneste kan utforme retningslinjer med bakgrunn i helselovgivningen, der ansvar og oppgaver formelt fordeles på yrkesgruppene. Uformell struktur reflekterer det som skjer i organisasjonens kulisser, men kan også være svært synlig. De uformelle strukturer blir gjerne kommunisert i organisasjonen gjennom aktører med mindre definisjonsmakt enn ledelsen (Johannessen, 2018).

Samhandlingsreformens intensjon om en styrking av det kommunale nivået i norsk helsetjeneste legger først og fremst til grunn en endring i ansvars- og oppgavefordeling mellom stat og kommune. I denne oppgaven stiller jeg spørsmål om ikke utvidet ansvar og nye oppgaver i sykehjem etter samhandlingsreformen også kan tenkes å få implikasjoner for ansvars- og oppgavedelingen internt i sykehjemmene. Oppgaven belyser hvordan sykepleiere, helsefagarbeidere og ledere i sykehjem opplever fordeling av ansvar og oppgaver, og hvordan ansvars- og oppgavedelingen også oppfattes å påvirke kvalitet, rekruttering og ressursutnyttelse.

## 1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Min undring og nysgjerrighet på hvordan ansvar og oppgaver fordeles mellom pleiepersonalet i sykehjemmene, og hvordan to ulike organisasjonsmodeller møter de økte krav til tjenestene har ledet meg til følgende problemstilling:

**Hva kjennetegner ansvars- og oppgavedelingen i sykehjem i møte med nye oppgaver og økt ansvar, og hvilken rolle spiller ansvars- og oppgavedelingen for de ansattes opplevelse av kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering?**

For å nærme meg problemstillingen stiller jeg tre forskningsspørsmål:

- **Hva vektlegges når ansvar og oppgaver fordeles mellom yrkesgruppene, og fremkommer dette i hovedsak av formelle eller uformelle strukturer?**

- **Møter sykehjemmet endringer gjennom økt spesialisering og differensiering, eller med økt ansvars- og oppgaveglidning?**
- **Opplever yrkesgruppene at ansvars- og oppgavedelingen har betydning for kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering?**

### 1.3 Oppgavens struktur

I kapittel 1 gjør jeg rede for bakgrunnen for valg av tema, og hvorfor dette temaet har fanget min interesse. Jeg redegjør for egne erfaringer og viser hva som har ledet meg til valgt problemstilling og forskningsspørsmål. I kapittel 2 tar jeg for meg bakgrunnen og den samfunnskonteksten som oppgaven min bygger på. Jeg redegjør for arbeidsdeling som et trekk ved et moderne samfunn, og hvordan en økende differensiering og spesialisering i norsk helsetjeneste har vokst fram, særlig i etterkrigsårene. Videre presenteres tidligere forskning og den kunnskapsstatus som jeg har funnet relevant for min oppgave. Kapittel 3 angir den teoretiske referanserammen som oppgaven bygger på, og som jeg også vil bruke til å belyse funnene. I kapittel 4 belyses forskningsmetode, de metodiske valgene, design og analysemetode. Jeg vil her presentere utvalget av informanter, innsamling og analyse av datamaterialet, samt studiens etiske vurderinger. Kapittel 5 og kapittel 6 gir en presentasjon av hovedfunnene, mens kapittel 7 sammenfatter alle funnene i lys av teoretiske perspektiv og tidligere forskningsfunn. Kapittel 8 representerer drøftingsdelen av oppgaven, og jeg vil her drøfte hovedfunnene opp mot den teoretiske rammen og gjøre en sammenligning mellom de to casene. I oppgavens siste kapittel 9 samler jeg trådene og trekker en konklusjon basert på analysen av datamaterialet, og peker på behov for videre forskning.



## 2 Bakgrunn

I dette kapittelet belegges bakgrunn for problemstilling, og oppgavens kontekst tydeliggjøres. Videre presenteres kunnskapsstatus og tidligere forskning tematisk. Deler av denne teksten er en omarbeidet versjon av tekst hentet fra innledningsdel og teoridel i min prosjektoppgave i kurs ME6-501 Forskningsdesign og metode vår 2020.

### 2.1 Arbeidsdeling i det moderne samfunn

Med framveksten av det moderne samfunn sees store strukturelle endringer i så vel offentlig som i privat styring, og en differensiering av privat og offentlig sfære. Store teknologiske fremskritt, økende globalisering og nyvinninger innen industri og medisin har ført til fremvekst av organisasjoner, som på ulike måter tar sikte på å løse komplekse samfunnsoppgaver. Funksjonell differensiering hvorved store og komplekse arbeidsoppgaver inndeles i mindre arbeidsoppgaver, blir av den tyske sosiologen Niklas Luhmann betegnet som et typisk trekk ved det moderne samfunn. Således sees også funksjonell differensiering som et mål på modernitet (Ziemann, 2007, s. 221). Som en del av denne moderniseringen har eldre, multifunksjonelle samfunnsinstitusjoner måttet vike plass for en ny samfunnsordning der politikk-, kultur- og økonomifunksjoner utføres av separate samfunnsaktører (Ziemann, 2007, s. 223). I dag sees funksjonell arbeidsdeling i form av spesialisering og formalisering som en forutsetning for å kunne gi effektive og kvalitativt gode tjenester.

Som en klar respons på fremveksten av behovet for funksjonell arbeidsdeling ble det som ofte betegnes som den klassiske profesjonsforskningen, utviklet i England og USA fra 1930-tallet. Profesjonsforskningen gikk ut på å kategorisere yrker og yrkesutvikling, basert på lister over trekk som skulle være felles for yrker som kunne betegnes som profesjoner (Heiret & Ludvigsen, 2012, s. 456). Ansvars- og oppgavedeling i sykehjem har klare referanser til det som betegnes som en funksjonell arbeidsdeling. Hvordan yrkesgruppene i sykehjemmet fordeler ansvar og oppgaver imellom seg, er særlig interessant i et profesjonsteoretisk perspektiv.

#### 2.1.1 Differensiering og spesialisering i norsk helsetjeneste

Eldreomsorgen, slik vi kjenner den i dag, har ikke alltid vært et offentlig anliggende. I agrarsamfunnet ble eldre og skrøpelige ivaretatt av familiene, gjerne i kårboliger på gårdene. Grunnlaget og forutsetningene for den norske velferdsstaten, hvor helsetjenesten utgjør et hovedelement, bygger på den sosiale politikk som ble etablert på det liberale samfunns premisser (Seip, 1994, s. 15). Her var det stort rom for private tiltak, om enn i samarbeid med

det offentlige. Fra slutten av det 19. århundre ble det kollektive ansvaret for borgernes velferd utvidet, og kollektivismen vokste frem som en ny ideologisk bølge i mellomkrigsårene. Kollektivismen markerte et dypere brudd med den liberale tro på selvansvar som den sosiale politikk bygget på, og innebar et langt større offentlig innslag hvor staten skulle være en garantist for borgernes velferd. Den offentlige velferdsstaten skulle i økende grad håndtere komplekse samfunnsproblemer, ettersom det sosialpolitiske systemet gikk fra å være privatoffentlig til offentligprivat (Seip, 1994). I kjølvannet av en offentlig velferdsstat vokste også behovet for å differensiere de helsetjenester som det offentlige skulle tilby.

Gjennom 1960- og 1970- årene sees dermed en økende desentralisering av helsetjenester i Norge. St.meld. nr. 59 (1967-68) *Om hjelpeordninger for hjemmene* (1968) markerer en tydeliggjøring av det offentlige ansvaret for eldre og hjelpetrequende. En stor del av institusjoner for eldre hadde hittil blitt drevet av private, ideelle stiftelser og menigheter, og disse utgjorde hovedelementene i eldreomsorgen. Gjennom 1970- og 1980-tallet vokste fokuset på desentralisert helsetjeneste, og fokuset ble forsterket gjennom en rekke stortingsmeldinger og utredninger. Kommunehelsetjenesten som selve fundamentet for desentraliseringen, ble tydeligere tematisert i disse tiårene. Kommunene fikk også det fulle økonomiske ansvaret for sykehjemmene fra midten av 1980-årene (Alvsvåg, 2013).

Offentlige velferdstjenestene var fram til 1980-tallet preget av en velferdsprofesjonell diskurs, som vektla det profesjonelle skjønn. NPM-ideene fikk imidlertid økende relevans for offentlig helsetjeneste på 1990-tallet, og bar bud om fornyelse, effektivitet og kvalitet. Grunntanken i NPM er at offentlig sektor ikke bør drives særlig annerledes enn privat sektor når det gjelder organisering, styring og ledelse, siden offentlig sektor ikke representerer noe fundamentalt annerledes enn privat sektor. NPM-tankegangen oppmuntret til at selvstendige enheter skulle overta større multifunksjonelle forvaltningsenheters oppgaver, gjennom spesialisering og desentralisering (Røiseland & Vabo, 2016, s. 20).

Fra et samfunn der velferd og trygghet i stor grad ble betraktet som et privat anliggende, betraktes helse- og velferdstjenester i dag som det offentliges ansvar. I takt med samfunnsutviklingen ellers har fremveksten av den norske velferdsstaten bidratt til komplekse offentlige helsetjenesteorganisasjoner som skal møte og betjene sammensatte helse- og omsorgsbehov i befolkningen (Røiseland & Vabo, 2016, s. 12). Spesialiserte helsetjenester skal møte differensierte behov, og det offentlige ansvaret deles mellom statlige, kommunale og til dels private aktører. Ansvars- og oppgavedelingen mellom

spesialisthelsetjenesten og de kommunale helsetjenestene har blitt behandlet, omtalt og forsøkt endret i offentlige dokumenter og reformer.

### 2.1.2 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) fremstår i så måte retningsgivende for helsetjenesteutforming i både sykehjemstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Den betegnes som en nødvendig tilpasning til krav om helhetlige helsetjenester, krav som på mange måter gjenspeiler den norske velferdsmodellens verdigrunnlag. Intensjonen er en styrket samhandling mellom de ulike nivåene, og mer sammenhengende pasientforløp for tjenestemottakerne. Reformen sees likeledes som en tilpasning til den demografiske utvikling med et økende antall eldre, og den tar sikte på å endre ansvars- og oppgavedelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Mer ansvar overføres til kommunene, som skal ha ansvaret for de forebyggende, behandlende og rehabiliterende tjenester i primærhelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Samhandlingsreformen er forankret i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011), som pålegger kommunene å realisere målene og intensjonen i samhandlingsreformen. Gjennom økt satsning på forebyggende virksomhet og mindre bruk av spesialisthelsetjenester, skal de kommunale tjenestene fremover bygges på lavest mulige omsorgsnivå. Overføringen av ansvar og oppgaver til kommunalt nivå skal likevel ikke forringe kvaliteten på tjenestene, men skal gi bedre kvalitet parallelt med en mer kostnadseffektiv og helhetlig tjenestemodell. Det er pasientens interesser, behov og ønsker som settes i fokus, og ikke organisasjonenes eller profesjonenes egeninteresser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Sykehjemspasienter skal i større utstrekning enn forut for samhandlingsreformen behandles i sykehjemmet, og reformen introduserer virkemidler som dagbøter for utskrivningsklare pasienter for å stimulere kommunene til raskere å ta imot pasienter som defineres som utskrivningsklare av sykehuset. Til tross for at utskrivningsklare pasienter betegnes som ferdigbehandlet av spesialisthelsetjenesten, er det ikke ensbetydende med at de er friskere eller trenger mindre avansert behandling. Det økte ansvaret har medført flere og mer avanserte oppgaver for sykehjemmene, fordi sykehjemspasienter har sammensatte behov og komplekse sykdomstilstander som sykehjemmene er forventet å håndtere.

## 2.2 Kunnskapsstatus

Underveis i mitt prosjekt har jeg gjennomført søk i databaser som Oria, Google Scholar, ERIC og Academic Search Elite for å finne forskning om ansvars- og oppgavedeling i sykehjem. Det ble blant annet benyttet søkeord som «oppgaveglidning» og «task shifting», i kombinasjon med «helsetjeneste» og «sykehjem». Det finnes imidlertid lite litteratur som omhandler ansvars- og oppgavefordeling i kommunene generelt, og sykehjemmene spesielt. I det følgende presenteres studier og litteratur om ansvars- og oppgavedeling som jeg finner relevant for denne oppgaven. Her fremstilles funn fra tidligere forskning tematisk, og ikke kronologisk. Dette gjøres for å sette litteraturen inn i en sammenheng som også relaterer til denne oppgavens kontekst.

### 2.2.1 Oppgaveglidning

Oppgaveglidning mellom ulike nivå i helsetjenesten benyttes gjerne som en løsning for bedre utnyttelse av ressurser, særlig når ressurstilgang er begrenset. Oftest blir oppgaver flyttet vertikalt, fra yrkesgrupper med et høyere kompetansenivå, til yrkesgrupper med lavere kompetanse, slik som når oppgaver flyttes mellom yrkesgruppene i sykehjemmet. Horisontal oppgaveglidning beskriver prosesser hvor oppgaver flyttes mellom ulike nivå av tilsvarende profesjonell kompetanse, som fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. I så måte medbringer samhandlingsreformen et betydelig innslag av horisontal oppgaveglidning, når så vel ansvar som oppgaver overflyttes fra ett nivå i helsetjenesten, til ett annet (Malterud, Aamland, & Fosse, 2020, ss. 24-25). I helsetjenestene skjer ofte oppgaveglidning uintendert, og ofte som en respons på nye eller økte krav, eller pressede tider. Oppgaveglidning skjer dermed mer som en nødvendig tilpasning til praktiske utfordringer, enn som et bevisst styringsvirkemiddel (Abbott, 1988). Dette fremkommer også av en rapport som ser på tidligere forskning og utredninger som omhandler ny oppgavefordeling mellom profesjoner, både nasjonalt og internasjonalt (Ludvigsen & Danielsen, 2014). Rapporten peker på at forskning på området er begrenset, og at de fleste undersøkelser begrenses til å omhandle bruk av Advanced Nurse Practitioners (ANP), og særlig i spesialisthelsetjenesten (Ludvigsen & Danielsen, 2014, s. 4).

Kommunale ledere som ble omhandlet i rapporten gir uttrykk for lite kjennskap til ny oppgavefordeling som et strategisk virkemiddel, til tross for at det skjer tilpasninger i organisering som indirekte kan fremme ny oppgavefordeling (Ludvigsen & Danielsen, 2014, s. 4). Det profesjonsnøytrale lovverket åpner, ifølge Ludvigsen og Danielsen (2014, s. 44) for oppgavedeling, og det kan ligge en ubrukt ressurs i helsefagarbeidernes kompetanse.

Rapporten til Ludvigsen og Danielsen (2014) identifiserer en rekke arbeidsoppgaver som er uklart fordelt mellom yrkesgrupper i sykehjem, og som gjennom en tydeligere differensiering kan spesialiseres for å møte framtidens økende behov for kommunale helsetjenester.

### 2.2.2 Spesialisering og differensiering i sykehjem/

En artikkel som særlig tar for seg sykehjemmenes utvikling mot en mer differensiert tjeneste, er artikkelen *Økt differensiering og spesialisering i sykehjem* (Tingvold & Magnussen, 2018). Artikkelen bygger på en intervjustudie som ble gjennomført i forbindelse med evalueringen av Stortingsmelding 25, *Mestring, muligheter og mening* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Siden 1990-tallet og frem til i dag har helsetjenesten hatt fokus på spesialisert og differensiert omsorg, behandling og rehabilitering, særlig gjennom de siste års reformer. Tingvold og Magnussen (2018) setter søkelys på hvordan reformene har endret sykehjemstjenesten, og setter utviklingen av sykehjemstjenesten inn i et historisk perspektiv. De deler sykehjemmenes oppgaver inn i tre hovedfaser, der første fase viser til pleie og stell av eldre mennesker. Fram til 1955 ble også institusjonene som ga forpleining kalt pleiehjem. I årene etter 1955 ble pleiehjemmene i økende grad omgjort til sykehjem, og sykehjemmene skulle ikke lenger bare gi pleie og stell, men også iverksette aktivitetstiltak og arbeidsterapi. Nå skulle sykehjemmene legge til rette for å opprettholde og forbedre de eldres helse og funksjonsnivå. Fra sentralt hold ble oppgavene til sykehjemmene konkretisert gjennom 1970-årene. Sykehjemmene skulle dekke fire funksjoner; pleiefunksjon, attføring, sosial funksjon og forebyggende virksomhet (Tingvold & Magnussen, 2018, s. 155). Spesialisert og differensiert omsorg, behandling og rehabilitering har fått økende oppmerksomhet siden siste del av 1990-tallet og frem til i dag.

I tråd med sykehjemmenes utvikling mot en mer behandlende rolle, utgav Helse- og omsorgsdepartementet i 1999 veilederen *Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjeneste* (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). I denne ble det nok en gang påpekt at sykehjemmene skulle styrke sin rolle som aktivt behandlingssted, og gi tilbud om korttidspleie. En medisinsk modell ble foretrukket med styrking av lege- og sykepleiertjenestene, og sykehjemmene skulle også tjene til korttidsopphold. I studien som Tingvold og Magnussen (2018) sin artikkel bygger på, fremkommer det at en overveiende andel av plasser i sykehjem likevel er rettet mot langtidsopphold. Sykehjemmet kan på den måten sies å skulle tjene en dobbel rolle; både som «hjem» og som behandlingsinstitusjon (Tingvold & Magnussen, 2018, s. 155).

Til tross for en styrking av lege- og sykepleiertjenesten, utgjør de yrkesfagutdannede helsefagarbeiderne likevel den største andelen av ansatte i de fleste norske sykehjem i dag, ifølge funn i en litteraturstudie om kompetansegapet i norskkommunal helsetjeneste; *The competence gap in community care; imbalance between expected and actual nursing staff competence* (Bing-Jonsson, Foss, & Bjørk, 2016). Studien refererer til tidligere forskning som har indikert at bedre kvalitet i tjenestene, forbedring i pasienters tilstand og færre uønskede hendelser har sammenheng med antall sykepleiere i helsetjenestene. Profesjonell kompetanse betraktes som et sentralt moment ved kvalitativ god pleie, men i studien stiller Bing-Jonsson, Foss og Bjørk (2016) spørsmål ved hvordan man egentlig måler kvalitet. Det meste av tidligere forskning har benyttet kvantitative data som måler bemanning ut ifra antall sykepleiere, og i denne litteraturstudien argumenteres det for at man ikke nødvendigvis vil kunne si noe om den faktiske kompetansen disse sykepleierne innehar, bare ved å måle volumet på bemanning (Bing-Jonsson, Foss, & Bjørk, 2016).

Bing-Jonsson et al. utførte i 2013 en annen studie der de ved bruk av måleverktøyet NOP-CET, målte kompetansen til 1016 personer, representert ved yrkesgruppene sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter, blant annet i sykehjem (Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk, & Foss, 2016). Studien hadde også som formål å undersøke hva som påvirker kompetanse. Ifølge studien utgjør ufaglærte assistenter om lag 30 prosent av pleiepersonalet i norsk eldreomsorg, mens om lag 60 prosent er helsefagarbeidere med yrkesfaglig utdanning. Bare ti prosent er sykepleiere med høyskoleutdanning, og disse skåret noe høyere enn både helsefagarbeidere og assistenter på de fleste områder som ble målt. Helsefagarbeiderne skåret høyere enn assistentene, men studien fant likevel at sykehjemmene hadde relativt lav kompetanse sammenlignet med de forventninger som kan leses i offentlige dokumenter. Funnene i studien peker i hovedsak på uklar rollefordeling som en av årsakene til den relativt lave forskjellen i målt kompetanse mellom yrkesgruppene, fordi profesjonstilhørighet og kontekstuelle trekk ved arbeidsplassen, ser ut til å ha større påvirkning på kompetanse enn formell utdanning (Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk, & Foss, 2016, s. 9).

Det konseptuelle rammeverket som studien til Bing-Jonsson et al. legger til grunn for å definere kompetanse hos yrkesgruppene, omfatter den kollegiale sammenhengen som yrkesgruppene tilhører. Konseptualiseringen bygger på Edward (2010) sitt sosial-kulturelle perspektiv, som fokuserer på de relasjonelle aspektene ved kompetanse (Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk, & Foss, 2016, s. 2). Heri ligger en forståelse av at den individuelle kompetanse står i et gjensidig avhengighetsforhold til andre kollegaers kompetanse.

Kompetanse må derfor betraktes mer som en kollektiv aktivitet enn en individuell egenskap. Målet innen en arbeidsplass er at yrkesgruppene gjensidig styrker hverandres kompetanse slik at den samlede kompetansen er større enn den individuelle. Studien finner at tilhørigheten til egen yrkesgruppe svekkes gjennom at arbeidsoppgavene i høy grad er de samme, på tross av ulik utdanning. Det sees liten forskjell mellom hvilke oppgaver de ulike yrkesgruppene utfører, noe som påvirker den totale kompetansen i negativ retning (Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk, & Foss, 2016). Tendensen til å samarbeide for å komme i mål med gjøremål, blir i studien identifisert som en av årsakene til at sykepleierne ikke får benyttet sin kompetanse til fulle, til tross for at de har utdanning til å kunne håndtere mer avanserte oppgaver enn de faktisk utfører (Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk, & Foss, 2016).

Heller enn å se på antall sykepleiere i sykehjem som et mål på kvalitet, kan det være nyttig å differensiere arbeidsoppgavene i sykehjem (Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk, & Foss, 2016, s. 9). Dette er i tråd med artikkelen *Når er det nok ressurser i pleiesektoren?* (2015), hvor forfatteren argumenterer for at pleiesektorens tilsynelatende umettelige behov for ressurser kan belyses ut ifra et helseøkonomisk perspektiv. Artikkelen peker på at det i Norge har vært en økning i antall pleieårsverk på 400 prosent siden 1970, en økning som er langt høyere enn befolkningsøkning og levealder alene kan forklare. Bemanningen er blitt bedre og nye behandlinger tilbys. Likevel opplever mange at helsetjenesten er i en bemanningskrise, i stor grad fordi prioritering av arbeidsoppgaver setter det økonomiske «godt nok»- prinsippet opp mot helsesektorens «best mulig»- ideologi (Kvaal, 2015).

Prioriteringslogikker og effektivitetskrav belyses også i artikkelen *Arbeidsforhold ved norske sykehjem – idealer og realiteter* (Ingstad, 2010). Her fremkommer det hvordan endringer i kjølvann av NPM har påvirket arbeidsforhold i norske sykehjem, og særlig hvordan nye effektivitetskrav kan komme i konflikt med etablerte normer som sykepleiere har i forhold til sin profesjonelle rolle (Ingstad, 2010). Helse- og omsorgssektorens profesjoner har tradisjonelt hatt stor definisjonsmakt over praksisfeltet, og har i stor grad bidratt til den organisering som finnes. En endring av roller og oppgaver innen sykehjemstjenesten vil kunne komme i konflikt med de etablerte verdsett som helseprofesjonene er bærere av. Til tross for de senere års helsepolitiske grep med oppgavefordeling fra stat til kommune og en forsterking av kommunens ansvar gjennom samhandlingsreformen, finnes det lite kunnskap om konsekvensene dette har for sykehjemstjenesten (Kvaal, 2015).

Kunnskap og forskning om ansvars- og oppgavedeling i sykehjem peker på at det i liten grad skilles mellom yrkesgrupper og oppgaver i sykehjemstjenesten. Helsepersonell i norske sykehjem håndterer svært like oppgaver uavhengig av hvilken yrkesgruppe de tilhører, selv om de har relativ ulik grad av formell utdanning. Ettersom kommunal helsetjeneste stadig tar imot flere og skrøpeligere pasienter, peker forskning på et urovekkende gap mellom forventet og reell kompetanse, og det hevdes at oppgavedelingen bør bli klarere i tjenestene (Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk, & Foss, 2016). Likeså uttaler professor i helseøkonomi Ivar Sønbo Kristiansen i Kvaal (2015) sin artikkel at det må foretas prioriteringer i pleie- og omsorgssektoren, særlig med tanke på de store demografiske utfordringer vi står overfor i de kommende år. Han hevder det har vært lite forskning knyttet til hvordan vi skal prioritere, og trekker veksler på privatøkonomiske prioriteringer.

### 2.2.3 Sykepleiermangel og arbeidsbelastning

En rekke studier peker på at sykehjem i særlig grad rammes av sykepleiermangel, på grunn av økt behov gjennom demografiske endringer, økte krav til tjenesten og fordi få nyutdannede sykepleiere ønsker å arbeide innen eldreomsorg. Dette begrunnes blant annet med for stor arbeidsbelastning, lav bemanning og fordi sykepleiere ikke primært får utføre sykepleieroppgaver siden de må ta hånd om prekære oppgaver innen stell, og inndekking av sykefravær. De opplever at arbeidsforholdene for sykepleiere ikke er gode nok (Rasmussen & Kjevik-Wycherley, 2019, s. 315). Samtidig har et økende behov for helsetjenester til eldre lagt et stort press på kommunenes budsjett for helse- og omsorgstjenester (Rasmussen & Kjevik-Wycherley, 2019, s. 314).

Arbeidsbelastningen i sykehjem tematiseres også av Ingstad (2010). I sin studie finner hun at sykepleierne opplever arbeidsforholdene i sykehjem som hektiske, med mange og komplekse arbeidsoppgaver. Sykepleierne beskriver tøffe prioriteringer som ofte innebærer å dekke grunnleggende behov, og tidspresset kan sies å utfordre omsorgsidealet. Når alt det grunnleggende som mat, medisiner, stell og toalettbesøk er gjort, blir det liten tid til andre oppgaver. Dette kan ifølge Ingstad (2010) sees i sammenheng med flatere organisasjonsstruktur som følge av desentralisering, nedbygging av hierarki og myndiggjøring av arbeidstakere. Sykepleierne opplever å ha fått flere nye arbeidsoppgaver på grunn av en stadig større gruppe med eldre pasienter, og de opplever et gap mellom tilgjengelige ressurser og pasientenes behov (Ingstad, 2010).



To typer mestringsstrategier for å kompensere for gapet mellom ressurser og behov trekkes fram i Ingstads (2010) forskning; de som strekker seg mot idealene og jobber lenger enn normal arbeidstid, og de som i større grad fjerner seg fra idealene og justerer forventningene til eget arbeid slik at de er i overensstemmelse med rammebetingelsene. Ingstad (2010) problematiserer at sykepleiere ofte møter gapet mellom ressurs og behov med å senke kravene til eget arbeid og å fjerne seg fra idealene. Slike mestringsstrategier kan virke demoraliserende for ansatte innen helsesektoren. Når sykepleiere bruker denne mestringsstrategien, kan det over tid gå ut over status og rekruttering til yrket. Videre forskning bør se på hvordan en kan forene idealene med en samtidig effektivisering, og artikkelforfatter spør om hvordan en i fremtiden kan jobbe smartere, og ikke raskere (Ingstad, 2010).

#### 2.2.4 Kompetanse og profesjongrensener i sykehjem

Over en periode på nær 20 år foretok Frode F. Jacobsen (2010) to deltakende feltarbeid i et norsk sykehjem, for å undersøke pleiernes organisering, oppgaver og arkitektoniske rammer. Han ble særlig oppmerksom på hvordan pleieoppgavene ble fordelt mellom pleierne, og at disse ikke endret seg, eller endret seg lite over tid, til tross for store arkitektoniske og andre organisatoriske endringer. Mellom hans to feltarbeid gjennomgikk sykehjemmet arkitektoniske endringer fra store sykehjemsavdelinger til mindre boenheter, og kollegamiljøet ble derav mindre. Like fullt pågikk en diskusjon om grensene mellom ansvarsområder og arbeidsoppgaver mellom sykepleiere, hjelpepleiere [helsefagarbeidere] og andre pleiekategorier etter ombyggingen. Spesielt tydelig var de stadig forekommende diskusjoner om grenseoppganger mellom hjelpepleiere [helsefagarbeidere] og sykepleiere (Jacobsen F. F., 2010, s. 211).

Denne kontinuiteten har kanskje mest å gjøre med omsorgsarbeidets karakter, som gjør omsorgsarbeidet enda mer «gammeldags» ved en sykehjemsavdeling enn en sykehusavdeling. Antropologene Hilde Haukelien og Halvard Vike (2009) uttrykker det slik i en rapport basert på sammenlignende studier av fire norske sykehjem:

Helse- og omsorgsyrkene er kjennetegnet av en høy grad av faglig differensiering som *ikke* i særlig høy grad realiseres praktisk i form av hierarkisk organiserte arbeids- og autoritetsformer. Arbeidsprosessene følger som oftest en relativt egalitær logikk. [...] Ironisk nok er faglighet ofte noe som splitter framfor å forene arbeidstakerne, spesielt fordi høy faglig kompetanse og faglig makt virker hierarkiserende og derfor truende overfor den helt nødvendige dugnadsånden. Travelhet er noe alle deler, og som budskap utad er den derfor både sann og nyttig. (Haukelien, Vike, & Bakken, 2009, ss. 22-23)

Haukelien, Vike og Bakken setter søkelys på at den egalitære strukturen i sykehjem nærmest sees som et ideal. Det kan også være årsaken til at det i svært liten grad differensieres mellom yrkesgruppens ansvar og arbeidsoppgaver, selv om den faglige kompetansen kan betraktes som differensiert. Dette innebærer at “alle gjør alt” for på den måten å holde tjenesten gående, og at sykepleiere med høy utdanning og kompetanse ikke får brukt sin kompetanse til fulle ved en slik strukturering av arbeidet (Haukelien, Vike, & Bakken, 2009).

Mye av forskningen som denne oppgaven refererer til, har hatt fokus på utilstrekkelig kompetanse hos helsepersonell i sykehjem. Hvordan sykehjemmene også håndterer mangel på sykepleiere, tematiseres i artikkelen *Eldreomsorgens bemanningskrise* (Rasmussen & Kjevik-Wycherley, 2019) som blant annet undersøker hvordan sykehjem dekker behovet for sykepleierkompetanse når det blir for få sykepleiere på vakt. Denne forskningen viser at sykehjemmene legger opp til en strategi med å utvikle helsefagarbeidernes kompetanse slik at de i større grad kan overta sykepleieroppgaver. Helsefagarbeiderne får kurs slik at de kan håndtere adskillig sykere pasienter enn tidligere. De får opplæring og delegasjon til å dele ut medisiner, noe som oppgis å redusere presset på sykepleierne (Rasmussen & Kjevik-Wycherley, 2019, s. 319).

Fra denne gjennomgangen av forskningsbasert kunnskap som er relevant for oppgavens problemstilling, vil det i neste kapittel redegjøres for hvilke teoretiske perspektiv som skal belegge det videre arbeidet. Der står profesjonsteori, systemteori og teori om arbeidsdeling sentralt.

## 3 Teori

For kunne belyse sykehjemmenes ulike organisasjonsmodeller og hva modellene har å si for de ansattes opplevelser av kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering, benytter jeg tre teoretiske perspektiv som kan hjelpe meg å forstå hva som ligger til grunn for ansvars- og oppgavedelingen. Deler av teksten er en omarbeidet versjon av tekst hentet fra teoridel i min prosjektoppgave i kurs ME6-501 Forskningsdesign og metode vår 2020.

Sykehjemmene jeg undersøker er like i størrelse, geografisk beliggenhet og formål, men ulike når det kommer til organisering av tjenesten. Teori om arbeidsdeling, profesjonsteori og systemteori benyttes derfor som analytiske verktøy for å forstå de fenomen jeg undersøker. Teorien har dermed en fortolkende rolle (Bukve, 2016), og benyttes så vel for å styre datainnsamlingen, som for senere å kunne drøfte funnene i kapittel 8. I tråd med et organisasjonsteoretisk perspektiv vil jeg se sykehjemmene som komplekse organisasjoner og benytte teori om arbeidsdeling som en forståelsesramme for hvordan arbeidsoppgaver og ansvar deles mellom de ansatte i sykehjemmene. Videre vil systemteorien benyttes for å forstå hva denne oppdelingen av ansvar og oppgaver kan ha av betydning for helheten, og for de ansattes opplevelse av kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering. Profesjonsteorien benyttes for å belyse grenseoppganger mellom yrkesgruppene i sykehjem, og hvordan blant annet maktperspektiver påvirker hvordan ansvar og oppgaver fordeles mellom yrkesgruppene.

### 3.1 Systemteoretisk perspektiv på profesjoner

#### 3.1.1 Systemteori

Systemteori tar for seg den gjensidige avhengigheten mellom delene i et system, og sentralt står samspillet mellom ulike system og aktørene i disse systemene. Bertalanffy definerer et system slik: «Et system består av et sett av elementer som samspiller med hverandre» (Skjørshammer, 2004, s. 37). Systemteori utlegger hvordan alt henger sammen med alt, og at man ikke kan betrakte en del adskilt fra helheten. Helhet forstås i systemteorien som mer enn summen av delene, og ensidig vektlegging av spesialisering og oppdeling av kunnskapsområder, forklarer fremveksten av systemteori i vestlige land. Gjennom arbeidsdeling og ved oppdeling av kunnskapsområder, står systemet som helhet i fare for å  
Organisasjoner kan heller ikke forstås som ugjennomtrengelige og selvforsynende systemer, men må sees som en del av et større miljø. Dersom noen elementer i systemet endres, får det implikasjoner for hele systemet. Elementene forstås i litteraturen som dynamiske, fordi de

samspiller og påvirker hverandre og helheten. Kompleksitet gjenspeiler ikke bare at alt henger sammen med alt, men at vi heller ikke helt forstår hvordan alt henger sammen (Skjørshammer, 2004).

Strukturene innenfor et system kan forklares som samspillmønstre. Samspill kan beskrives som den gjensidige avhengigheten som finnes mellom elementer i et system, eller mellom et system og dets undersystemer. Ved å betrakte funksjoner og prosesser i en organisasjon som et undersystem, kan man distansere seg fra de formelle strukturene i organisasjonen og se helhetsbildet. Strukturene i et system kan inndeles i åpenbare strukturer og dypstrukturer. Åpenbare strukturer kan leses ut fra organisasjonskartet, og regulerer forholdet mellom delene i systemet. Åpenbare strukturer kan også betegnes som formelle strukturer som ofte er utviklet over tid, og som til en viss grad tilbyr forutsigbarhet og standardisering.

Dypstrukturer viser til kultur, teknologi, makt og kontroll. I helseorganisasjoner skjer ofte maktutøvelse gjennom faglig kompetanse, og er bare delvis knyttet til formelle roller og strukturer. Dypstrukturer kan også betegnes som uformelle strukturer (Skjørshammer, 2004, s. 41).

Endringer i systemet må tvinges igjennom mer eller mindre lukkede grenser. I sosiale system, som sykehjemmet, er det ofte svært lukkede grenser hva gjelder kultur, verdier og ideologier, mens det på teknologiområdet ofte er åpnere grenser. Det er derfor sjelden noe problem å introdusere nye instrumenter og behandlingsmetoder, mens ny ansvars- og oppgavefordeling kan rokke ved systemets egenart og fremtvinge motstand fra de ansatte (Skjørshammer, 2004, s. 49). De fleste sosiale system prioriterer bevaringsmekanismer når de introduseres for forstyrrelser, og det kan derfor være vanskelig å få til endringer i slike system. Ved endringer opplever gjerne deler av systemet tap, mens andre deler vinner på endringene. Gjennom disse vinn-tap-situasjonene, sees gjerne en suboptimalisering av systemet som helhet, fordi det inngås kompromiss og mindre optimale løsninger som man må «leve med» (Skjørshammer, 2004, s. 53).

Systemteori er særlig aktuell i lys av samhandlingsreformens intensjon om overføring av ansvar og oppgaver til kommunehelsetjenesten. Reformen tydeliggjør en ytterligere spesialisering av spesialisthelsetjenesten, samtidig som kommunene sitt «sørge for- ansvar konkretiseres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Hvorvidt overføring av ansvar og oppgaver til sykehjemmene også kan tenkes å skape nye behov for differensiering av oppgaver i sykehjem, behandles i liten grad i samhandlingsreformen. Det kan være nyttig å

legge et systemteoretisk perspektiv til grunn i min undersøkelse av hvordan endringer i samspillet mellom sykehus og sykehjem påvirker ansvars- og oppgavedelingen i sykehjemmet. Helhetstanken i systemperspektivet belyser i så måte hvordan spesialisering og differensiering også påvirker helheten, og det kan være nyttig å se på de grunnleggende kjennetegn ved helseorganisasjoner, idet de ulike nivåene står i et hierarkisk forhold til hverandre. Relasjonene mellom nivåene i helsetjenesten, mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, så vel som de ulike personalgruppene eller avdelingene i sykehjemmet, er preget av gjensidig avhengighet. I systemteoretisk perspektiv kan det hierarkiske forholdene forstås som over-, -side- eller underordnet hverandre (Skjørshammer, 2004, s. 43).

### 3.2 Arbeidsdeling

Samtidig som systemteori tar for seg den gjensidige avhengigheten mellom delene i et system, setter teori om arbeidsdeling søkelys på hva som skjer når kompleksitet i både produksjonen og i omgivelsene fører til at arbeidsoppgaver og ansvar må fordeles. Kompleksitet i omgivelsene forklarer i stor grad behovet for å foreta en funksjonell arbeidsdeling. Denne kompleksiteten kan gjenspeiles i mottakerens behov og krav (Axelsson & Axelsson, 2006, s. 78), og i omgivelsenes økte krav til sykehjemstjenesten. For å kunne håndtere sine oppgaver og roller, må organisasjoner foreta arbeidsdeling og ansvarsfordeling. Arbeidsdelingen bidrar til effektivitet, samtidig som den splitter en helhet opp i deler. Ansvars- og oppgavefordeling mellom ulike yrkesgrupper har klare referanser til det som i litteraturen omtales som funksjonell arbeidsdeling (Axelsson & Axelsson, 2006).

Siden slutten av 80-tallet sees en økning i funksjonell arbeidsdeling i form av økt spesialisering og profesjonalisering i offentlig helsetjenester (Axelsson & Axelsson, 2006, s. 77). Jacobsen (2004) hevder at arbeidsdeling og spesialisering fører til to parallelle prosesser; formalisering og profesjonalisering. Dette er en forutsetning for at spesialiseringen skal bli effektiv. Dannelsen av formelle organisasjoner, der arbeidsoppgaver settes inn i faste rammer med «sine» ressurser, regler, rutiner og standarder, refereres ofte til som formaliseringsprosessen. De ansatte institusjonaliseres og kan bli sektorforsvarere som ikke klarer å se helheten, men ser problemer og løsninger på én spesiell måte. Samtidig foretas det også en fysisk arbeidsdeling der grupper som formelt hører sammen samles på samme sted (Jacobsen D. I., 2004). Når sykehjem har en klar arbeidsdeling, viser det seg igjen i den strukturelle arbeidsdelingen (Axelsson & Axelsson, 2006, s. 77), der ulike yrkesgrupper har

ulik lokasjon eller nedslagsfelt for sine arbeidsoppgaver, ulik organisasjonsstruktur og ofte svært ulike organisasjonskulturer.

Profesjonaliseringsprosesser skjer i hovedsak gjennom spesialisert utdanning, men kan også skje gjennom spesialiserte arbeidsfelt. En sidevirkning ved profesjonalisering er at man gjerne tilegner seg et eget «stammespråk» med tilhørende begrep og sjargonger, samt at egne verdier, kulturer og normer knyttes opp til egen profesjon (Jacobsen D. I., 2004).

Ved spesialisering deles arbeidsoppgaver slik at man får økt ekspertise innen mindre felt. Dette kan betraktes som en rasjonell oppgavefordeling, der de med høyest kompetanse utfører de oppgavene som krever det (Jacobsen D. I., 2004). Uklar arbeidsdeling kan på den annen side føre til gråsoner, områder som ingen tar spesifikt ansvar for, eller dobbeltarbeid, områder som opptil flere tar ansvar for. Begge deler sees i litteraturen som koordineringsproblem (Jacobsen D. I., 2004). Uklarheter i ansvars- og oppgavedeling i sykehjem blir belyst i forskning og fremkommer således som en organisatorisk utfordring og en barriere mot koordinerte tjenester.

### 3.3 Profesjonsteori

Mens den klassiske profesjonsforskningen gikk ut på å kategorisere yrker og yrkesutvikling, med søkelys på hvilke yrker som kunne betegnes som profesjoner (Heiret & Ludvigsen, 2012, s. 456), utfordret det såkalte maktperspektivet denne forskningen på 1970-tallet. Maktperspektivet kritiserte det harmoniske bildet av interessefellesskap og uegennyttig profesjonelt arbeid (Heiret & Ludvigsen, 2012, s. 456).

På 1980-tallet ble det forsøkt å bygge bro mellom maktperspektivet og profesjonenes jurisdiksjon. Den amerikanske sosiologen Andrew D. Abbotts bok fra 1988, *The System of Professions*, har blitt stående som et innflytelsesrikt uttrykk for denne vendingen. Hans begrepsapparat åpnet for å analysere koblinger mellom den profesjonelle arbeidsdelingen, profesjonsstrategier og politikk. Dermed fikk «de profesjonelle relasjonene» en sentral plass (Heiret & Ludvigsen, 2012, s. 456).

Profesjoner defineres av Abbott (1988) som grupper med eksklusiv og legitim adgang til å diagnostisere og behandle samfunnsproblem. Profesjonenes skjønnsutøvelse er, ifølge Abbott (1988), ett av de konstituerende trekk ved en profesjon. Å vite når man skal benytte faglig skjønn, står sentralt i profesjonen. For lite bruk av skjønn kan føre til at yrkesutførelsen blir rutinisert, noe som igjen får implikasjoner for profesjonens kontroll over et ansvars- og myndighetsområde, eller *jurisdiksjon* (Abbott, 1988, s. 51).

Det finnes imidlertid mange definisjoner på en profesjon, og begrepet er diskutert og har opptatt forskere i mer enn 200 år. Molander og Terum (2008) diskuterer profesjonsbegrepet og hva som skiller profesjoner fra andre yrkesgrupper, ettersom stadig flere yrker definerer seg selv som en profesjon. Profesjonsbegrepet kan, ifølge Molander og Terum (2008) betraktes ved to ulike aspekt; det organisatoriske og det performative aspekt. Det organisatoriske aspekt handler om hvordan profesjonen er organisert, mens det performative aspekt viser til hvordan arbeidsoppgavene utføres (Molander & Terum, 2008).

Det organisatoriske aspekt innebærer profesjonenes kontroll over arbeidsoppgaver, gjennom monopol, autonomi og som en profesjonell sammenslutning (Molander & Terum, 2008). Gjennom monopol gis bare personer med den gitte utdanning eksklusiv adgang til å utføre arbeidsoppgaver, noe som medfører kontroll over så vel arbeidsoppgaver som tjenestene som tilbys. Videre innbefatter det organisatoriske aspektet at profesjonen innehar autonomi, og kan selv lage og sette standarder for selve utførelsen av arbeidsoppgavene. Disse standardene fastsettes innad i profesjonen, og blir ikke definert av noen utenfor den gitte profesjonen. Det er samfunnet som til syvende og sist tildeler kontroll over arbeidsoppgaver til profesjoner, fordi profesjonen betraktes som en sammensluttet gruppe med legitimitet til å utføre gitte arbeidsoppgaver innen et gitt område (Molander & Terum, 2008).

Profesjonsbegrepet nyttes i denne sammenheng på en bestemt gruppe personer, med en bestemt kunnskap, erfaring og dyktighet innen et bestemt område. Det performative aspektet ved profesjoner innebærer hvordan profesjoner utfører arbeidsoppgaver på en bestemt måte, med utgangspunkt i sin kunnskap og kompetanse på området (Molander & Terum, 2008). Profesjoners erklæring av å ha kunnskap og kompetanse som skiller seg fra samfunnets allmennkunnskap, bærer med seg en kognitiv fordring. Profesjoners adgang til å utøve tjenester til det beste for allmennheten har også en normativ side, som fordrer at profesjonenes hensikt er å tjene noen andres interesser. Både den normative og den kognitive fordring kobler profesjoner til et krav om kontroll eller jurisdiksjon over et virksomhetsområde (Eriksen & Molander, 2008, s. 161).

### 3.3.1 Jurisdiksjon

Ifølge Abbott (1988) er jurisdiksjonen selve ryggraden i profesjonene. Når noe er underlagt en profesjons jurisdiksjon, kan man si at området tilhører dens territorium eller domene. Profesjoner utvikles eller blir til når et jurisdiksjonsområde oppstår eller blir ledig. Profesjonelle handlinger rasjonaliseres gjennom et teoretisk kunnskapssystem, som opptrer

som en vokter over den profesjonelle kunnskap. Kunnskapssystemet er abstrakt, og fremsetter utelukkende kognitive krav om jurisdiksjon. For at en profesjon også skal kunne ha reell jurisdiksjon, må de kognitive krav kombineres med sosiale krav om jurisdiksjon (Abbott, 1988, s. 58). Å utføre gjerninger som krever ferdigheter, og å kunne forsvare dem kognitivt, er altså ikke ensbetydende med å ha jurisdiksjon over et område. Sosiale krav om jurisdiksjon fremsettes når en profesjon ber samfunnet om å anerkjenne dens kognitive struktur. Dette gjøres gjerne gjennom eksklusiv adgang til arbeidsoppgaver, som monopol på praksis, rett til selv-justis og kontroll over ansettelse, utdanning, rekruttering eller autorisasjoner (Abbott, 1988, s. 59).

Jurisdiksjon kan kreves på flere arenaer. Den juridiske arena kan tildele formell kontroll over arbeid, og slik rettslig jurisdiksjon er ofte mer varig enn jurisdiksjon tildelt på andre arenaer (Abbott, 1988, s. 63). En annen arena er relatert til det offentlige rom, hvor profesjoner bygger sitt omdømme. Omdømmebygging er imidlertid en tidkrevende aktivitet, og krav om jurisdiksjon i det offentlige rom foregår gjerne over en lengre tidsperiode. Når jurisdiksjonen først er etablert, er den såpass sterk og stabil at den kan legge press på rettssystemet. Arbeidsplassen er også en arena, og krav gjort her kan forvrengte og gjøre offentlig og rettslig etablert jurisdiksjon uklare. Jurisdiksjon på arbeidsplassen er gjerne ikke like klar som den offentlige og rettslige jurisdiksjon. Dette har bakgrunn i at de profesjonelle på arbeidsplassene ofte må påta seg arbeidsoppgaver som både rettslig og offentlig anses som ikke-profesjonelt arbeid. I tillegg skjer det overlapping til andre yrkesgrupper, og ofte må profesjonelle delegerer eller frasi seg arbeidsoppgaver som det offentlige er overbevist om at utføres av den profesjonelle. Et vesentlig problem for alle profesjoner blir dermed å forsvare inntrykket det offentlige har av profesjonen, med sin arbeidsplass-posisjon (Abbott, 1988).

### 3.3.2 Ulike former for jurisdiksjon

Sentralt i Abbotts forklaring om jurisdiksjoner, er profesjonenes innbyrdes konkurranse om jurisdiksjonsområder. Ofte ender slike konkurranser eller uenigheter i avtaler om jurisdiksjon. Full jurisdiksjon, som ofte forbindes med dominante profesjoner, er bare en av flere mulige jurisdiksjonsavtaler. Den er imidlertid ofte målet for alle typer avtaler, og innebærer en fullstendig og rettslig kontroll. Kontrollen legitimeres i kulturen, og nedfelles i lov, regler eller forskrift, og den reflekteres og skapes gjennom den offentlige ideen om hva profesjonen gjør. Dette kjerneområdet må stadig forsvares og utvides (Abbott, 1988, s. 71).



Abbott (1988) argumenterer for at det finnes et profesjonssystem, hvorved flere profesjoner konkurrerer om jurisdiksjonsområder. Innen profesjonssystemet finnes det bare et visst antall fulle jurisdiksjoner. For å kunne utvikles har profesjonene måttet godta begrensninger innen sitt område, og det finnes derfor mange alternativer til full jurisdiksjon som gir begrensede avtaler (Abbott, 1988, s. 71). Det vanligste innen disse begrensede avtalene er underordnede profesjoner. Et klassisk eksempel er sykepleiers underordnede posisjon til legestanden. Som ved full jurisdiksjon, er underordnet jurisdiksjon generelt sett en offentlig og juridisk avtale. Dannelsen av underordnede grupper gir dominante profesjoner store fordeler når det er de selv som danner dem. Det muliggjør også delegering av rutinearbeid, som i seg selv er farlig for en profesjon som vil beholde jurisdiksjon. Underordnede antar en kompleks arbeidsdeling hvor de forsøker å etterligne profesjonens ferdigheter, og lærer seg en håndverksvariant av profesjonen (Abbott, 1988, s. 72).

Andre ganger konkurrerer profesjoner om et jurisdiksjonsområde uten at noen av dem vinner full jurisdiksjon. Slike fastlåste situasjoner etterfølges gjerne av en oppdeling av jurisdiksjonen inn i funksjonelt uavhengige, men strukturelt like deler. Dette kalles gjerne en arbeidsdeling. Generelt er det klare skiller i ansvarsområder innen en arbeidsdeling (Abbott, 1988, s. 73).

### 3.3.3 Arbeidsplassen som arena for jurisdiksjon

På arbeidsplassen vil det raskt reises spørsmål om hvem som kan overvåke og kontrollere arbeidet, og om hvem som er kvalifisert til hvilke deler av det. Her kan jurisdiksjon beskrives som krav om å kontrollere visse deler av arbeidet (Abbott, 1988, s. 64). De fleste arbeidsplasser er imidlertid organisasjoner, som skiller seg fra åpne markeder. I organisasjoner erstattes gjerne den interprofesjonelle arbeidsdeling av en interorganisatorisk arbeidsdeling, hvor de profesjonelle må påta seg ikke-profesjonelle arbeidsoppgaver eller miste profesjonelle arbeidsoppgaver. Organisasjoner har først og fremst som mål å møte egne og omgivelsenes krav, og hvis arbeidsbyrden blir stor for de profesjonelle, kan organisasjonen kreve at andre enn de profesjonelle gjør arbeidet (Abbott, 1988, s. 65).

Abbott (1988) setter med dette søkelys på den interaksjon mellom ulike profesjoner som skjer på en arbeidsplass. Grenseoppgangene mellom ulike profesjoner og mellom underordnede og overordnede blir i større eller mindre grad utslettet, særlig i organisasjoner som er overveldet av arbeidsoppgaver. Dette fører til en uformell overføring av kunnskap hvor underordnede profesjoner, andre profesjoner med lignende nedslagsfelt eller til og med ufaglærte, lærer seg

en håndverksvariant av arbeidsutførelsen, eller en etterligning. De mangler imidlertid det teoretiske grunnlaget og den formelle utdanningen som rettferdiggjør medlemskap i profesjonen (Abbott, 1988, s. 65). Denne etterligningen fremmes av det faktum at profesjonelle ikke er, som kanskje antatt av allmennheten, en homogen gruppe. Det er det virkelige resultatet fra et individs handling som blir bemerket på arbeidsplassen, ikke hans formelle status innen profesjonen. Grensene mellom profesjoners jurisdiksjon på en arbeidsplass kan derfor være svært utydelig i virkeligheten, til tross at allmennheten kan ha en ganske annen oppfatning (Abbott, 1988, s. 66).

Dersom allmennheten var klar over den uformelle overleveringen av kunnskap som faktisk foregår på arbeidsplassen, ville den få dyp mistillit til profesjonens jurisdiksjon. Det store gapet mellom hvordan offentligheten betrakter profesjonenes jurisdiksjon og arbeidsplassens virkeligheter, må derfor nedtones i det offentlige rom. Ulikheter mellom profesjonelle må forenkles for allmennheten og reduseres til en klar jurisdiksjon (Abbott, 1988, s. 66). For å beholde en jurisdiksjon som er sosialt akseptert av allmennheten, benytter profesjoner bevarende strategier for å tette gapet som kan oppstå mellom arbeidsplassens virkelighet og allmennhetens bilde av virkeligheten. Dette gjøres gjerne ved at profesjoner påberoper seg klare grenser i jurisdiksjon mot underordnede, underordnede vektlegger klare grenser mot sine underordnede, og underordnede tilstreber å etterligne de profesjonelles yrkesutøvelse (Abbott, 1988, s. 67). Sykepleiere vil derfor kunne komme til å fremheve det som skiller dem fra helsefagarbeidere og andre yrkesgrupper i sykehjemmet, og likeså vektlegge hvilke områder de deler med den dominante legestanden. Helsefagarbeiderne vil tilstrebe å viske ut ulikhetene mellom seg og sykepleierne, men fremheve det som skiller dem fra assistentene. Sykepleierne omtaler gjerne oppgaver som de har overtatt fra leger, men toner ned oppgaver de har overtatt fra underordnede yrkesgrupper.

#### 3.3.4 Profesjonssystemet

Profesjonene skaper et gjensidig avhengig system. Innen dette systemet har hver profesjon sin jurisdiksjon med ulike aktiviteter. Grensene mellom profesjoners jurisdiksjon er stadig under diskusjon, både lokalt, men også nasjonalt. Arbeidsoppgaver, profesjoner og koplingen mellom dem, forandres kontinuerlig. Endringer i en profesjons jurisdiksjon forplanter seg gjennom profesjonssystemet, og påvirker andre profesjoner. Noen ganger skapes endringer eller forstyrrelser av ytre krefter, som når ny teknologi danner nye eller fortrenger gamle arbeidsoppgaver. Endringer i organisasjoner kan på samme måte føre til at nye profesjoner

oppstår, eller at profesjoner forlater organisasjoner og finner nye jurisdiksjoner utenfor organisasjonene.

Som nevnt over er det stor forskjell mellom hvordan profesjonelle kontrollerer jurisdiksjon i åpne markeder og i organisasjoner. Mens grensene mellom profesjoners jurisdiksjon i åpne markeder reguleres gjennom konkurranse og nettverk, blir ofte arbeidsdelingen i organisasjoner formalisert i arbeidsbeskrivelser som anerkjenner profesjonsgrenser, men som bare vagt kan relateres til virkeligheten. Interorganisatorisk arbeidsdeling blir til gjennom forhandlinger og rutiner på arbeidsplassen, og profesjonenes jurisdiksjon er derfor særlig sårbar for endringer i organisasjonen. Ofte må profesjonelle arbeidstakere erstattes av ufaglært arbeidskraft, uten at arbeidsfunksjonene endres. Igjen må arbeidsdelingen forhandles, med det utfall at profesjonens jurisdiksjon endres for å tilpasses organisasjonen (Abbott, 1988, s. 65).

### 3.3.5 Helsevesenet- et profesjonssystem

Helseprofesjonene, og dermed helsetjenesten, er i stadig forandring. Dagens helsetjeneste er langt på vei et resultat av den enorme utvidelsen og differensieringen som har funnet sted i etterkrigsårene. Helsetjenesten kan analyseres som et profesjonssystem, hvor profesjonene i systemet er forbundet med hverandre og med de arbeidsoppgavene som ligger i systemet. Ved å betrakte helsetjenesten som et profesjonssystem, åpner man for å se brytninger i interesser og verdier som grunnleggende og formgivende trekk i helsetjenesten, og profesjonsmakt er et sentralt aspekt ved disse brytningene (Erichsen, 1996, s. 14).

Hvilke kunnskapsgrunnlag som skal legges til grunn og hvilke yrker som skal praktiseres er ikke alltid klart, og svært ofte betinget av sosiale forhold. Disse grenseflatene har sitt utspring i arbeidsdelingen mellom yrkesgruppene i helsesektoren. Gråsoner formes av uklarheter og konflikter om arbeidsoppgaver, autoritet og ansvar (Erichsen, 1996, s. 30). I den medisinske kjerne har den biomedisinske kunnskap støtt an mot andres kunnskapsgrunnlag. Legene har arbeidet tett med sykepleiere, og historisk har sykepleierne sett seg nødt til å akseptere at deres aktiviteter avledes av det biomedisinske kunnskapsgrunnlaget. De har dermed inngått som en underordnet yrkesgruppe i den biomedisinske arbeidsdelingen. I de senere år har det imidlertid utviklet en forståelse av sykepleiekunnskap som forskjellig fra biomedisin, med begreper som «sykepleievitenskap» og «erfaringsbasert kunnskap» om pleie. Heri finner vi også premisser for konflikt omkring arbeidsdeling og ansvarsforhold mellom leger og

sykepleiere, men også mellom sykepleiere og hjelpepleiere [helsefagarbeidere] (Erichsen, 1996, s. 31).

Helseprofesjonene formes og omformes gjennom koplinger til velferdsstaten. Leger, tannleger og til dels sykepleie er gamle yrker som eksisterte lenge før velferdsstaten, og som i ulik grad har vært med å forme den helsetjenesten vi har i dag. De «nye» yrkene, som hjelpepleiere [helsefagarbeidere], må sees som et produkt av velferdsstaten, mer enn som pådrivere i utformingen av helsetjenestene. De kom inn i et direkte underordnet forhold til andre yrker, slik som hjelpepleiernes inntog i sykepleie og omsorg på 1960-tallet (Erichsen, 1996, s. 40).

Erichsen (1996) argumenterer for at av-spesialisering er et viktig utviklingstrekk ved helsetjenesten. Et trekk ved helsetjenestene, er at stadig flere yrkesgrupper blir generalister, fremfor spesialister. Særlig sees dette ved innføringen av det nye «omsorgsarbeiderfaget» som gjorde sitt inntog i 1994 (Erichsen, 1996, s. 54), og som etter hvert ledet til en ny yrkesfaglig utdanning hvor hjelpepleie- og omsorgsarbeiderutdanningene ble erstattet av helsefagarbeiderutdanningen i 2006. Generalistene finner man typisk et stykke fra det spesialiserte sykehuset, gjerne i kommunehelsetjenesten, hvor vi også finner flest helsefagarbeidere (Erichsen, 1996).

### 3.3.6 Profesjoner i et maktperspektiv

Den mest interessante kilden til intern differensiering, er ifølge Abbott (1988) et fenomen som han kaller profesjonell tilbaketrekning. Ved profesjonell tilbaketrekning trekker profesjoner seg bort fra arbeidsoppgaver som de engang har krevd jurisdiksjon over, men som ikke lenger har høy nok status til at profesjonen vil vedkjennes den. Det er gjerne oppgaver som ikke oppleves tilstrekkelig profesjonelle, fordi de har blitt rutiniserte eller av andre grunner har lav status. Dette mønsteret kommer av en intern statusrangering, der de som får høyest status fra sine likemenn er de som jobber i et miljø som er rent profesjonelt (Abbott, 1988, s. 118).

Et rent profesjonelt miljø reflekterer hvor sterk koplingen er mellom arbeidsoppgavene og profesjonens kunnskapssystem. Et abstrakt kunnskapssystem er fundamentalt for at en yrkesgruppe kan kalles en profesjon, og denne kunnskapen benyttes gjerne som valuta i konkurranse om jurisdiksjon. I miljøer der arbeidsoppgavene krever omfattende bruk av abstrakt kunnskap, slik som i akademia, har de profesjonelle også høyere status. Innen medisin og sykepleievitenskap utvikles ofte det akademiske arbeidet ved forskning i det

høyprofesjonelle sykehuset. Dette er en av årsakene til at frontlinjearbeidere ofte befinner seg nederst på statusstigen internt i profesjonen, fordi deres arbeidsoppgaver i mindre grad kan knyttes til det abstrakte kunnskapssystemet (Abbott, 1988, s. 118). I frontlinjen skjer det direkte arbeidet med klienter, men den blir likevel området for lav-status kollegium og paraprofesjonelle. Desto mer man kan distansere seg fra de vanligste delene av arbeidet med klienter, desto høyere status får man i fagmiljøet (Abbott, 1988, s. 119). For å oppnå høyere status, vil profesjonelle trekke seg bort fra det som en gang var jurisdiksjonsområdet til sin egen «rene» verden av profesjonelle. Slik profesjonell tilbaketrekning svekker jurisdiksjonen, og skaper potensielt en åpning i jurisdiksjonen hvor andre kan ta over.

På samme tid vil de ulike profesjonene som er involvert i et arbeidsområde raskt falle inn i et stabilt hierarki. Ettersom rangstigen vokser innen en profesjon, vil det til slutt skje overlapp av arbeidsoppgaver mellom nærliggende profesjoner (Abbott, 1988, s. 120). Urene arbeidsoppgaver blir gitt til visse medlemmer av profesjonen ettersom arbeidsoppgavene deles inn i rutineoppgaver og ikke-rutineoppgaver. Rutineoppgaver fordeles til paraprofesjonelle; assistenter eller hjelpere til en profesjon. Det skjer en degradering av det som har vært det profesjonelle arbeidet, til ikke-profesjonelt arbeid (Abbott, 1988, s. 125). Ulikheter i status reflekteres også i de ulike delene av norsk helsevesen. Sykehusene besitter en høy andel profesjonelle, med sterk kopling til fagmiljø, forskning og academia. På den annen side representerer sykehjemmene helsesektorens frontlinje, hvor det stadig må inngås kompromiss mellom pasientenes behov og den abstrakte kunnskap som både den medisinske vitenskap og sykepleievitenskapen representerer. Sykehjemmenes kjernearbeid involverer mindre bruk av abstrakt kunnskap enn spesialiserte sykehusavdelinger, og arbeidsoppgavene kan oppfattes som «urene», både innad i sykehjemmet og sett fra utsiden. Ifølge Abbott (1988) sin teori, vil sykepleierne i sykehjemmet forsøke å trekke seg tilbake fra de opprinnelige arbeidsoppgavene som innebærer stell, pleie og omsorg til fordel for oppgaver som har sterkere kopling til kunnskapssystemet, fordi det er dette som gir status (Abbott, 1988). Sykepleierne i sykehjem vil kunne komme til å forskyve rutineoppgaver til underordnede eller paraprofesjonelle grupper.

Forskeren Everett Hughes skrev i 1951 artikkelen *Studying the Nurse's Work* (1951). Artikkelen tar for seg de amerikanske sykepleiernes rolle, og hvordan den er tett sammenvevd med andre yrkesgruppers arbeid. «No other people, no work for me», betegner hvordan sykepleiernes arbeid alltid står i tett sammenkobling til andre yrkesgrupper (Hughes, 1951).

Som flere andre eldgamle kunster, er sykepleie en som har blitt til en profesjon. Hva sykepleierne gjør og hvorfor de gjør det, er sentralt i artikkelen, og Hughes (1951) setter fokus på grenseflatene i sykepleiernes arbeid. Det er i disse grenseflatene at sykepleierne kan beskrive og avgrense sin rolle. Grensene mellom arbeidsoppgaver øker i takt med antall arbeidsoppgaver som skal håndteres, og grensene mellom legen og sykepleierne, og mellom sykepleierne og de andre gruppene av helsepersonell er mer aktiv og mobil enn noen gang (Hughes, 1951). Dette var aktuelt i 1951, og kan i høyeste grad sies å være aktuelt i dag. Medisinskteknologisk utvikling vil føre til en stadig tilkomst av nye oppgaver og arbeidsområder, samtidig som andre forsvinner. Det vil kunne stilles spørsmål ved hvem som skal utføre arbeidet; er det legen, sykepleieren, helsefagarbeideren eller pleieassistenter?

Både ansvar og oppgaver som skal utføres i sykehjemmet kan inneha ulik grad av prestisje. Noen oppgaver er mer eller mindre attraktive, og ansvarsområder kan i ulik grad oppleves prestisjefylte. For å visualisere dette, laget Hughes en prestisjeskala, hvor arbeidsoppgaver med høy prestisje kategoriseres fra oppgave C, og synkende til D og E for oppgaver med lav prestisje. Ved tilkomst av nye oppgaver A og B, blir disse lagt til sykepleiernes arbeidsområde og vil være mer attraktive og prestisjefylte enn de gamle. F og G vil være lite attraktive og ofte forbundet med «dirty work». Disse oppgavene fordeles gjerne til andre yrkesgrupper i sykehjemmet (Hughes, 1951):

Prestisje	Gammel situasjon	Ny situasjon
Høy	C	A B C
Middels	D	D
Lav	E	E F G

Fig. 1 Hughes prestisjeskala (Hughes, 1951)

Basert på denne prestisjeskalaen har sykepleiernes arbeid i sykehjemmet bestått av oppgaver C, D og E. Oppgaver C er oppgaver alle kan enes om er en typisk sykepleieroppgave, og disse betraktes som både attraktive og prestisjefylte. Oppgaver E er derimot oppgaver som krever lite eller ingen utdanning, men like fullt oppgaver som likevel må utføres. Endringer og introduksjon av nye behandlingsmetoder som krever utdanning, kunnskap, veiledning og opplæring, blir lagt til sykepleiernes arbeidsområde. A og B vil være mer prestisjefylte enn de gamle, mens F og G vil betraktes som lite attraktive (Hughes, 1951).

Hughes (1951) beskriver en situasjon der ikke bare nye oppgaver har tilkommet i knippet av oppgaver, men også enn større differensiering i prestisje og attraktivitet. Det vil utvilsomt være mest attraktivt med det øverste knippet oppgaver i kategorien A, B og C, og sykepleierne med høyest grad av utdanning er også gruppen som med størst sannsynlighet vil påberope seg disse oppgavene. Knipet med de mindre attraktive arbeidsoppgavene skyves lenger ned i hierarkiet til andre yrkesgrupper. Endringer i randsoner eller grenseoppganger mellom yrkesgrupper vil skje stadig, og er uunngåelige (Hughes, 1951). Ansvars- og oppgavedelingen i sykehjemmet kan betraktes som en fordeling av oppgaver og ansvar med ulik grad av prestisje, og siden sykepleierne er yrkesgruppen med høyest utdanning av pleieyrkene, vil de også gjerne gjøre krav på ansvar og oppgaver som det er knyttet størst prestisje til.

### 3.3.7 Kollegialitet og ansvar

Profesjoner forvalter en viss type kunnskap i en kollegial organisasjonsform med politisk legitimitet til å gjennomføre et samfunnsoppdrag. Profesjoner skiller seg således fra andre yrkesgrupper ved at de benytter skjønn når de bedømmer enkelttilfeller. Kollegialitet som organisasjonsform baserer seg på kollegial autoritet, og lenge har det vært det profesjonelle kollegium som har ledet og overvåket det profesjonelle arbeidet, særlig i helse- og velferdstjenestene. Den kollegiale organisasjonsform kjennetegnes av likhet og samarbeid mellom kollegaer, hvor beslutninger fattes i fellesskap (Svensson & Karlsson, 2008, s. 262). Like fullt er alle profesjoner tilknyttet en organisasjon, og ansvarliggjøres overfor både klienter og organisasjonen. Profesjonell skjønnsbruk gjør det imidlertid vanskelig for utenforstående å kontrollere og overvåke profesjonelt arbeid (Svensson & Karlsson, 2008).

Nye styringsformer, som New Public Management (NPM), baserer seg på hierarkisk autoritet, i motsetning til den kollegiale organisasjonsformen. Med denne nye styringsformen følger en ny, organisatorisk profesjonalisme, hvor det individuelle profesjonelle ansvaret utfordrer kollegialiteten som organisasjonsform (Svensson & Karlsson, 2008). NPM-tankegangen bærer med seg en markedslogikk, hvor effektivitet, resultat og valgfrihet for mottakeren står i sentrum. Dominante profesjoner, som legestanden, hadde forut for NPM-styringsideene gjerne styrt sykehus og helseinstitusjoner ut ifra en profesjonell logikk. Etter påvirkning fra NPM, ble det imidlertid økonomer og organisasjonsledere som i større grad styrte helsetjenesten for å oppnå organisatoriske mål om effektivitet og økonomistyring. Dette markerer overgang fra en profesjonsstyring med kollegial profesjonalisme til en organisasjonsstyring med organisatorisk profesjonalisme (Svensson & Karlsson, 2008).

Ansvarsbegrepet kan ha ulike betydninger i ulike kontekster. Ved å betrakte individer som sosiale aktører, knyttes begrepet til individets handlinger og til individets plikt til å ta ansvar og konsekvenser av handlinger. I tillegg til å være sosiale aktører, er profesjonelle også utøvere av profesjonelt arbeid, som fordrer selvstendig yrkesutøvelse i kombinasjon med å løse et samfunnsoppdrag. Derfor må den profesjonelle også kunne forsvare, redegjøre og begrunne sine handlinger overfor klienter og organisasjoner. Dette ansvaret skiller seg fra det tillitsbasert ansvaret som hvert individ har for sine handlinger. De senere års overgang fra kollegial profesjonalisme til organisatorisk profesjonalisme, har medført en betydelig forskyvning av ansvar til den enkelte profesjonelle yrkesutøver. I organisasjoner benyttes gjerne begrepet *accountability* om profesjonelles mer redegjørende ansvar, særlig i lys av organisasjonsendringer i kjølvann av NPM (Svensson & Karlsson, 2008, s. 264).

Nøyaktig hvor ansvaret ligger, hos den enkelte yrkesutøver eller hos organisasjonens ledelse, avhenger av styringsform. Hvilket ansvar den enkelte yrkesutøveren har, og hva som kreves av den, er ofte ikke tydelig foreskrevet (Svensson & Karlsson, 2008, s. 265). Det er dermed ikke enkelt å avlede hvilken form for ansvar som påligger organisasjonen eller yrkesutøveren. Helsepersonell, som leger, sykepleiere og helsefagarbeidere har alle en formell autorisasjon som fungerer som en offentlig godkjenning. Dette sikrer til en viss grad at arbeidsorganisasjonene kan forvente og kreve et visst nivå av kunnskap og egenskaper. Kvalifikasjonene legitimerer også yrkesutøvelsen overfor allmennheten, og bidrar til å kunne stille yrkesutøveren til ansvar. De profesjonelle blir derfor ansvarlige ut ifra sin kunnskap og etikk, og legitimeres gjennom profesjonell kompetanse basert på kollegial forvaltet vitenskapelig kunnskap og utprøvd erfaring (Svensson & Karlsson, 2008, s. 266).

Samtidig finnes det, kanskje særlig i helsesektoren, en ambisjon om å knytte ledere nær til arbeidsorganisasjon og til rollen som arbeidsgiver, heller enn til profesjonen. Kollegial profesjonell styring avtar, mens det individuelle profesjonelle ansvaret øker. Kravet til kunnskap hos de profesjonelle er mer frikoplek fra utdanning og det kollektive profesjonelle nivå, og mer koplet til person, utførelsen og resultat på individnivå (Svensson & Karlsson, 2008, s. 273). Konsekvensen er at profesjonelt skjønn minker i mange virksomheter, og profesjonelle forventes å gjøre rede for resultatene sine overfor arbeidsorganisasjonene og lederne mer enn overfor profesjonelle kollegaer. Dette representerer en overgang fra yrkesbasert til organisatorisk profesjonalisme, en hybrid av tradisjonell byråkratisk rasjonalitet og en individualistisk og sterkt organisasjonsbasert profesjonalisme som vi kan kalle individuelt kollektivt ansvar (Svensson & Karlsson, 2008, ss. 273-274).



## 4 Metode

### 4.1 Forskningsdesign

Problemstillingen i denne oppgaven tar sikte på å undersøke hvordan ansvars- og oppgavedelingen oppleves av ansatte i sykehjem med ulike organisasjonsmodeller, og jeg vil undersøke hvordan dette kommer til uttrykk gjennom informantenes opplevelse av kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering. Jeg har valgt to sykehjem i samme kommune med nær geografisk beliggenhet. Sykehjemmene er relativt lik i størrelse, antall pasienter og antall årsverk, og er begge langtidssykehjem. Sykehjemmene har imidlertid ulike organisasjonsmodeller, og ulik måte å organisere sykepleiertjenesten på.

Under utviklingen av mitt prosjekt har jeg funnet mye forskning om arbeidsforhold i norske sykehjem. Både nasjonalt og internasjonalt finnes det forskning på ny oppgavefordeling, men denne ser særlig på hvordan sykepleierens rolle kan spesialiseres for å kunne overta legeoppgaver i spesialisthelsetjenesten. Forskning omkring en ny oppgavefordeling i sykehjem med fokus på spesialisering av sykepleierens oppgaver er imidlertid begrenset, og jeg savner informasjon om hvordan ansatte i sykehjem opplever og reflekterer omkring ansvars- og oppgavedelingen, særlig etter de siste års endringer i krav og oppgaver. Jeg ønsker hovedsakelig å se etter trekk og tendenser som skiller de to modellene, og ønsker å gå i dybden av dette stoffet gjennom kvalitative intervju.

Generelt har kvalitative forskningsstudier som mål å utvikle en forståelse av sosiale fenomener, og om hvordan personer opplever og reflekterer rundt sin situasjon. Dette skjer gjennom fortolkning av informasjon og kontakt med deltakerne i felten (Thagaard, 2018, s. 11). Jeg anser derfor kvalitativ metode som den mest egnede til å studere og fremskaffe forståelse for ansvars- og oppgavedeling i sykehjem.

### 4.2 Casestudie, komparativt design

Jeg har en holistisk tilnærming i prosjektet, og ser fenomenet som en helhet og i lys av den konteksten det inngår i. Dette ledet til casedesign, og jeg gjennomførte en komparativ casestudie der jeg sammenlignet funn fra to ulike caser. I følge Bukve (2016) har casestudier to konstituerende trekk; å studere et fenomen i sin virkelige kontekst, og at grensene mellom fenomenet og konteksten ikke er klare (Bukve, 2016, s. 122). Videre må caser sees som tilfeller av en større klasse fenomen, og på den måten settes inn i en teoretisk sammenheng (Bukve, 2016, s. 125). I komparative casestudier sammenligner man fenomenet i ulike kontekster, og analyserer casene på to nivå. Casene analyseres hver for seg for å finne

caseinterne utviklingstrekk og sammenhenger, men også ulikhet og likhet sammenlignes på tvers av casene (Bukve, 2016, s. 124).

Jeg har sammenlignet organisering av sykepleiertjenesten i to ulike sykehjem; ett sykehjem som følger tradisjonell organisering og ett sykehjem som følger ny ansvars- og oppgavedeling; teamorganisert sykepleiertjeneste. På denne måten har jeg kunnet undersøke variasjon i hvordan tjenesten organiseres, og kartlegge hvordan denne variasjon leder til ulike prosesser og resultat i kvalitet, ressursutnytting og rekruttering. Tidligere forskning i sykehjem har særlig pekt på sykepleiere opplevelse av tidspress og vansker med å rekruttere sykepleiere til sykehjem, blant annet fordi sykepleierstudenter ikke opplever å få bruke sin kompetanse i sykehjem. Jeg ønsket derfor å se på hvordan sykepleiernes opplevelse av tilstrekkelig tid til å utføre sykepleieroppgaver kunne sees som et uttrykk for kvalitet. Den analytiske framgangsmåten for å etablere samsvar mellom data i casestudier og teoretiske rammer blir hos Bukve (2016) beskrevet som samsvarsdesign. Jeg har etablert en teoretisk forståelsesramme basert på teori presentert i kapittel 3, og jeg har samtidig benyttet tidligere forskning til å drøfte funnene opp mot. Prosjektets ambisjon har ikke vært å utvikle ny teori eller avlede generalisering basert på casen, men å utvikle ny forståelse av ansvars- og oppgavedeling i lys av teori, gjennom en kombinasjon av induktiv og deduktiv tilnærming. Ved å analysere ansvars -og oppgavedeling, kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering i kontekst av tradisjonell organisasjonsmodell og teamorganisert sykepleiertjeneste, og ved bruk av kjente teorier om profesjoner, arbeidsdeling og system, har jeg kunnet få fram ny kunnskap om hvordan ulike organisasjonsmodeller påvirker fenomenene.

Teoretisk tolking er alltid en re-konstruksjon der forskeren re-konstruerer casen i en pendling mellom forståelsesrammer og data (Bukve, 2016, s. 131). Med dette som bakteppe har jeg tatt utgangspunkt i at dataene ikke taler for seg selv, men er påvirket av hvilken forforståelse jeg som forsker har. Forforståelsen handler om min teoretiske forankring, erfaringer og hvilke kognitive rammer som ellers påvirker mine observasjoner (Bukve, 2016, s. 31).

#### 4.3 Case, utvalg og informanter

Jeg har innhentet data fra et strategisk utvalg ansatte fra ett sykehjem som er organisert med en teamorganisert sykepleiertjeneste, og fra ett sykehjem som er organisert i en tradisjonell modell. Jeg har intervjuet sykepleiere og helsefagarbeidere for å få de ulike yrkesgruppens syn på organiseringsmodellen, og har også intervjuet ledere på avdelings- eller virksomhetsnivå. Ved utvelgelse av datakilder, har det i studien vært viktig å anvende en

utvelgingsprosess som er hensiktsmessig for å svare på problemstillingen. Strategisk utvelging baserer seg på å velge personer eller enheter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er nyttige i forhold til problemstilling (Thagaard, 2018, s. 54). Siden det kun finnes et lite antall sykehjem med teamorganisert sykepleiertjeneste, valgte jeg ut et sykehjem jeg visste hadde hatt en slik organisering i mer enn ti år. Av sykehjem med tradisjonell organisasjonsmodell var det imidlertid langt flere å velge mellom, og jeg satte som kriterium at det skulle ha relativ lik størrelse som sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste.

Jeg tok kontakt med flere virksomhetsledere ved sykehjem i den aktuelle kommunen og presenterte prosjektet. Jeg presenterte prosjektet muntlig over telefon, og ettersendte skriftlig informasjon om prosjektet til sykehjemleiderne. Det viste seg vanskeligere enn antatt å rekruttere intervjupersoner til prosjektet på grunn av koronapandemiens voldsomme påvirkning på sykehjemstjenesten. Sykehjemmene ble særlig hardt rammet av pandemien, noe som forårsaket at flere sykehjem takket nei til å la ansatte gå gjennom intervju, fordi de allerede var så presset og fokusert på ivaretagelse av pasienter. Jeg hadde i utgangspunktet planlagt datainnsamlingen om teamorganisering fra et sykehjem i kommunen som i mer enn et tiår har hatt en teamorganisert sykepleiertjeneste, men dette lot seg ikke gjennomføre. I stedet fikk jeg innpass i et nyere sykehjem som har hatt teamorganisert sykepleiertjeneste i om lag to år. Informantene hadde imidlertid lang erfaring fra sykehjemstjenesten, og kunne gi god informasjon.

Jeg ønsket å intervju to sykepleiere og to helsefagarbeidere fra hvert sykehjem. I tillegg ønsket jeg å få lederes perspektiv fordi ledere gjerne besitter informasjon om strategier og organisering i større grad. Jeg ønsket at alle informantene skulle ha minimum ti års erfaring fra sykehjem, fordi informantene da kunne ha grunnlag for å si noe om opplevde endringer etter samhandlingsreformen.

Alle informantene hadde minimum ti års erfaring fra sykehjem, om ikke fra det samme sykehjemmet. Det fremkom i de innledende samtaleene at de fleste av informantene hadde nærmere 20 års erfaring fra arbeid i sykehjem.

#### 4.3.1 Sykehjem med tradisjonell organisasjonsmodell

Sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell består av flere avdelinger med opptil 30 langtidsplasser per avdeling. Avdelingene er igjen inndelt i boenheter med ti pasientplasser i hver boenhet. Avdelingene ledes av en avdelingsleder som er sykepleier og har personal- og

budsjettansvar for avdelingen. Helsepersonellet er ansatt i avdelingen, men har fast tilhørighet til én boenhet. Ved mangel på helsepersonell med en særskilt kompetanse, kan helsepersonell flyttes mellom boenheter. Boenhetene er ikke spesialiserte enheter, og pasienter tildeles plass med bakgrunn i vedtak om sykehjemsplass.

Sykehjemmet fordeler ansvar og oppgaver etter en tradisjonell modell for ansvars- og oppgavedeling. Kjennetegn ved denne organiseringen er blant annet at sykepleier tilhører én boenhet i en avdeling, og inngår i et vaktlag. Vaktlaget kan bestå av en annen sykepleier, helsefagarbeidere eller assistenter, og på grunn av turnusarbeid og ulike stillingsstørrelser er det ikke de samme personene som inngår i vaktlagene. På dagvakter i hverdager består et vaktlag av tre helsepersonell, og på kveldsvakter og i helgedager av to helsepersonell.

Ved den tradisjonelle organisasjonsmodellen må sykepleierne ofte ha ansvar for andre boenheter i tillegg til sin egen. Særlig gjelder dette på kveldsvakter og i helgedager, da bemanningen er lavere. Dette kan være ansvar for boenheter i samme avdeling, eller i en annen avdeling på sykehjemmet. Sykepleier forlater da vaktlaget sitt for en kortere eller lengre periode, for å utføre oppgaver i en annen boenhet. Dette er en vanlig måte å organisere sykehjemstjenesten på, fordi turnusarbeidet gjør det krevende å sikre en sykepleier på hver boenhet gjennom hele døgnet.

Ved vaktstart møtes hvert vaktlag for å motta rapport fra forrige skift, og de fordeler ansvar og oppgaver seg imellom. Sykepleier har sykepleieansvar på sin vakt, og det varierer hvor stort ansvarsområdet deres er, alt ettersom hvor mange sykepleiere det er på vakt.

#### 4.3.2 Sykehjem med teamorganisert sykepleiertjeneste

Sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste består av flere avdelinger med opptil 20 langtidsplasser per avdeling. Hver avdeling er oppdelt i boenheter med ti pasientplasser per boenhet. Ingen av boenhetene er spesialiserte enheter. Avdelingene ledes av en teamleder som er helsefagarbeider, og som har personal- og budsjettansvar for avdelingen. Sykepleierne er ikke ansatt i en avdeling, men tilhører et såkalt team som ledes av en sykepleieleder. Sykepleierne har likevel faglig ansvar i avdelingene, og hver sykepleier har primæransvar i én avdeling. De øvrige yrkesgruppene er ansatt i en avdeling, men har gjerne fast tilhørighet i én boenhet.

Sykehjemmet fordeler ansvar og oppgaver etter en teamorganisert modell for sykepleierne, som innebærer at sykepleierteamet gir sykepleietjenester til pasientene gjennom hele døgnet. Sykepleierne har alle primæransvar for én avdeling og det er ofte to sykepleiere som deler

dette primæransvaret. Siden turnusordninger ikke sikrer at en av disse to alltid er på vakt, vil det alltid være noen avdelinger som ikke har sin faste primærsykepleier. Dette løses ved at sykepleierne kan ha ansvar for en annen avdeling, i tillegg til sin primæravdeling. Det er alltid flest sykepleiere på dagvakter i hverdagene, og de er gjerne mellom tre til fem sykepleiere på en dagvakt. På kveldsvakter, nattevakter og i helgedager er det færre sykepleiere, og sykepleierne har da et utvidet ansvarsområde.

Sykepleierne er ledet av en sykepleieleder, som i tillegg til å ha personalansvar for sykepleierne, også har overordnet ansvar for kvalitetssystemer som prosedyrer og rutiner. Ved vaktstart møter sykepleierne på et eget vaktrom, og mottar og gir rapport fra sykepleierne som har hatt forrige vakt. Sykepleierne mottar og gir rapport på pasienter på hele sykehjemmet, fordi de er forventet å kjenne til problemstillinger og pasienter på alle avdelinger.

Sykehjemmets øvrige yrkesgrupper møter opp i avdelingen der de skal ha vakt. Vaktlaget består av helsefagarbeidere og assistenter. På dagvakter i hverdager består vaktlaget av tre helsepersonell, og på kveldsvakter og i helgedager av to helsepersonell. Avdelingene ledes av en teamleder som har 50 prosent administrativ stilling og 50 prosent stilling som helsefagarbeider i avdelingen.

Ved vaktstart møtes vaktlaget i avdelingen, og fordeler ansvar og oppgaver imellom seg. Sykepleier starter sin vakt ved å gå til avdelingen(e) hvor hun har ansvar, og skriver navn og telefonnummer opp på en tavle.

## 4.4 Intervjuguide

### 4.4.1 Gjennomføring av intervjuene

Som nevnt har jeg benyttet en kvalitativ metode, og innhentet data gjennom semistrukturerte intervju. Semistrukturerte intervju er velegnet for casestudier, og er en planlagt samtale som har som formål å få intervjupersonenes perspektiv på tema som skal studeres. Det er en velegnet metode for å få kjennskap til hvordan personer som intervjues opplever og forstår seg selv og sine omgivelser (Thagaard, 2018, s. 53). Jeg hadde på forhånd utarbeidet en intervjuguide slik at intervjuet var fleksibelt, samtidig som jeg stilte oppfølgingsspørsmål når jeg hadde behov for at intervjupersonene utdypet svar og beskrivelser ytterligere (Kvale & Brinkmann, 2015). Gjennom interaksjon med forskeren, kan intervju-objektene sette ord på sine erfaringer. Feltintervju er i så måte å betrakte som en form for sosial handling. Intervjuet bestod av tematisk formulerte spørsmål. Ni av ti intervju ble gjennomført ansikt til ansikt på

informantenes arbeidsplass, mens ett av intervjuene ble, på grunn av koronarestriksjoner, gjennomført digitalt med videosamtale.

#### 4.4.2 Transkribering

Gjennom transkripsjon blir en samtale mellom to mennesker som er sammen, abstrahert og fiksert i en skriftlig form. Transkripsjon medfører alltid tap av non-verbale uttrykk som kroppsspråk og gester, stemmeleie og intonasjon. Transkripsjoner er med andre ord svekkede, dekontekstualiserte gjengivelser av intervjusamtaler. En av farene ved å oversette fra talespråk til skriftspråk er at man kan betrakte det transkriberte intervjuet som empiriske data, selv om dens egentlige form er en kunstig konstruksjon som kanskje ikke er dekkende for den levde muntlige samtalen (Kvale & Brinkmann, 2015, ss. 204-205).

Når intervjuene var gjennomført, overførte jeg dem fra lydopptaker til pc. Jeg lyttet igjennom alle intervjuene en gang, før jeg gikk over til transkriberingen. Jeg foretok transkribering over en to-ukers periode like etter at alle intervjuene var gjennomført, for å ha dem så friskt i minne som mulig. Jeg brukte mellom fire og fem timer på å transkribere ett intervju, og jeg utelot pause ord og fyll-ord som «eh» og «mmmh». Publisering av usammenhengende og ordrette intervju-transkripsjoner kan oppfattes som en uetisk stigmatisering av intervju-personene, og det kan oppleves fordummende å gjengi uttalelser i sin muntlige form (Kvale & Brinkmann, 2015, ss. 213-214). Av hensyn til dette har jeg har i stor grad omgjort språket til en mer skriftlig og formell ordlyd enn det opprinnelig var, for å ikke å virke stigmatiserende og for å anonymisere dialektord. Jeg har i svært liten grad benyttet hyppig sitering fra informantene i fremstillingen av datamaterialet. Imidlertid har jeg trukket ut hovedmønstre fra informantenes beskrivelser og benyttet mine egne ord. Under transkribering noterte jeg likevel i margin når det for eksempel forekom pauser, intonasjoner som la særlig vekt på enkeltord, eller når intervju-personen svarte tvilende, for å ikke miste betydningen ved det uttalte i intervjuene.

#### 4.4.3 Analyse

Å analysere kvalitative intervju handler om å finne meningsinnholdet i intervjuene som ble utført i felten, ved å også utforske hva som ligger bak det som intervju-personene gir uttrykk for. Analyse og tolkning av data kan betraktes som en kontinuerlig prosess som starter allerede i felten (Thagaard, 2018, s. 151). Når jeg utførte intervjuene hadde jeg med meg min egen forforståelse og kunnskap om temaet, og jeg var derfor bevisst på å innta en lyttende og utforskende holdning i intervjusituasjonene så vel som i lesning av intervjuene i etterkant.

Kvaliteten på analysen er, ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 222), avhengig av blant annet forskerens håndverksmessige dyktighet og kunnskap om temaet. Også dataene som kommer ut av intervjuene preges av den forståelsen forsker utvikler ute i felten. Når det kommer til analyse er jeg en novise, og jeg har derfor støttet meg på Kvale og Brinkmann (2015, ss. 221-222) sin modell over analysetrinn. Kvale og Brinkmann (2015, ss. 221-222) beskriver analysen med seks mulige trinn, fra beskrivelse til fortolkning og handling. I analysen har jeg benyttet kategorier for å strukturere datamaterialet, og jeg vil i starten av empirikapitlene belegge disse kategoriene nærmere.

Å finne en analyseform som passer mitt prosjekt, har vært utfordrende. Jeg ønsket å få frem opplevelser og erfaringer om ansvars- og oppgavedeling fra ansatte i sykehjem, i kontekst av to ulike organisasjonsmodeller, og sett opp mot ansattes opplevelse av kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering. I utarbeidelse av forskningsdesignet hadde jeg sett for meg at tema-analyse ville være mest egnet for å kunne sammenligne svar fra de ulike tema som intervjuguiden bygget på. Senere i prosessen har jeg også sett at tema-analyse alene ville gitt svar som er for løsrevet fra sin kontekst, og har derfor valgt å kombinere tema-analyse og kontekstanalyse, fordi dette ga meg et bedre grunnlag for å studere temaene som en del av konteksten (Thagaard, 2018, ss. 176-177).

## 4.5 Kvalitetsvurdering

Kvalitative studier preges både av at vi utvikler teoretiske perspektiver på grunnlag av analyse av dataene, og at vi tar utgangspunkt i teoretiske perspektiver fra tidligere studier. Kvaliteten på tekstene i kvalitativ forskning avhenger av at teksten representerer en forståelse av de fenomen vi studerer. Dette innebærer at vi retter oppmerksomheten mot forskningens troverdighet. Slik kan deltakerne og andre forskere vurdere fremgangsmåtene i prosjektet og de resultatene vi kommer frem til. Reliabilitet, validitet og overførbarhet er sentrale begrep for å vurdere forskningens troverdighet, og kan derfor også sees som et uttrykk for kvaliteten på prosjektet (Thagaard, 2018, s. 181).

### 4.5.1 Forforståelse

Jeg er selv utdannet sykepleier og har arbeidet i sykehjem i over 20 år. Det har gitt meg enorm glede og engasjement å være en del av det verdifulle arbeidet som nedlegges i kommunehelsetjenesten. De siste syv årene har jeg vært leder i ulike sykehjem, og de senere år virksomhetsleder ved et mellomstort sykehjem.

Gjennom disse 20 årene har sykehjemstjenesten gradvis stilt høyere krav om formell utdanning for sykehjemansatte. Selv om andelen sykepleiere i sykehjem er relativt lav sammenlignet med sykehusene, så har økte krav til tjenesten også ført til økte krav om kompetanse. I kjølvannet av samhandlingsreformen opplevde vi i løpet av kort tid å måtte håndtere sykehuspasienter i sykehjemmenes langt mindre profesjonelle omgivelser. Når jeg tenker tilbake på starten av min karriere for over 20 år siden, har mye endret seg hva gjelder behandling og kompetanse i sykehjemmene. Jeg husker travelheten som overskygget alt annet, og de utfordringene jeg stod i som ung sykepleier på sykehjem. I motsetning til situasjonen i sykehusene, har ikke sykehjemmene et fagmiljø som preges av leger og sykepleiere. Som sykepleier er man i mindretall, og jeg husker at jeg opplevde det som en vanskelig skvis å skulle ha et godt kollegialt fellesskap med helsefagarbeidere og assistenter, samtidig som jeg også skulle ivareta det faglige ansvaret.

Pasientene er blitt sykere og har flere sammensatte diagnoser, samtidig som forventningene til behandling og pleie oppleves høyere. Til tross for dette er den interne organiseringen i liten grad endret fra da jeg var nyutdannet sykepleier for 20 år siden, i de aller fleste sykehjem i min kommune. Jeg har siden den gang, både i arbeidet som sykepleier og som leder, undret meg mye over ressursbruk og prioriteringer som ikke alltid samsvarer med ressurstilgang og kravene til tjenesten.

#### 4.5.2 Validitet og reliabilitet

For å sikre validitet, eller gyldighet av resultatene, har jeg hatt et kritisk blikk rettet mot min egen forståelse av emnet jeg har studert. Jeg har vist mitt teoretiske ståsted, hva som danner grunnlag for mine tolkninger og hvordan analysen gir grunnlag for tolkninger og konklusjoner (Thagaard, 2018, s. 189). Det har krevd at jeg underveis i prosjektet har stilt meg selv kritiske spørsmål til om de tolkninger jeg kommer fram til, representerer den virkeligheten jeg har studert. I oppgaven tegner jeg opp en tidslinje og innhenter informantenes betraktninger omkring ansvars- og oppgavedeling forut for samhandlingsreformen og erfaringer forut for teamorganisert sykepleiertjeneste. Jeg har ikke foretatt undersøkelser på ulike tidspunkt langs denne tidslinjen, men har innhentet erfaringer og erindringer gjennom intervju nå, vel ti år etter samhandlingsreformens ikrafttredelse. Heri kan det ligge en skjevhet i informantenes minne, som jeg ikke kan kontrollere for. Ved å innhente informasjon om forhold tilbake i tid foreligger det en mulig kilde til skjevhet i materialet, som kan reise spørsmål om oppgavens validitet. Videre kan det ligge en skjevhet i informantenes oppfatning, som særlig dreier seg om mulige trekk ved individenes orientering



mot den ene eller den andre organisasjonsmodellen. De som søker seg til en organisasjonsmodell kan ha gjort en seleksjon som også gjenspeiles i deres oppfatning av kvalitet. I tillegg skjer det en sosialisering av individer innen den modellen de representerer, som likeledes kan gjenspeiles i en mulig skjevhet.

Reliabilitet handler om forskningsresultaters troverdighet, dersom de ble reproduisert av andre forskere til andre tidspunkt (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). For å sikre reliabilitet i prosjektet, har jeg vært bevisst min rolle i intervjusituasjonene så vel som i transkripsjonen. Jeg har stilt åpne spørsmål og vært bevisst hvilken måte spørsmålene har blitt stilt, for å unngå at jeg som forsker påvirker svarene. Det samme gjelder i transkripsjonen, der jeg har forsøkt å være varsom med å tillegge min egne forforståelse til intervjuene. Ved å velge representanter fra de ulike yrkesgruppene representert ved sykehjemmet, har jeg innhentet informasjon og data om deres opplevelse knyttet til ansvars- og oppgavefordeling, kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering. En utfordring gjennom intervjuet kunne være at informantene vegret seg for å være ærlig i frykt for at deres svar skulle bli gjenkjent. En annen mulig svakhet var min egen forforståelse av tema. Jeg kjenner emnet godt og har jobbet mange år i sykehjem. Derfor var det spesielt viktig at jeg var bevisst hvordan mine egne holdninger og erfaringer kunne komme til å påvirke hvordan jeg stilte spørsmål, så vel som tolket funnene etterpå. En annen mulig svakhet, er at jeg har undersøkt sykehjem i samme kommune som jeg selv har en lederstilling. Min stilling er i et privat ideelt sykehjem med kommunal driftsavtale, og jeg har derfor en viss distanse til de kommunale sykehjemmene. Like fullt kan en tett kopling til informantene eller informantenes arbeidssted, kunne komme til å true min uavhengighet. Jeg var bevisst dette og inntok en så nøytral tilnærming til fenomenet som mulig, slik at jeg ikke overså eller tillat viktige nyanser (Thagaard, 2018, s. 108). I intervjuene har jeg benyttet en lydopptaker. Ifølge Norsk Senter for Forskningsdata (NSD), er opptak av personers stemme som personopplysning å regne, og jeg har meldt forskningsprosjektet til NSD i forkant av intervjuene.

#### 4.5.3 Overførbarhet

Det er tolkningen av resultatene som gir grunnlag for å kunne si om et prosjekt har overførbarhet. Dersom tolkningen vi utvikler også kan være relevant i andre sammenhenger, kan den sies å ha overførbarhet (Thagaard, 2018, s. 194). Dette betyr at vi må stille spørsmål om funnene gjenspeiler realiteten og om det er mulig å generalisere fra dem (Kvale & Brinkmann, 2015). Innen samfunnsforskning handler mye av det som studeres om fenomen som leseren ikke alltid kan gjenkjenne fra egne erfaringer. Like fullt kan han, gjennom

dyptpløyende og prinsipielle teoretiske perspektiver, finne fellestrekk som har overføringsverdi til andre områder av leserens liv (Thagaard, 2018, ss. 195-196). Jeg har i prosjektet støttet meg på teoretiske perspektiv fra klassikere i sosiologien som Abbott (1988), som også åpner for overføring til andre områder innen moderne samfunnsforhold.

#### 4.5.4 Ethiske vurderinger

Forskningsetiske hensyn handler blant annet om å sikre personvernet til informantene i studien. Dette er ivarettatt gjennom skriftlig samtykke til studien, og gjennom anonymisering av informanter, konfidensiell behandling av forskningsdata og persondata. Jeg har i liten grad benyttet hyppig sitering fra informantene, men i den grad det er gjort har jeg tatt hensyn til at sitatene ikke skal sette informantene i et uheldig lys. Helt fra jeg startet dette prosjektet har jeg vært bevisst på at min posisjon og kjennskap til miljøet jeg studerer, både kan være en styrke og en svakhet. Jeg har, på den ene siden, grunnlag for å forstå deltakernes situasjon, mens jeg på den annen side kan komme til å overse budskap og erfaringer som ikke samsvarer med mine egne. En fare i dette prosjektet er derfor at jeg kan ha internalisert de strukturer jeg studerer, slik at både utforming av spørsmål og analyse tar sikte på å samsvare med egne betraktninger. Jeg har derfor foretatt prøveintervju før jeg gikk i gang med intervjuene, korrigerer intervjuguide i tråd med oppdagelser og tilbakemelding etter prøveintervju, samt støttet meg på mitt teoretiske ståsted og analyserammen for prosjektet. Min rolle som virksomhetsleder i et annet sykehjem i kommunen, kan betraktes som en svakhet. På grunn av min posisjon kan informantene holde tilbake opplysninger eller oppgi feilaktige svar i fare for at deres utsagn kan skade deres arbeidsforhold. Dette har jeg vært bevisst på både i forkant av intervju og under intervju, hvor jeg tydelig har klargjort min rolle som student overfor informantene og forsikret om at deres anonymitet ivaretas.

## 5 Case 1: Sykehjem med tradisjonell organisasjonsmodell

Jeg vil i det følgende presentere intervjudata for å finne svar på problemstillingen:

*Hva kjennetegner ansvars- og oppgavedelingen i sykehjem i møte med nye oppgaver og økt ansvar, og hvilken rolle spiller ansvars- og oppgavedelingen for de ansattes opplevelse av kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering?*

Når jeg presenterer funn fra studien vil jeg følge oppbyggingen fra intervjuguiden som jeg benyttet. Intervjuguiden ble tematisert med utgangspunkt i det teoretiske rammeverket jeg har benyttet, samt forskningsspørsmålene. Funnene presenteres derfor ut ifra tema «**Ansvars- og oppgavedeling**» hvor nærmere bestemt forhold omkring «**kompetanse**», «**kollegafellesskap**», «**oppgaver**» og «**ansvar**», presenteres. Videre vil jeg legge frem hvordan intervjupersonene har opplevd «**endringer i sykehjemmet**», og intervjupersonenes opplevelse av «**arbeidsdeling**», «**spesialisering**», «**oppgaveglidning**» og «**ansvarsglidning**» presenteres.

Til sist vil jeg presentere hvordan yrkesgruppene oppfatter at ansvars- og oppgavedelingen har betydning for «**kvalitet**», «**ressursutnyttelse**» og «**rekruttering**».

Som belyst i innledningen har jeg begrenset kvalitetsbegrepet til å omhandle sykepleierens opplevelse av tilstrekkelig tid til å utføre sykepleieroppgaver.

For å kunne studere og forstå arbeidsoppgavene i relasjon til hvilken yrkesgruppe som utfører dem har jeg kategorisert oppgavene som informantene vektla, i kategoriene; hotelloppgaver, kjerneoppgaver, fagoppgaver og sykepleieroppgaver. Hotelloppgaver og sykepleieroppgaver er analytisk konstruerte begrep, som allerede benyttes av aktørene i praksisfeltet. I tillegg vil jeg supplere med to kategorier; fagoppgaver og kjerneoppgaver. I sum er alle kategoriene analytisk konstruerte begrep, informert av for forståelsen i praksisfeltet, de to første mer enn de to siste. Likevel vil de være gjenkjennbare for aktørene i sykehjem og på den måten gyldige kategorier. Kategoriene er gjensidig utelukkende, selv om det vil forekomme gråsoner mellom kategoriene. De er nyttige verktøy i analysen, og skiller skarpt nok mellom oppgavene til å være fruktbare analytiske grep. Nettopp fordi gjøremål i sykehjem er sammenvevd, behøves analytiske kategorier for å dekonstruere denne sammenvevingen. Den samme kategoriseringen er benyttet i neste kapittel, og vil ikke gjentas når forskningsdata fra neste case presenteres.

*Hotelloppgaver* betegner oppgaver som følger med en storhusholdning. De mest trivielle oppgavene er knyttet til matlaging, sengereing, skittentøyhåndtering, søppelhåndtering, rydding og vedlikehold. Dette er oppgaver som sykehjemmet ikke stiller krav om kompetanse i form av utdanning eller erfaring for å utføre. *Kjerneoppgaver* er gjentakende oppgaver som utføres ofte, uavhengig av hvilke pasienter som til enhver tid bor på sykehjemmet. Dette er oppgaver knyttet til stell, pleie, ivaretagelse av pasientens personlige hygiene, måltidsoppfølging, miljøterapeutiske aktiviteter og dokumentasjon. Oppgavene krever opplæring og veiledning, men det stilles ikke krav til utdanning for å kunne utføre dem. *Fagoppgaver* er oppgaver som krever kunnskap, kompetanse, opplæring og veiledning, men forekommer såpass ofte at det opplevdes hensiktsmessig at flere yrkesgrupper kan mestre dem. Dette er oppgaver knyttet til medisintdeling, sårstell, sondeernæring, kateterisering, blæreskyl, administrering av subkutane injeksjoner og målinger av vitalia. Oppgavene utføres hovedsakelig av sykepleiere og helsefagarbeidere, men også assistenter kan få delegert myndighet til å bistå i medisintdeling. *Sykepleieroppgaver* er et knippe særlig avanserte oppgaver, eller oppgaver knyttet til særlig syke pasienter. Disse oppgavene krever sykepleierkompetanse og utføres bare av sykepleiere. Flere av disse oppgavene utføres ofte ad hoc, fordi de oppstår ved akutt sykdom hos pasient. Disse oppgavene er derfor ikke alltid medregnet når oppgaver fordeles mellom yrkesgruppene ved vaktstart, og kommer gjerne i tillegg til andre oppgaver som er fordelt til sykepleierne.

## 5.1 Ansvars- og oppgavedeling

### 5.1.1 Kompetanse og kollegialitet

Til tross for at alle informantene forteller at de har en klar oppfatning av yrkesgruppenes ulike utdanningsnivå, blir ulikhetene sjelden vektlagt når oppgaver fordeles mellom de ansatte. Oppgavedelingen har, ifølge informantene, til hensikt at de ansatte kommer i mål med alle gjøremål, på en faglig forsvarlig måte. Selv om arbeidsoppgaver og gjøremål blir fordelt ved vaktstart, skjer det ofte uforutsette hendelser som gjør at planer ikke kan følges, og de ansatte hjelper hverandre dersom noen ikke kommer i mål med sin plan. Uforutsette hendelser på arbeidsplassen medfører at oppgaver må delegeres til andre på kort varsel, og ifølge informantene er dette bakgrunnen for at også helsefagarbeidere og assistenter må ha kompetanse til å overta disse oppgavene.

Formalkompetanse har til en viss grad betydning for de mest avanserte oppgavene, og noen oppgaver krever, ifølge informantene, formell utdanning eller delegering. Derfor har også assistenter og helsefagarbeidere fått delegert fullmakt til å dele ut medisiner. Likeså har også

tilgang på personell med formalkompetanse stor betydning for hvem som utfører de ulike arbeidsoppgavene. Dersom det ikke er sykepleier til stede, utfører gjerne helsefagarbeider oppgaven, selv om den i utgangspunktet er betegnet som en sykepleieroppgave. En annen faktor som avgjør hvem som utfører arbeidsoppgaver, er erfaring og egnethet. Ledelsens vurdering av den enkeltes egnethet for oppgaven har stor betydning for hvilke oppgaver den enkelte utfører, og informantene oppgir at egnethet ofte blir tillagt høyere vekt enn formalkompetanse. Unntaket er for de mest avanserte sykepleieroppgavene, hvor formell autorisasjon som sykepleier fremholdes av informantene som viktigere enn erfaring og egnethet.

Informantene har alle en klar oppfatning av at den enkeltes *ansvar* er tett koplet til kompetanse. Formalkompetansen blir således tillagt større vekt når det kommer til ansvar, og sykepleierne har et såkalt sykepleiefaglig ansvar på sin vakt. Delegasjon av ansvar for medisinutdeling gis til både helsefagarbeidere og assistenter etter endt kurs og opplæring. Det er virksomhetsleder som delegerer og som også gir helsefagarbeidere og assistenter fullmakt til medisinutdeling. Det er kun på medisin håndteringsområdet at det foreligger en formell delegering av ansvar og oppgaver, ifølge informantene. Helsefagarbeidere og assistenter kan, ifølge utsagn fra informantene, selv sette grenser for hva de tar ansvar for, og de får utvidet ansvar i takt med erfaring. Dette gjelder imidlertid ikke for sykepleierne som rapporterer i intervju at nyutdannede sykepleiere pålegges like stort ansvar som de mer erfarne sykepleiere.

Informantene legger vekt på at oppgaver skal rullere mellom alle ansatte, og flere syntes det er viktig at alle kan utføre de fleste arbeidsoppgaver. Fokus på en rettferdig fordeling av oppgaver er gjennomgående hos alle yrkesgrupper, og fleksibilitet, samarbeid og nedbryting av hierarki, blir trukket frem som sentrale verdier i sykehjemmet. Rettferdighet og likhet oppgis å være grunnleggende for godt samarbeid, og sykepleierne er i særdeleshet opptatt av å ikke fremstå som bedre eller mer kompetente enn de andre. De demper derfor egen kompetanse, og tilpasser språk og sjargong for å ikke innta en sjefsrolle i sykehjemmet. Å være en god kollega innebærer at man tar i et tak, og hjelper til der det behøves, ifølge informantene. For sykepleierne fører dette til at sykepleieroppgaver ofte blir skjøvet på, enten ved at de jobber fortere, dropper lunsj eller tar oppgavene igjen en annen dag.

Sykepleierne oppgir å føle sterkere samhørighet og lojalitet til helsefagarbeidere og assistenter, enn til andre sykepleiere på sykehjemmet, fordi det er disse de arbeider tettest

med. Dette sammenfaller med uttalelser fra de øvrige informantene, som oppgir at helsepersonell i samme avdeling oppfatter hverandre som kollegaer. Sykepleierne beskriver hvordan dette også får ringvirkninger for hvordan de organiserer og prioriterer sitt arbeid, idet de søker å etterleve de øvrige yrkesgruppens forventning om deltakelse i hotell- og kjerneoppgaver på lik linje med dem. Det er viktig for sykepleierne at helsefagarbeiderne og assistentene opplever dem som samarbeidsvillige, og at de ikke er utvelgende i forhold til oppgaver. Derfor vektlegger sykepleierne å vise ekstra innsats når det kommer til forefallende arbeid.

### 5.1.2 Oppgaver

Informantene kan vanskelig gi en fullstendig oppramsing av oppgavene i sykehjemmet, heller ikke hvilke oppgaver som ligger til den enkelte yrkesgruppe. Informantene gir imidlertid uttrykk for at de opplever oppgavefordelingen som uklar, fordi mange av oppgavene utføres av alle yrkesgrupper.

Hotelloppgavene krever lite eller ingen trening, og blir ifølge informantene utført av alle yrkesgrupper. Sykepleierne utfører hotelloppgaver på lik linje med helsefagarbeider og assistent. Likeledes fordeles de mange kjerneoppgavene likt på alt helsepersonell, og det foreligger en forventning om at alle yrkesgrupper skal dele på disse oppgavene. Sykepleierne er forventet å utføre disse oppgavene før de eventuelt utfører de mer avanserte fag- og sykepleieroppgavene, og ifølge en sykepleier oppstår det ofte uenighet mellom yrkesgruppene når det kommer til hvilke oppgaver som skal prioriteres. Særlig fremkommer det uenighet omkring dokumentasjon, kartlegging og vurdering. Sykepleierne opplever disse oppgavene som viktigere enn helsefagarbeiderne og assistentene, som i større grad vektlegger praktiske gjøremål.

Sykehjemmet stiller krav om formalkompetanse, enten i form av utdanning eller delegering for å kunne utføre fagoppgaver. I følge ledelsen blir fagoppgavene som oftest utført av sykepleier eller helsefagarbeider. Hvilke oppgaver som blir utført av sykepleiere og hvilke som utføres av helsefagarbeider, varierer ifølge informantene fra avdeling til avdeling. Oppgaver som i en avdeling har blitt en rutineoppgave, oppgis å ha stor sannsynlighet for å bli utført av helsefagarbeidere, mens den i en annen avdeling kan være såpass ukjent at den utelukkende utføres av sykepleiere, særlig i starten.

Fagoppgavene og skillet mellom hvem som utfører disse, blir av informantene betegnet som flytende og utydelig. Det hender at det oppstår konflikt og uenighet blant yrkesgruppene i

sykehjemmet om hvem som skal utføre fagoppgavene. Sykepleierne oppgir at de ønsker å utføre disse oppgavene selv, men helsefagarbeiderne må utføre dem dersom det ikke er sykepleier til stede, eller hvis sykepleier er opptatt med andre oppgaver. Helsefagarbeiderne oppgir at de vegrer seg for oppgaver de utfører sjelden, og at de føler seg mindre kompetent til oppgaver dersom det er lenge siden de har utført dem. Helsefagarbeiderne ønsker derfor å utføre fagoppgaver oftere, slik at de blir tryggere på oppgavene når de må utføre dem. Ifølge helsefagarbeiderne deltok de i flere fagoppgaver forut for samhandlingsreformen, da det ikke var like mange sykepleiere ansatt i sykehjemmet.

Et knippe særlig avanserte oppgaver oppgis av informantene å være sykepleieroppgaver. Sykepleierne doserer medisiner, kontrollerer og administrerer medisin som er forordnet av lege, på en selvstendig måte. De trenger ikke en delegert fullmakt til dette. Det er også sykepleierne som vurderer bruk av eventuellmedisin; medisiner som en pasient ikke bruker fast, men som kan vurderes brukt dersom det er indikasjon for det. I tillegg har sykehjemmet egne prosedyrer for akutte sykdomstilfeller der sykepleier kan gi akuttmedisin uten å først innhente forordning fra lege.

Informantene forteller at det alltid er sykepleier som gjør kliniske vurderinger når en pasient blir dårlig eller får forverret helsetilstand. Ofte krever dette at sykepleier forlater avdelingen sin for å gjøre vurderinger eller ha tilsyn i en annen avdeling. Sykepleier vurderer videre behandlingsnivå, og om det er behov for tilsyn av lege. Også helsefagarbeiderne kan gi uttrykk for hvordan de mener sykepleierne bør løse utfordringer, og selv om løsningene kan virke åpenbare for helsefagarbeiderne, gir sykepleierne uttrykk for å ikke oppleve løsningene som like innlysende. Sykepleieren opplever at de må gjøre vurderinger som tar tid og som krever andre tiltak enn det som foreslås av helsefagarbeiderne. Vurderingsarbeidet som sykepleierne utfører blir imidlertid ikke alltid registrert av de andre yrkesgruppene. Både sykepleierne og ledelsen forteller at sykepleieroppgavene ofte utføres «i kulissene»; utenfor selve sykehjemsavdelingen, og at arbeidet av den grunn ikke nødvendigvis er synlig for de andre yrkesgruppene. Dette kan være arbeid på medisinrom, laboratoriet eller i andre avdelinger. Sykepleieroppgavene overføres ofte fra sykepleier til sykepleier i vaktskiftet, eller fra lege til sykepleier, og blir av den grunn ikke medregnet når arbeidsoppgaver fordeles ved vaktstart. Det er også oppgaver som i stor utstrekning skjer ad hoc, på grunn av uventede og plutselig oppståtte situasjoner.

Det er store variasjoner i hvilke oppgaver de ulike informantene betegner som en sykepleieroppgaver. Selv om sykepleierne har høyest utdanningsnivå, har også mange helsefagarbeidere lang erfaring og fagkompetanse. Informantene forteller at det derfor er vanskelig å avgjøre hvem som egentlig skal utføre oppgavene. Et lite knippe avanserte oppgaver er imidlertid informantene enige om at er sykepleieroppgaver, men det fremkommer klart at sykepleierne gjør mer enn sykepleieroppgaver. En sykepleier uttrykker det slik: «Det finnes oppgaver som bare sykepleier gjør. Men det finnes ingen oppgaver som sykepleier *ikke* gjør». Slik sykepleieren uttrykker det, er sykepleierne den eneste yrkesgruppen i sykehjemmet som er forventet å delta i alle gjøremål.

### 5.1.3 Ansvar

Ved vaktstart deles ansvarsområdene i avdelingen inn i tre; medisinsansvar, kjøkkenansvar og skylleromsansvar. I tillegg har sykepleierne et *sykepleiefaglig ansvar*. Informantene oppgir at de fleste assistenter og helsefagarbeiderne har delegert fullmakt til å dele ut medisiner, og at medisinsansvaret derfor fordeles mellom alle yrkesgrupper. Sykepleier kan gjerne ha skylleromsansvar, mens en assistent har medisinsansvar på samme vakt. Medisinsansvarlig deler ut medisiner, men hvis medisinsansvarlig er assistent, er det en helsefagarbeider som likevel har *vaktansvar* og som kontakter sykepleier dersom det ikke er sykepleier i avdelingen.

Det sykepleiefaglige ansvaret innebærer at sykepleier må ha ansvar for andre avdelinger, i tillegg til sin egen. Informantene opplyser om at dette er en vanlig måte å organisere sykehjemstjenesten på i kommunen, fordi turnusarbeid gjør det vanskelig å sikre en sykepleier på hver avdeling gjennom hele døgnet. Dette oppleves imidlertid krevende for sykepleierne, fordi de vet at kollegaen blir alene igjen i avdelingen. At sykepleierne kjenner på dårlig samvittighet overfor sine kollegaer, er gjennomgående i intervjuet.

I det sykepleiefaglige ansvaret ligger likeledes ansvar for at oppgaver blir fordelt og utført i tråd med sykehjemmets retningslinjer, og innebærer et overordnet faglig ansvar. Dette innebærer å ikke bare ha ansvar for de oppgaver de selv utfører, men også et ansvar for at alle gjøremål blir utført. Sykepleierne kan derfor ikke alltid stole på at alle gjør det de skal, og opplever tidvis å ha ansvar for å vurdere andres kompetanse. De inntar gjerne en oppsynsrolle, og må kompensere dersom kollegaene ikke utfører arbeidet tilfredsstillende. I tillegg er sykepleieren ofte alene på sitt ansvarsområde, som kan variere fra en boenhet med ti pasienter, til flere avdelinger. Dersom det er få sykepleiere på vakt, blir ansvarsområdet til



den enkelte sykepleier større. På bakgrunn av dette angir sykepleierne å oppleve at de har et totalansvar på sykehjemmet.

Helsefagarbeiderne har *vaktansvar* dersom det ikke er sykepleier til stede i avdelingen. De skal da kontakte sykepleier ved behov, og helsefagarbeiderne oppgir at de har lav terskel for å kontakte sykepleier. Alle yrkesgruppene har ansvar for å videreformidle problemstillinger til helsepersonell med høyere kompetanse, dersom de ikke klarer å løse oppgavene eller dersom pasientenes helsetilstand tilsier det. Sykepleier oppretter da kontakt med lege eller med akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK). Ofte skjer kontakt med lege via telefon, og sykepleierne opplever at dette legger et større ansvar på dem. Sykepleiernes vurdering av pasienten ligger i så måte til grunn for videre behandling, ettersom pasienten ikke fysisk har blitt tilsett av lege.

#### 5.1.4 Organisasjonskart og arbeidsbeskrivelser

Av sykehjemmets organisasjonskart fremkommer det at sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter er underlagt en avdelingsledelse. Arbeidsbeskrivelsene presiserer dette, samtidig som helsefagarbeidernes arbeidsbeskrivelser plasserer dem under sykepleier, som skal fordele og følge opp det daglige arbeidet. Likeså presiserer assistentenes arbeidsbeskrivelse at deres plassering i organisasjonen er underlagt sykepleier og helsefagarbeider.

Det kan imidlertid ikke leses av arbeidsbeskrivelsene hvilke oppgaver som ligger til den enkelte yrkesgruppe. Arbeidsbeskrivelsene beskriver aktivitet gjennom formuleringer som «delta i gruppens daglige arbeidsoppgaver», «bidra til tverrfaglig samarbeid», og «medvirke til systematisk HMS-arbeid». Arbeidsbeskrivelsene er nærmest likelydende for alle tre yrkesgrupper. Likevel presiseres sykepleiernes ansvar for å fordele og organisere arbeidet når leder ikke er til stede, ha ansvarsvakt eller hovedvakt, og ha bakvakt ved andre avdelinger. I tillegg skal sykepleier konsultere lege ved behov, samt sørge for at legens ordinasjoner blir utført. Helsefagarbeiders arbeidsbeskrivelse tydeliggjør helsefagarbeidernes vaktansvar når det ikke er sykepleier til stede. I assistentenes arbeidsbeskrivelse understrekes deres ansvar for å søke faglig hjelp ved behov, samt at de skal rapportere til en fagperson.

## 5.2 Endringer i sykehjem

Her presenteres informantenes opplevelse av endringer i kjølvannet av samhandlingsreformen. Informantenes beskrivelser av endrede oppgaver og ansvar, etterfølges av deres opplevelser av spesialisering, oppgaveglidning og ansvarsglidning.

### 5.2.1 Endringer i ansvar og oppgaver

Alle informantene opplever en klar endring i sykehjemmet i årene etter samhandlingsreformen. Endringen har imidlertid foregått gradvis, og i økende omfang de siste år. Pasientene oppleves sykere, og informantene formidler at sykdomsbilde er sammensatt, fordi pasientene har flere diagnoser og økt behandlingsbehov. En del av behandlingen som nå gis på sykehjemmet ble tidligere bare gitt i spesialisthelsetjenesten, og sykehjemmet har langt færre innleggelse i sykehus etter samhandlingsreformen. Økte hjelpe- og behandlingsbehov hos pasientene trekkes fram av informantene som en av de største endringene etter samhandlingsreformen, og de oppgir at sykehjemmet i så måte har beveget seg mot å være et «mini-sykehus» i større grad enn et hjem.

For å møte endringene i ansvars- og oppgavedelingen mellom sykehus og sykehjem, har sykehjemmet økt opp antall sykepleierårsverk gjennom at helsefagarbeiderstillinger har blitt omgjort til sykepleierstillinger. Helsefagarbeiderne uttrykker derfor bekymring over deres funksjon i sykehjemmet, fordi en økning i antall sykepleiere medfører færre fagoppgaver for helsefagarbeiderne. De frykter at færre fagoppgaver kan gjøre yrket mindre interessant for nye helsefagarbeidere. Ifølge helsefagarbeiderne selv, opplevde de langt større involvering i fagoppgaver knyttet til sårstell, sondeernæring og samhandling med lege forut for samhandlingsreformen, da det var færre sykepleiere i sykehjemmet.

De første årene etter samhandlingsreformen gjennomgikk sykepleierne et fem-årig kompetansehevingstiltak, arrangert av kommunen i samarbeid med det regionale helseforetaket. Sykehjemmet har på den måten fått økt kompetanse, særlig blant sykepleierne, til å kunne utføre avanserte oppgaver og møte de økende kravene til tjenesten. Internt i sykehjemmet har de, ifølge informantene, fokus på at sykepleierne deler kunnskap, gir opplæring og veileder annet personell i oppgaver, slik at flere yrkesgrupper kan delta i oppgaver av faglig karakter.

### 5.2.2 Grad av spesialisering

Til tross for økt behandlingsansvar og flere avanserte oppgaver i sykehjemmet, opplever informantene liten endring i hvordan oppgaver og ansvar fordeles mellom yrkesgruppene. Det skiller i liten grad mellom sykepleier, helsefagarbeider og assistent, ifølge informantene. At “alle gjør alt” har ifølge informantene sammenheng med en høy andel sykepleiere og helsefagarbeidere i sykehjemmet, samtidig som at renholds- og assistentstillinger er redusert. Hotell- og kjerneoppgavene må like fullt utføres, og informantene mener derfor at det er

nødvendig for driften at også sykepleiere og helsefagarbeidere deltar i disse oppgavene. En helsefagarbeider uttrykker at det er avgjørende at også sykepleierne gjør mer trivielle oppgaver for å komme i havn med alle gjøremål.

### 5.2.3 Oppgaveglidning

Selv om informantene i utgangspunktet ikke er kjent med begrepet oppgaveglidning, kan de alle fortelle om hvordan oppgaver har flyttet seg mellom yrkesgruppene de siste 10-12 år.

Sykepleierne opplever at oppgaver som tidligere var legeoppgaver, som innlegging av permanent kateter hos menn, nå har blitt en sykepleieroppgave som det i dag ville være utenkelig å be legen om å gjøre. I starten av koronapandemien var det lege som foretok testing av pasienter og ansatte. Etter hvert som behovet for testing økte, samt at sykepleierne ble fortrolig med prosedyren, overtok sykepleierne denne oppgaven. En del antibiotika-injeksjoner ble tidligere gitt av lege, mens det i dag er sykepleiere som gir alle injeksjoner

En rekke oppgaver som tidligere bare ble utført i sykehus, blir nå utført av sykepleierne i sykehjemmet. Antall spesialiserte oppgaver har økt kraftig, og samhandlingsreformen har, slik sykepleierne forteller, ført til en økning i tilfang av spesialisert oppgaver og ansvar. Sykepleierne angir imidlertid å oppleve seg overveldet av oppgaver, og overlater derfor til helsefagarbeiderne å gjøre de mest rutiniserte fagoppgavene for å komme i mål med alle sine arbeidsoppgaver. Kjerne- og hotelloppgaver oppgir de å sjelden overlate til andre, fordi det er viktig for dem å vise at de også tar sin del av arbeidet. De ønsker ikke at de andre yrkesgruppene skal tro at de lurer seg unna, og opplever ofte at de må utsette sykepleieroppgaver fordi det er forventet at de først skal utføre hotell- og kjerneoppgavene.

Helsefagarbeider deltar i sårstell, sondeernæring, legevisitt, legemiddelhåndtering, målinger og undersøkelser. En sykepleier opplever det problematisk at helsefagarbeidere gjør slike oppgaver, da de ikke har tilstrekkelig teoretisk kunnskap om medisiner og bivirkninger, eller kunnskap om hvordan ulike målinger skal tolkes. Assistenten har fått delegasjon til å dele ut legemidler, samtidig som de utfører andre oppgaver som tidligere har vært fagoppgaver. Oppgaver som blæreskyl, tømning av urinposer, vekt og ernæringsoppfølging blir ikke formelt delegert videre til assistenter, men den enkeltes egnethet blir vurdert når slike oppgaver forskyves til assistenter, ifølge informantene.

Sykehjemmet har de siste år redusert antall årsverk knyttet til renhold og vaskeri, og har ikke lenger stillinger for assistenter som utelukkende skal utføre hotelloppgaver. Både sykepleierne og helsefagarbeiderne deler oppfatning om at det har foregått en

oppgaveglidning av hotelloppgaver fra assistenter og renholdere til helsefagarbeidere og sykepleiere de siste årene. Sykepleierne opplever å ha fått tilført flere hotelloppgaver, i tillegg til flere spesialiserte oppgaver. De opplever at oppgaveglidningen gir dem utfordringer med å prioritere oppgaver. De er redd for at kollegaer skal oppleve at de lurte seg unna hotelloppgaver, og kompenseres med å arbeide raskere eller utover ordinær arbeidstid for å komme i mål med alle oppgavene. Det kommer frem i intervju at sykepleierne opplever hotelloppgavene som en ekstrabelastning, men at det likevel er unaturlig for dem å be noen andre om å utføre oppgavene, særlig fordi ingen av yrkesgruppene har disse oppgavene som sin hovedoppgave.

#### 5.2.4 Ansvarsglidning

Informantene er forente om at ansvar for tjenesten ligger to steder; hos virksomheten (ledelsen) og hos det enkelte helsepersonell. De opplever videre at det, i takt med at flere og mer avanserte oppgaver tilføres sykehjemmet, følger et større ansvar for alle som arbeider ved sykehjemmet. Dette er en ansvarsglidning som har presset seg fram over tid, etter hvert som flere oppgaver utføres på sykehjem.

Sykepleierne opplever at de har overtatt ansvar som tidligere lå hos legen, og at de stadig oftere må påta seg behandlingsansvar. Særlig gjelder dette tider gjennom døgnet hvor det ikke er lege til stede på sykehjemmet. En del akutte prosedyrer er standardiserte, og sykepleier er forventet å iverksette akuttbehandling rutinemessig ved ulike sykdomstilfeller, uten kontakt med lege i forkant. De opplever at det gjennom standardiserte prosedyrer har skjedd en ansvarsglidning fra lege til sykepleier. Sykepleierne opplever imidlertid ikke at det har skjedd ansvarsglidning fra sykepleier til helsefagarbeider og assistent. Sykepleierne opplever å ha ansvar for at tjenestene er forsvarlige, og selv om de kan delegere oppgaver til andre yrkesgrupper, opplever de likefullt å ha ansvar for oppgaven. Samtidig forteller flere av informantene at de opplever ansvarsforholdene som uklare, og at de er usikre på hvor vidt ansvar glir når oppgaver glir.

#### 5.3 Kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering

I det følgende presenteres informantenes opplevelse av kvalitet, hvorved tilstrekkelig tid til å utføre sykepleieroppgaver benyttes som en indikator på opplevd kvalitet. Videre presenteres informantenes opplevelser av ressursutnyttelse gjennom i hvilken grad deres kompetanse benyttes i sykehjemmet. Til sist gjengis informantenes opplevelse av rekruttering, særlig av sykepleiere.

### 5.3.1 Tidspress og kvalitet

Det er gjennomgående at sykepleierne især opplever tidspress i arbeidet, og at de ofte følger en stram tidsplan for å komme i mål med alle oppgavene på sin vakt. De må prioritere hvilke oppgaver som haster mest, og opplever hyppig at de ikke kommer i mål med sykepleieroppgavene. De oppgir å daglig oppleve tidspress, og ledelsen deler deres oppfatning om dette. Særlig er det oppgaver som ikke har bråhast som blir forskjøvet, og det understrekes at de alltid prioriterer dårlige pasienter, akutte tilstander, smertelindring og forsvarlig medisinerings foran andre oppgaver. De opplever at andre yrkesgrupper har forståelse for at de må forlate avdelingen for å utføre akutt oppgaver, men ikke for å utføre mindre akutte oppgaver. Dette sammenfaller med utsagn fra helsefagarbeiderne, som oppgir at de ikke synes det er akseptabelt at sykepleier gjør mindre akutte oppgaver når det er travelt i avdelingen. Mindre akutte oppgaver er ofte knyttet til vurderinger, kartlegging og dokumentasjon, og er oppgaver som sykepleierne oppgir å ikke ha tid til å gjøre på den måten de selv mener de burde. I intervju rapporterer sykepleierne å ha dårlig samvittighet når de går fra arbeid, fordi de ikke alltid synes de har gjort en så god jobb som de ønsker. De frykter at tidspresset kan føre til feil i vurderinger eller i tiltak, og en sykepleier formulerer det slik: «Hvis jeg hadde hatt bedre tid, er det klart at jeg kunne gjort en bedre jobb». Sykepleieren er ikke i tvil om at tidspresset kommer i konflikt med egne faglige standarder.

For å bøte på tidspresset, opplyser sykepleierne at de ofte gjør arbeidsoppgaver mens de egentlig har lunsjpause. Ledelsen informerer om at de har forsøkt å avlaste sykepleierne ved å gi økt kompetanse til andre yrkesgrupper, og formidler tydelig til sykepleierne at de må overlate flere oppgaver til helsefagarbeidere og assistenter. Ledelsen oppgir at sykepleierne har anledning til å delegerer oppgaver til helsefagarbeidere, dersom disse har kompetanse til å utføre oppgavene, men at de likevel får tilbakemeldinger fra sykepleierne om at de opplever tidspress. Ledelsen formidler muntlig at sykepleierne kan trekke seg ut av avdelingen for å gjøre sykepleieroppgaver, dokumentasjon, laboratoriearbeid eller oppgaver på medisinerom. Sykepleierne opplyser at det imidlertid sjelden lar seg gjennomføre i praksis, fordi det stadig skjer uforutsette hendelser. Videre oppgir sykepleierne at de sjelden har tid til å lese forskning eller å holde seg faglig oppdatert i arbeidstiden, og at slikt blir nedprioritert i en hektisk arbeidshverdag. Det er gjennomgående at sykepleieroppgaver bare kan utføres dersom de ikke fortrenger kjerneoppgaver, med mindre det er alvorlige hendelser eller akutte situasjoner. En sykepleier uttrykker: «Hvis vi alle drar lasset, kommer vi i mål», noe som tilkjenner en opplevelse av at arbeidsmengden er så stor at mindre prekære oppgaver må

vike for dagligdagse gjøremål. Videre frykter sykepleierne for at de kan komme til å gjøre feil, fordi de ikke har tilstrekkelig tid til oppgavene. Flere informanter oppgir imidlertid at det er vesentlig for god kvalitet i sykehjemmet at sykepleierne er en del av miljøet, og at de er tett på pasientene, også i de mer dagligdagse gjøremål.

### 5.3.2 Ressursutnyttelse

Både sykepleierne og helsefagarbeiderne rapporterer i intervju at de opplever å ikke få bruke kompetansen sin til fulle i arbeidet på sykehjemmet. De opplever å utføre flere oppgaver som ikke krever formalkompetanse, og at sykehjemmet i for liten grad benytter helsefagarbeiderne og sykepleiernes kompetanse til fagoppgaver og sykepleieroppgaver. I intervju uttaler sykepleierne at de utfører mange oppgaver som kunne blitt utført av personell uten sykepleiefaglig kompetanse. Det kommer frem i intervju at sykepleierne opplever å ha ansvar for så vel trivielle oppgaver som for fagoppgaver og sykepleieroppgaver. De ser ingen direkte sammenheng mellom deres utdanning eller kompetanse og deres ansvar for hotelloppgaver. Også ledelsen støtter denne oppfatningen, og uttaler: «Man trenger jo ikke en bachelor i sykepleie for å utføre hotelloppgaver». Til tross for at hotell- og kjerneoppgaver utgjør en vesentlig del av både helsefagarbeideres og sykepleieres arbeidsoppgaver, er informantene forent om at slike oppgaver ikke krever særskilt utdanning.

### 5.3.3 Rekruttering

Sykehjemmet har ennå ikke opplevd store utfordringer med å rekruttere sykepleiere eller helsefagarbeidere. Imidlertid benyttes assistenter til å dekke inn vakter ved sykefravær eller ferier, og dette opplever en av informantene som et uttrykk for vansker med å rekruttere nok fagpersoner: «Det er veldig mange ufaglærte som søker nå. Og jeg tenker; hvordan skal dette gå, fremover? Jeg tenker at noe må gjøres». Bruk av assistenter for å dekke vakante vakter, blir av informanten betraktet som et uttrykk for vansker med å rekruttere fagutdannet helsepersonell.

Sykehjemmet har en høy andel sykepleiere og om lag 30 prosent av alle årsverk er sykepleiere. Ifølge ledelsen er en høy andel sykepleiere en rekrutteringsfaktor i seg selv, og flere sykepleiere som søker arbeid ved sykehjemmet, oppgir at de ønsker å arbeide i sykehjem hvor det er flere sykepleiere og et stort fagmiljø. Samtidig oppgir sykepleierne i intervju at de i større grad ønsker å arbeide mer spesialisert, slik at de får utføre oppgaver de er utdannet til å utføre. Likevel er det ingen av informantene som oppgir organisasjonsmodellen har hatt vesentlig betydning for valg av arbeidssted.

## 6 Case 2: Sykehjem med teamorganisert sykepleiertjeneste

I det følgende vil det presenteres data fra intervju med sykepleiere, helsefagarbeidere og leder ved et sykehjem med teamorganisert sykepleiertjeneste. Ved dette sykehjemmet inngår sykepleierne i et såkalt team, og har en ambulerende funksjon i avdelingene. Avdelingene ledes av en teamleder som er helsefagarbeider, og det er helsefagarbeidere og assistenter som arbeider i avdelingene. Sykepleierne ledes av en sykepleierleder. Kategorisering av oppgaver er den samme som ble presentert i forrige kapittel, og vil ikke bli gjentatt her.

### 6.1 Ansvars- og oppgavedeling

#### 6.1.1 Kompetanse og kollegialitet

I sykehjemmet fordeles ansvar og oppgaver mellom yrkesgruppene med utgangspunkt helsepersonellens formalkompetanse. Sykepleiernes oppgaver betegnes som sykepleieroppgaver, og selv om det forekommer diskusjon omkring hvilke av disse som kan overføres til helsefagarbeidere, er informantene omforent om hvilke oppgaver som er sykepleieroppgaver. I følge både ledelsen og sykepleierne krever disse oppgavene sykepleierkompetanse, men helsefagarbeiderne tilkjennegir at de tidligere har utført slike oppgaver, og at de opplever seg kompetente til å utføre flere av dem. Likeledes er det klarhet i informantenes opplevelser av hvilke oppgaver som er fagoppgaver, og disse blir i hovedsak utført av helsefagarbeiderne. Det sykepleiefaglige ansvaret fordeles til sykepleierne med bakgrunn i formalkompetanse, og selv om også helsefagarbeiderne har ansvar for oppgaver i avdelingen, er det ifølge alle informantene sykepleierne som har overordnet faglig ansvar.

Betydningen av opplæring og veiledning i oppgaver, blir av alle informantene tillagt stor vekt, og særlig fremholdes helsefagarbeidernes veiledningsrolle overfor assistentene. Assistenten med lang erfaring får en mer selvstendig rolle i avdelingen. Assistentene deltar i stell på lik linje med helsefagarbeiderne, men assistentens ferdigheter og egnethet blir vurdert av helsefagarbeider i hvert tilfelle. Mange helsefagarbeidere har lang erfaring fra arbeid i sykehjem, men også sykehus, og er vant til å gjøre selvstendige observasjoner. Flere av informantene fremholder erfaring som en forutsetning for *ansvar*, og angir at nyutdannede sykepleiere og helsefagarbeidere ofte har større utfordringer med det store ansvaret.

Noen sykepleieroppgaver delegeres til helsefagarbeiderne, ifølge sykepleierne, men hvilke oppgaver som delegeres til hvem, er betinget av den enkelte helsefagarbeiders egnethet og erfaring med oppgaven. Videre fremkommer det at oppgaver som trengs å utføres hyppig, har større sannsynlighet for å bli overført til helsefagarbeiderne. Dersom en oppgave må utføres



med korte intervaller, slik som ved stell av trakeotomi, oppgir informantene at det vil hindre sykepleiernes ambulerende funksjon dersom de skulle oppholdes for lenge ved slike prosedyrer.

Samtidig fremkommer det at arbeidsdagene er variable, og uforutsette situasjoner og hendelser oppstår hyppig slik at assistenter og helsefagarbeidere må omfordele oppgaver. Helsefagarbeiderne oppgir at de derfor er opptatt av å samarbeide, være fleksible og å både spørre og tilby hverandre hjelp. Sykepleierne angir å drøfte problemstillinger med resten av sykepleierteamet, og sykepleierteamet har tett samarbeid og rom for faglige og etiske drøftinger. De opplever de andre sykepleierne i teamet som sine nærmeste kollegaer, og har mindre kollegafelleskap med helsefagarbeiderne og assistentene i avdelingen. Sykepleierne oppgir å sjelden føle seg presset av helsefagarbeidere til å utføre praktiske oppgaver, og opplever heller ikke at helsefagarbeidere eller assistenters forventninger legger press på dem. Beslutninger som er fattet i sykepleierteamet oppleves imidlertid styrende for sykepleierne, som oppgir å være lojale mot beslutninger som er fattet her. Sykepleierne samhandler likevel tett med teamledere om oppfølging av pasientene, men de samhandler i noe mindre grad med de øvrige yrkesgruppene.

Helsefagarbeiderne og assistentene arbeider tett sammen, og angir å føle tett kollegafelleskap. Dette kommer særlig frem når helsefagarbeiderne i intervju forteller om hvordan de støtter og hjelper hverandre i en travel hverdag, og de vektlegger samarbeidet seg imellom og med assistentene i større grad enn med sykepleierne. At sykepleierne er adskilt fra avdelingen, opplever informantene uproblematisk, samtidig som flere informanter uttrykker at det er en distanse mellom sykepleierne og avdelingen. En dag i måneden har sykepleierne vakt i sin primæravdeling, og arbeider da side om side med de øvrige yrkesgruppene. Ifølge ledelsen gjøres dette for at sykepleierne skal kunne utføre observasjoner i stell- og pleiesituasjoner og for å få et tydeligere bilde av hva som foregår i avdelingene. Ifølge sykepleierne og helsefagarbeiderne medvirker dette også til et bedre samarbeid mellom sykepleierne og de øvrige yrkesgruppene.

### 6.1.2 Oppgaver

Pasientene i sykehjemmet trenger hjelp knyttet til de fleste av dagliglivets gjøremål, i tillegg til oppfølging av helsetilstand, behandling og aktivisering. Informantene gir en tydelig beskrivelse av hvilke oppgaver som ligger til den enkelte yrkesgruppe, selv om denne oppramsingen ikke er uttømmende. Oppgavene varierer og er betinget av hvilke pasienter de



til enhver tid har i sykehjemmet. De varierer fra trivielle hotelloppgaver til spesialiserte sykepleieroppgaver. Kategoriene er de samme som ble presentert i kapittel 5.

Hotelloppgavene ligger til rollene «kjøkken- og skylleromsansvarlig», og disse oppgavene utføres oftere av assistenter enn av helsefagarbeidere, fordi assistentene i mindre grad deltar i fagoppgaver. Ifølge informantene er det likevel forventet at også helsefagarbeiderne gjør hotelloppgaver, særlig dersom det ikke er assistenter på vakt. Oppgaver som stell, pleie, oppfølging av hygiene, dokumentasjon, måltidsoppfølging og aktiviteter er gjentakende oppgaver som i stor grad reflekterer kjerneoppgavene i sykehjemmet. Ifølge helsefagarbeiderne er det også disse oppgavene de bruker mest tid på i løpet av en arbeidsdag. Disse oppgavene blir utført i relativt likt omfang av helsefagarbeider og assistenter.

Fagoppgaver er oppgaver som det minimum kreves en helsefagutdanning for å kunne utføre. Dette er hovedsakelig prosedyrer knyttet til sårstell og sondeernæring, legemiddelhåndtering og veiledning av assistenter. Helsefagarbeiderne får etter endt legemiddelhåndteringskurs og bestått teoretisk og praktisk prøve, delegert fullmakt til å administrere legemidler som er ferdig dosert og kontrollert av sykepleier. Ifølge ledelsen gis assistenter ytterst sjelden delegert fullmakt til legemiddelhåndtering fordi de på annet vis fyller kompetansekriteriene. Det er virksomhetens leder som gir denne fullmakten, og leder kan huske to tilfeller hvor legemiddelhåndtering er blitt delegert til assistenter.

Helsefagarbeider leder det daglige arbeidet i avdelingene og som følger opp kvaliteten i pleien som blir gitt til pasientene. Ved endringer i pasienters helsetilstand videreformidler de dette til sykepleier, ofte gjennom pasientjournalssystemet. Målinger av for eksempel blodsukker gjøres av helsefagarbeider, og insulinmengden justeres etter å ha først konferert med sykepleier dersom blodsukkernivå var avvikende. Ifølge en helsefagarbeider kan det oppleves unødvendig å alltid måtte konferere med sykepleier, selv når hun selv føler seg trygg på behandlingen, og hun uttrykker: «Jeg vet jo hva jeg skal gjøre når en pasient har høyt blodsukker. Jeg kjenner jo egentlig pasienten bedre enn sykepleieren, men jeg må likevel ringe og få godkjenning». Helsefagarbeiderne har lang erfaring og kompetanse knyttet til flere fagområder, og har under tidligere arbeid i sykehjem med tradisjonell organisasjonsmodell deltatt i en rekke flere fagoppgaver enn nå. Slik det uttrykkes her, kontrollerer sykepleierne likevel deler av arbeidet til helsefagarbeiderne, til tross for at helsefagarbeideren opplever å kjenne pasientene bedre enn sykepleieren.

Sykepleieroppgavene variere fra svært avanserte til mindre avanserte, og sykehjemmet krever at den ansatte har sykepleierutdanning for å kunne håndtere disse på en selvstendig måte.

Sykepleierne har også en selvstendig yrkesutførelse når det kommer til administrering av legemidler, og doserer, kontrollerer og administrerer legemidler når det foreligger forordning av lege. Det er sykepleierne som vurderer bruk av eventuellmedisin, og de blir derfor tilkalt til avdelingen dersom en helsefagarbeider observerer et behov hos pasienten. Det skal foreligge en forordning på eventuellmedisin før sykepleier kan vurdere å administrere slike, unntatt ved akutt oppståtte tilfeller som det finnes prosedyrer for å håndtere.

Akuttprosedyrene angir hvilke legemidler som skal gis på ulik indikasjon, og sykepleierne kan iverksette livreddende behandling uten først å konferere med lege.

Sykepleierne oppgir i intervju at de i løpet av en vakt utfører sykepleieroppgaver på flere avdelinger. De har ofte tilholdssted på sykepleierkontoret, men opplyser at de for det meste er i de ulike avdelingene og gjør oppgaver. Alle informantene oppgir at helsefagarbeiderne har lav terskel for å kontakte sykepleier, og ledelsen rapporterer i intervju å ha tydelig kommunisert dette gjennom gjentatte samtaler med teamlederne. Sykepleierne er hovedsakelig bare i avdelingen når de gjør sykepleieroppgaver der, og er derfor helt avhengig av å bli tilkalt for å kunne gjøre faglige vurderinger. Ledelsen poengterer dette og sier: «Vi er helt tydelig på det; det er bedre å ringe på sykepleier ti ganger for mye enn en gang for lite». Ifølge ledelsen og de øvrige informantene er dette særlig viktig siden sykepleierne er fysisk adskilt fra avdelingene. Ifølge både ledelsen og sykepleierne, er det alltid sykepleier som vurderer videre behandlingsnivå, og om det er behov for kontakt med lege. Behandling blir for det meste gitt på sykehjemmet, og sykepleierne har, ifølge dem selv og ledelsen, kompetanse og utstyr til å utføre avanserte prosedyrer på sykehjemmet. Sykepleierne jobber tett sammen med lege, og det er alltid sykepleier som gjennomfører legevisitt sammen med lege, samt gjør oppfølgingsarbeidet etter slike visitter.

Informantene enes om hva som regnes som sykepleieroppgaver. Det er også gjennomgående at informantene opplever oppgavedelingen mellom sykepleier, helsefagarbeider og assistent som tydelig. Til tross for dette, er det likevel en pågående diskusjon om hvilke oppgaver som kan flyttes til helsefagarbeiderne, og ledelsen uttaler: «I starten var vi helt kategorisk; det meste var en sykepleieroppgave. Etter hvert har helsefagarbeiderne fått gjøre mer, som for eksempel sondemat og sårstell. Men vi gjør en vurdering, vi gjør det». Selv om informantene oppgir at oppgavedelingen er tydelig, oppfatter ledelsen signaler fra helsefagarbeiderne om at

de ønsker å få ta del i flere fagoppgaver, og gjør i større grad en vurdering av oppgaver som kan overføres.

### 6.1.3 Ansvar

I intervju kommer det frem at alle informantene oppfatter arbeidsbeskrivelsene og organisasjonskartet slik at den enkeltes ansvar har sammenheng med formalkompetanse. Den formelle kompetansen, hvilken utdanning en har eller hvilken delegering som foreligger, vektlegges særlig når ansvarsområder blir fordelt. Utdanningsnivå er, ifølge informantene, bakgrunnen for at det skilles mellom de ulike yrkesgruppens ansvar.

Ifølge informantene innebærer *sykepleieansvaret* å kjenne sykehistorie, diagnoser og behandling av pasienter på sin primæravdeling inngående, men også å ha oversikt over alle pasienter på sykehjemmet, om enn mer overflattisk. Ansvarsområdet varierer med hvilken vakttype det er, og sykepleierne har ansvar for flere avdelinger dersom det er få sykepleiere på vakt, slik som på kveldsvakter, nattevakter og i helgedager. Særlig interessant er det at flere av informantene tilkjenner at sykepleierteamet ikke bør bestå av for mange nyutdannede sykepleiere, da ansvaret er stort og at de må kunne arbeide selvstendig. Basert på slike uttalelser kan det også forstås at realkompetansen til sykepleierne har betydning for hvor stort ansvar de kan pålegges, eller forventes å håndtere. Sykepleierne har primæransvar for én avdeling, og det er i hovedsak her de utfører oppgaver og følger opp pasienter. Primæransvaret har, ifølge sykepleierne, som formål å gi kontinuitet til den sykepleiefaglige oppfølgingen, og dette ansvaret rullerer ikke. I tillegg har de ansvar for en annen avdeling, men hvilken avdeling dette er, varierer fra vakt til vakt.

Til tross for at ansvaret og ansvarsområdet er stort, forteller sykepleierne at de ikke opplever et totalansvar for tjenesten. I dette ligger at de ikke opplever å ha ansvar for den daglige oppfølgingen av pasientene eller ansvar for kjerne- og hotelloppgaver. Ledelsen oppgir at helsefagarbeiderne har ansvar for daglige gjøremål som ikke krever sykepleierkompetanse, og helsefagarbeiderne oppgir i intervju at de opplever ansvaret som avgrenset.

Helsefagarbeiderne oppgir likevel å ha stort ansvar, og for flere har det tatt tid å bli vant til å skulle ha oversikt over avdelingen. Om dette uttaler ledelsen: «Det er nytt for mange at helsefagarbeidere er de som skal ha oversikt i avdelingen. De er vant med at det egentlig ikke er dem som har ansvaret». Ansvaret og oversikten i avdelingen har ifølge ledelsen tidligere vært sykepleiernes ansvar, og helsefagarbeiderne har derfor brukt tid på å omstille seg. Flere av informantene har tidligere arbeidet i sykehjem med tradisjonell organiseringsmodell, og

opplevde da at sykepleieansvaret innebar et totalansvar. I starten skjedde det hendelser fordi helsefagarbeidere ikke var bevisst ansvaret for å videreformidle til sykepleiere, og enkelte oppgaver kunne da glippe. I sykehjemmet er det helsefagarbeidere som leder avdelingene. De har ansvar for bemanning og for den daglige driften. Flere informanter tilkjenner at de liker ordningen, siden helsefagarbeiderne ofte har bedre kjennskap til pasientene. Ifølge rapportene fra sykepleierne, opplever de det som uproblematisk å forholde seg til at helsefagarbeiderne er ledere.

Alle yrkesgruppene har ifølge informantene, ansvar for å videreformidle problemstillinger til et høyere kompetansenivå. Sykepleier kontakter lege eller akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) i situasjoner som krever det. Helsefagarbeider og assistent kontakter sykepleier dersom de står overfor problemstillinger de ikke selv kan løse. Helsefagarbeidere og assistenters observasjonskompetanse er imidlertid betinget av den enkeltes egnethet og erfaring, ifølge flere av informantene.

Assistentene i sykehjemmet har ansvar for å utøve arbeidet i tråd med retningslinjer og rutiner, og skal ikke gå utover sitt kompetanseområde, ifølge flere av informantene. Med dette menes at assistentene ikke skal påta seg oppgaver de ikke er kompetente til å utføre, og at de selv har ansvar for å vite hvor denne grensen går. Informantene rapporterer i intervju at assistenter alltid skal drøfte utfordrende problemstillinger med annet kvalifisert personell, ofte helsefagarbeidere, som vurderer om problemstillinger skal videreformidles til sykepleier. Informantene er forente om at de ikke forventer at assistenter skal ta ansvar for syke pasienter, eller oppfatte sykdomstegn som ikke er åpenbare. Helsefagarbeideren opplever i så måte at de må overvåke arbeidet til assistenter, særlig i starten, og at ansvaret for dette ligger hos helsefagarbeideren.

#### 6.1.4 Organisasjonskart og arbeidsbeskrivelser

Informantene oppgir å ha stillingsbeskrivelser som oppleves tydelige. De kan ikke i intervjuet gjengi hva som står i stillingsbeskrivelsen, eller hva som gjør dem tydelige. Sykehjemmets organisasjonskart slår fast at sykepleier er underlagt sykepleiefaglig leder. Helsefagarbeider og assistenter er underlagt teamleder. Arbeidsbeskrivelsene formulerer oppgaver og ansvar for yrkesgruppene ved bruk av setninger som «delta i sykehjemmets daglige arbeidsoppgaver», «bidra med faglig veiledning» og «medvirke til systematisk HMS-arbeid». Mange av de samme punktene går igjen i alle tre arbeidsbeskrivelsene, og arbeidsbeskrivelsene er med få unntak likelydende for alle tre yrkesgrupper.

Imidlertid tydeliggjør arbeidsbeskrivelsene sykepleiernes ansvar gjennom ansvarsvakt som innebærer å fordele og utføre sykepleieroppgaver, som å delta i legevisitt, dosere medikamenter, administrere behovsmedisin og A- og B-preparater. I tillegg presiseres det at sykepleier skal konsultere lege ved behov, og sørge for at legens ordinasjoner blir utført. Av helsefagarbeidernes arbeidsbeskrivelser fremkommer det at de skal planlegge, lede og gjennomføre aktiviteter for pasienter på sykehjemmet, og veilede annet personell. Helsefagarbeidernes primærkontaktansvar presiseres i arbeidsbeskrivelsene. Når det gjelder assistentenes arbeidsbeskrivelse kan det leses at assistentene skal søke faglig hjelp ved behov.

Arbeidsbeskrivelsene konkretiserer i liten grad hvilke arbeidsoppgaver yrkesgruppene er forventet å utføre, og arbeidsbeskrivelsene kan således oppfattes som vage. Når det kommer til ansvar er arbeidsbeskrivelsene noe tydeligere, i det de konkretiserer sykepleierens ansvar for sykepleiefaglige oppgaver.

## 6.2 Endringer i sykehjem

I det følgende presenteres informantenes opplevelse av endringer etter samhandlingsreformen, samt i hvilken grad endringene har medført spesialisering, oppgaveglidning eller ansvarsglidning.

### 6.2.1 Endringer i ansvar og oppgaver

Informantene tilkjenner at de har opplevd en gradvis endring i pasientgruppen i årene etter samhandlingsreformen. Pasientene oppleves sykere enn tidligere, og pasientene har totalt flere og mer sammensatte diagnoser. Tidvis får sykehjemmet også yngre pasienter med langkommet, uhelbredelig sykdom, selv om flertallet av sykehjemmets pasienter er multisyke eldre. Økningen i antall multisyke eldre, samt yngre med langkommet, alvorlig sykdom, har bidratt til at sykehjemmet nå utøver langt flere avanserte og spesialiserte oppgaver enn det som ble utført i sykehjem for 10-12 år siden. Ifølge sykepleierne er dette den største endringen som sees i sykehjemmet etter samhandlingsreformen. Dette gjelder særlig avanserte prosedyrer som intravenøs behandling, trakeotomi, ulike typer nyre- og urinkateter, sentrale venekateter, dialyse og blodoverføringer. I tillegg blir det tatt flere prøver og gjort flere undersøkelser som krever sykepleierkompetanse i dag, sammenlignet med tidligere. Dette gjelder ekg-målinger, blærescanning og ulike blodprøver.

I takt med økning av avanserte og spesialiserte oppgaver, opplever informantene en dramatisk økning i dokumentasjonskrav og krav om kartlegginger. Ulike forhold rundt pasientene skal kartlegges og vurderes jevnlig, og dette skal dokumenteres i journal. I tillegg

oppgir informantene at det har blitt overført et betydelig økt ansvar fra spesialisthelsetjenesten til sykehjemmet, særlig på grunn av sjeldnere innleggelser og tidlige utskrivninger. Sykepleierne tilkjenner at de ofte er overrasket over hvor dårlig pasienter som utskrives fra sykehus, samt hvor pleietrengende pasientene er når de først får plass på sykehjem. Ifølge informantene kunne sykehjemmene tidligere nekte å ta ansvar for svært syke pasienter, og overførte dem raskere til spesialisthelsetjenesten. Dette oppleves nå vanskeligere, ifølge sykepleierne, og de opplever at ansvaret for multisyke pasienter i langt større utstrekning nå ligger hos sykehjemmene.

For å møte de nye kravene i økt ansvar og flere avanserte oppgaver, har både helsefagarbeidere og sykepleiere deltatt i kompetansehevende tiltak og kurs. Ifølge ledelsen har de fleste sykepleierne deltatt i kommunens og helseforetakenes femårige kompetansehevingstiltak, med kurs og undervisning om avanserte prosedyrer og behandling. Sykehjemmet har til forskjell fra sykehjem med en tradisjonell organisasjonsmodell, ikke møtt endringene ved å ansette flere sykepleiere. Tvert om, sykehjemmet med team-organisert sykepleiertjeneste har færre sykepleiere per pasient, og møter endringene ved å la sykepleierne utelukkende utføre oppgaver som krever fagkompetanse.

### 6.2.2. Grad av spesialisering

Informantene opplever at ansvars- og oppgavefordelingen i sykehjemmet har en klar kopling til det økte omfanget av flere og mer avanserte oppgaver i sykehjem. Sykehjemmet har høy grad av differensiering mellom de ulike yrkesgruppene, der sykepleiere utfører de mest avanserte oppgavene i sykehjemmet. På grunn av økt omfang av slike oppgaver i årene etter samhandlingsreformen, utfører ikke sykepleiere mindre avanserte oppgaver, som kjerneoppgaver eller hotelloppgaver. Om dette sier ledelsen: «Det er helt nødvendig at sykepleiere bare gjør sykepleieroppgaver, ellers vil vi ikke få det til å gå rundt». Om lag ti prosent av sykehjemmets totale antall årsverk er besatt av sykepleiere. Dette er betydelig lavere enn i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell, og det er, ifølge ledelsen derfor nødvendig at sykepleiernes ansvarsområde avgrenses til å omfatte ansvar for avanserte og spesialiserte oppgaver.

### 6.2.3 Oppgaveglidning

Informantene tilkjenner at de i liten grad opplever oppgaveglidning i sykehjemmet. Det kommer likevel frem i intervju at det over tid er oppgaver som har blitt flyttet mellom yrkesgruppene. Oppgaver som tidligere bare ble utført av lege, som for eksempel innleggelse

av permanent kateter på menn, blir nå utført av sykepleier. Sykepleierne igangsetter ofte behandling etter standardiserte prosedyrer. Hvis en pasient får akutt pustebesvær, konfererer ikke sykepleier først med lege før hun starter oksygenbehandling. Å igangsette oksygenbehandling har, ifølge sykepleierne, blitt en rutineoppgave, som i større grad utføres av sykepleierne uten ordinasjon av lege. Dette har ifølge sykepleieren sammenheng med en økning i standardiserte prosedyrer, samt at sykepleierne nå har kunnskap, ferdigheter og utstyr til å utføre oppgaver som tidligere bare ble utført i sykehus. Dette er oppgaver som informantene beskriver som spesialiserte, og de opplever at det hadde skjedd en oppgaveglidning fra legeoppgaver og spesialistoppgaver til sykepleieroppgaver.

Helsefagarbeiderne opplever imidlertid liten oppgaveglidning fra sykepleier. Tvert imot opplever de at oppgaver de tidligere har utført i andre sykehjem, nå blir betegnet som sykepleieroppgaver. Like fullt skjer det når sykehjemmet har pasienter med diabetessykdom, at blodsuktermåling, ernæringsoppfølging og insulinadministrering raskt blir en rutineoppgave som helsefagarbeidere følger opp. For disse pasientene er det også viktig med tett oppfølging av personell som er til stede i avdelingen, og det er derfor hensiktsmessig at helsefagarbeiderne følger opp disse pasientene. Videre har sykehjemmet i perioder hatt pasienter med ulike alvorlig tilstander som krever tett oppfølging av spesialiserte oppgaver. Informantene nevner stell og behandling av trakeotomi, hvor pasienten trenger hjelp til å få suget åpningen og luftrøret fritt for slim, slik at man unngår infeksjon eller tilstopping. I slike tilfeller opplever sykepleierne det uhensiktsmessig at bare de skal utføre stell og suging av trakeotomien, særlig da det vil kunne komme til å binde sykepleierne opp hos denne ene pasienten over lengre tid, og dermed hindre deres ambulante funksjon. Helsefagarbeiderne får da opplæring og veiledning i å utføre slike oppgaver, selv om dette i utgangspunktet er en oppgave som sykehjemmet har kategorisert som en sykepleieroppgave. Etter hvert som sykepleierne får stadig flere oppgaver, forventer helsefagarbeiderne at det vil skje en større grad av oppgaveglidning fra sykepleier til helsefagarbeider. Dette tilkjennegis i intervju med helsefagarbeiderne.

Det fremkommer en kollektiv bevissthet hos informantene omkring hvilke yrkesgrupper som utfører hvilke oppgaver, og informantene bruker ofte ord som delegering når de beskriver hvordan oppgaver flyttes fra en yrkesgruppe til en annen, slik som ved legemiddelhåndtering. Om delegering uttrykker en sykepleier: «Det er viktig at oppgaver delegeres. Ved delegering ser man hvem som eger seg, hvem som er skikket». Slik sykepleieren uttrykker det, kan det se ut til at delegering innebærer en bevisst overføring av oppgaver, hvor det på forhånd er

vurdert den enkeltes egnethet for oppgaven. Likeledes har helsefagarbeiderne overtatt oppgaver knyttet til ledelse og ansvar for oversikt over sykehjemmets pasienter. Å flytte oppgaver knyttet til daglig oppfølging av pasienter fra sykepleier til helsefagarbeider, har vært ledelsesstyrt og intendert. Ledelsen ønsker at sykepleierne får frigjort tid til å utøve spesialiserte oppgaver, samt å kunne følge opp særlige risikoområder.

Assistentenes kompetanse og egnethet til å utføre stell og pleie selvstendig, blir vurdert av helsefagarbeiderne og ledelsen. Etter hvert som oppgaver blir kjent og rutinisert, forventes det at assistentene utfører kjerneoppgavene på en selvstendig måte. At assistenter uten formell utdanning utfører kjerneoppgaver, blir tematisert av en helsefagarbeider: «Vi har mange dyktige assistenter, og noen av dem er under helseutdanning. Det er likevel et tankekors at de utfører oppgaver som helsefagarbeidere har gått flere år på skole for å lære». Helsefagarbeideren setter her søkelys på at også kjerneoppgaver som stell, pleie og miljørettet aktivitet er grunnleggende oppgaver i helsefaglig utdanning, men som på selve arbeidsplassen ikke krever mer enn opplæring og veiledning.

Informantene forteller at det forut for samhandlingsreformen var flere renholdere og assistenter ansatt i sykehjemmene, og at disse utførte oppgaver knyttet til renhold og kjøkkenoppgaver. Ifølge informantene har det skjedd en oppgaveglidning av oppgaver fra renholdere og assistenter til helsefagarbeidere. Helsefagarbeiderne gjør hotelloppgaver når det ikke er assistenter på jobb, når assistentene er utrente i å se hva som må gjøres eller når assistenter ikke får gjort alle hotelloppgaver i løpet av sin vakt. Dette tilskriver informantene en generell tendens til strammere økonomistyring av sykehjemmene, og ikke spesielt for dette sykehjemmet.

Oppgaveglidning sees i sykehjemmet, både som en intendert løsning for å frigjøre sykepleierne til spesialiserte oppgaver, men også når oppgaver er blitt rutinisert eller fordi det er nødvendig at andre yrkesgrupper overtar en arbeidsoppgave. Det har skjedd en forskyvning av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til sykehjemmet, men det har også skjedd oppgaveglidning fra assistenter til helsefagarbeidere. Samlet sett har oppgaveglidningen ført til flere hotell- og kjerneoppgaver for helsefagarbeiderne, i tillegg til flere lederoppgaver.

#### 6.2.4 Ansvarsglidning

Informantene er omforent om at de opplever større ansvar nå enn tidligere, og mener det har skjedd en overføring av ansvar fra spesialisthelsetjenesten til sykehjemmet, fra lege til



sykepleier og fra sykepleier til helsefagarbeider. Ansvar for behandling av komplekse sykdomstilstander og oppfølging av pasienter med slike behov, har i stor grad lagt hos spesialisthelsetjenesten frem til samhandlingsreformen tredde i kraft i 2012. I tillegg beskriver informantene en ansvarsglidning fra lege til sykepleier. Til tross for at lege har behandlingsansvar, ligger det likevel til sykepleiernes stilling å iverksette behandling i akutte tilfeller, basert på standardiserte prosedyrer.

Helsefagarbeiderne ved sykehjemmet har fått et nytt ansvar for å lede og følge opp den daglige omsorgen og pleien av pasientene. Dette ansvaret har tidligere lagt til sykepleiere, og det kommer frem at det har tatt tid for helsefagarbeiderne å venne seg til å skulle ha dette ansvaret. I noen få tilfeller delegeres også oppfølging av komplekse tilstander til helsefagarbeidere, men dersom noe går galt, vil sykepleier overta oppgavene. Dette sammenfaller også med hvordan en sykepleier omtaler delegering: «Vi kan ikke delegere ansvar. Vi kan bare delegere oppgaver». Flere informanter skiller altså mellom delegering av oppgaver og overføring av ansvar. I praksis betyr dette at helsefagarbeiderne kan få delegert myndighet til å utføre en oppgave, men at ansvaret for å tilse at helsefagarbeideren har kompetanse til å utføre oppgaven, ligger hos virksomhetens ledelse.

Det har i særlig grad skjedd en overføring av ansvar fra spesialisthelsetjenesten til sykehjemmet. Sykepleierne opplever at det har skjedd en ansvarsglidning ved at de har fått større ansvar for behandling av pasienter, et ansvar de egentlig oppfatter at ligger hos legen. I takt med at oppgaver har blitt rutinisert, har også sykepleiere fått ansvar for iverksetting av prosedyrer og behandling. Helsefagarbeiderne opplever i mindre grad ansvarsglidning. Dette begrunnes med at de i stor grad får delegert oppgaver, mens ansvaret fortsatt ligger hos ledelsen eller hos sykepleierne som må overta oppgaver dersom det skjer noe uventet.

### 6.3 Kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering

Her presenteres informantenes opplevelse av kvalitet i tjenesten. Sykepleiernes opplevelse av tilstrekkelig tid til å utføre sykepleieroppgave i tråd med egne faglige og yrkesetiske standarder, benyttes som indikator på kvalitet. Ressursutnyttelse knyttes i hovedsak til informantenes opplevelse av å få benyttet sin kompetanse i sykehjemmet.

#### 6.3.1 Tidspress og kvalitet

Sykepleierne opplever å ha tilstrekkelig tid til å gjøre sykepleieroppgaver på en måte som de mener gir tilfredsstillende kvalitet. De oppgir å sjelden oppleve tidspress, selv om det ofte oppstår situasjoner der de må handle raskt. De opplever imidlertid ikke at andre oppgaver

fortrenger sykepleieroppgavene, og oppfatter heller ikke at det foreligger en forventning om å delta i kjerneoppgaver eller hotelloppgaver. En sykepleier uttaler: «Det handler om å prioritere. Dersom jeg ikke blir ferdig, vet jeg at neste skift har tid til å ta det jeg ikke fikk gjort». Selv om arbeidet til sykepleierne ofte må prioriteres, uttrykker informanten at skiftet som kommer etter har tilstrekkelig tid til å utføre det hun ikke fikk utført. Videre fremkommer det at sykepleierne har tid til å følge opp dokumentasjon og å oppdatere planer og prosedyrer. De har tid til å skrive rapporter som gir viktig informasjon videre til yrkesgruppene i avdelingen, samt til sykepleier som kommer på neste vakt. Sykepleierne oppgir videre at de kan benytte arbeidstiden til å lese faglitteratur og holde seg oppdatert på forskning. Opplevelsene til sykepleierne sammenfaller med helsefagarbeidernes opplevelse. De opplever også at sykepleierne har god tid, og at de sjelden måtte vente dersom de tilkaller dem. Dersom sykepleierne har ledig tid, blir de ifølge ledelsen, oppfordret til å hjelpe i avdelingen, men det blir ifølge sykepleierne selv, ofte ikke prioritert. Likeledes får ledelsen sjelden tilbakemelding om at sykepleierne har det travelt.

I intervju med sykepleierne er det gjennomgående at de opplever tilstrekkelig tid til å utføre sykepleieroppgaver som en forutsetning for tjenester av tilfredsstillende kvalitet, og en sykepleier uttrykker det slik: «Jeg får tid til å gjøre oppgavene skikkelig. Jeg trenger ikke tenke på at jeg egentlig skulle ha fulgt noen på toalettet». Sykepleierne ser ikke for seg at de kan opprettholde samme kvalitet hvis de også må være i avdelingen og delta i kjerne- og hotelloppgaver. Det kommer frem i intervju med sykepleierne at de tror det hadde medført mye dårlig samvittighet dersom de gikk ifra avdelingen for å utføre sykepleieroppgaver, og at de hadde følt at de burde vært flere steder samtidig. En sykepleier uttaler: «Jeg har god samvittighet når jeg er ferdig på jobb. Det hadde jeg ikke før». Tidligere har denne sykepleieren arbeidet i et sykehjem med tradisjonell organisasjonsmodell, og opplevde da ofte dårlig samvittighet for ikke å strekke til. Ifølge denne sykepleieren gir teamorganisering større handlingsrom til å utføre sykepleieroppgaver, fordi det ikke er forventet at de skal delta i mer trivielle oppgaver.

### 6.3.2 Ressursutnyttelse

Informantene deler oppfatning om at sykepleierne i sykehjemmet får rendyrke faget sitt, og får bruke sin kompetanse fullt ut. Sykepleierne rapporterer i intervju at de svært sjelden opplever å gjøre oppgaver som ikke krever sykepleierkompetanse, og at de får faglig utvikling. Helsefagarbeiderne forteller i intervju at de opplever å få benyttet kompetansen sin, men at de oftere må utføre oppgaver som kunne vært gjort av noen med mindre kompetanse

enn dem. Særlig gjelder dette for hotelloppgavene som kan bli overlatt til dem, særlig fordi de har så god oversikt i avdelingen og ser hva som må gjøres. Gjennom ledelsesmuligheter opplever helsefagarbeiderne likevel å få bruke kompetansen sin på å lede og å sørge for den daglige driften. Dette oppleves engasjerende for helsefagarbeiderne som deltar i intervjuene. Ifølge en sykepleier er helsefagarbeiderne flinke til å se helheten, og hun uttaler: «Helsefagarbeidere er flinke til å holde i trådene. De kjenner avdelingene godt, og har totaloversikten. Vi tenker at man ikke trenger å være sykepleier for å kunne gjøre dette». Denne sykepleieren oppfatter løsningen med at helsefagarbeiderne leder avdelingen som hensiktsmessig, fordi de er til stede i avdelingen og har god oversikt.

### 6.3.3 Rekruttering

Det har vært en bevisst strategi fra ledelsen ved sykehjemmet å planlegge drift med utgangspunkt i færre sykepleierstillinger. Ifølge ledelsen har dette utspring i en opplevd sykepleiermangel, og et ønske om å prioritere hvordan man benytter sykepleierkompetansen, og leder uttrykker det slik: «Vi opplever at sykepleierne synes ordningen er attraktiv. Vi tror også at dette kan få sykepleiere til å ville jobbe på sykehjem, og orke å stå i den jobben lenger». Ledelsen ved sykehjemmet, så vel som de øvrige informantene, opplever pågangen av søkere til ledige stillinger som stor, og tolker også dette som et uttrykk for at organisasjonsmodellen er attraktiv. Særlig kontaktes sykehjemmet hyppig av sykepleiere som etterspør ledige stillinger. Det har ikke vært utskiftning av sykepleiere de siste to årene, og sykepleierne selv rapporterer i intervju at dette har sammenheng med at organiseringen opplevdes særlig attraktiv for sykepleiere.

Sykepleierne opplyser i intervju at organisasjonsmodellen har hatt betydning for deres valg av arbeidssted. At arbeidet ikke er like fysisk krevende som i en annen organisering, at det er tilrettelagt for god nok tid til å utføre arbeidet innen faglige standarder, samt at de får bruke kompetansen sin, blir fremholdt som faktorer for å rekruttere og beholde sykepleiere.

Helsefagarbeiderne vektlegger organisasjonsmodellen i langt mindre grad, selv om de i intervju oppgir at muligheten for å lede og å ha en karrierestige, oppleves som attraktivt. Helsefagarbeiderne opplever likevel organisasjonsmodellen som mer attraktiv for sykepleiere enn for helsefagarbeider og assistent, og gir i intervju uttrykk for at mangel på faglige utfordringer oppleves lite attraktivt. Helsefagarbeiderne gir uttrykk for bekymring over at sykehjemmet kan komme til å oppleve vansker med å rekruttere helsefagarbeidere i

fremtiden, dersom ikke helsefagarbeidernes arbeidsoppgaver også innebærer flere fagoppgaver.

Sykehjemmet har hatt teamorganisert sykepleiertjeneste i bare to år, og informantene kan derfor bare uttale seg om hvordan rekrutteringen har vært disse årene. Det er likevel gjennomgående at informantene deler oppfatning om at organisasjonsmodellen i større grad legger til rette for rekruttering av sykepleiere enn av helsefagarbeidere.

## 7 Funn

Jeg vil her sammenfatte empiri som ble presentert i de to foregående kapitlene, i lys av teoretiske perspektiv og opp mot den forskning som allerede finnes om temaene.

Forskningsspørsmålene vil bli drøftet for å se på hvordan ulike sykehjem med ulike organisasjonsmodell fordeler ansvar og oppgaver, og hvordan de ansatte i sykehjemmene opplever ansvars- og oppgavedelingens betydning for kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering. Fokus vil være på ansvars- og oppgavedeling, særlig i lys av endringer etter samhandlingsreformen. Videre vil jeg særlig se på sykepleiernes opplevelse av tilstrekkelig tid til å utføre sykepleieroppgaver, samt sykepleierne og helsefagarbeidernes opplevelse av ressursbruk og hvordan dette kan tenkes å få konsekvenser for rekruttering i sykehjemmet.

For å svare på problemstillingen, vil følgende forskningsspørsmål drøftes:

*-Hva vektlegges når ansvar og oppgaver fordeles mellom yrkesgruppene, og fremkommer dette i hovedsak av formelle eller uformelle strukturer?*

*-Møter sykehjemmene endringer gjennom økt spesialisering og differensiering, eller med økt ansvars- og oppgaveglidning?*

*-Opplever yrkesgruppene at ansvars- og oppgavedelingen har betydning for kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering?*

### 7.1 Ansvars- og oppgavedeling

#### 7.1.1 Kompetanse og kollegafelleskap

Bing-Johnsen et al. (2016) utførte en studie hvor de undersøkte kompetansen til ansatte i sykehjem, og hvor formålet var å undersøke hva som påvirker kompetanse. Studien peker på uklar rollefordeling som en av årsakene til den relativt lave forskjellen i kompetanse målt hos sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter (Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk, & Foss, 2016). I sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell blir i så måte den enkeltes formalkompetanse i liten grad vektlagt når oppgavene blir fordelt. Travelhet og et økende tilfang av oppgaver medfører at alle yrkesgrupper bør kunne utføre flest mulig oppgaver. Stor oppgavemengde er ifølge Abbott (1988) en av årsakene til uklare grenseoppganger mellom underordnede og overordnede profesjoner. Mer enn formalkompetanse, sees derfor det enkelte helsepersonells egnethet som en faktor som avgjør hvordan oppgaver blir fordelt i sykehjemmet. Egnethet sees således som det virkelige resultatet av et individs handling, og det er dette som blir bemerket på arbeidsplassen, ikke hans formelle status innen profesjonen

(Abbott, 1988, s. 66). Mer enn kompetanse preger derfor verdier som fleksibilitet, likhet og en rettferdig fordeling av oppgaver kulturen i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell. Kultur beskrives av Skjørshammer (2004) som dypstrukturer i et system, som gjerne gjenspeiler hvordan maktutøvelse og kontroll skjer. Siden rettferdighet, likhet og fleksibilitet fremholdes som viktige verdier for samarbeid, opplever heller ikke sykepleierne at de kan ta færre hotell- og kjerneoppgaver enn de øvrige yrkesgruppene, til tross for at de utfører sykepleieroppgaver som andre yrkesgrupper ikke tar del i.

I sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste blir derimot avdelingens arbeidsoppgaver fordelt mellom helsefagarbeider og assistent, med utgangspunkt i deres formelle kompetanse. Sykepleierne er funksjonelt adskilt fra helsefagarbeiderne og assistentene, og informantene angir klare skiller i arbeids- og ansvarsområder. Like fullt fremkommer det at sykepleierne oppleves noe distanserte fra de øvrige yrkesgruppene fordi de er strukturelt så vel som funksjonelt adskilt fra avdelingene. Sykepleierne oppgir at de har tettere samarbeid innad i sykepleierteamet, enn med de øvrige yrkesgruppene. De opplever likeledes faglig utvikling gjennom kompetansedeling og drøfting av faglige problemstillinger i sykepleierteamet. Denne tilhørigheten medfører at forventninger og krav som fremmes i sykepleierteamet gjerne samsvarer med egne forventninger, fordi de alle inngår i samme profesjonelle sammenslutning. Dette sammenfaller med funn i Bing-Jonsson et al. (2016) sin studie av hva som påvirker kompetanse i sykehjem, som finner at det å ha noen å måle sin kompetanse opp mot, er viktig for å bevare kompetanse (Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk, & Foss, 2016).

Det er derfor i sykepleierkollegiet at sykepleierne i sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste henter faglig inspirasjon og støtte, og enighet i sykepleierteamet om å prioritere sykepleieroppgaver, blir ifølge informantene holdt frem som avgjørende for at de ikke opplever seg presset til å utføre mer praktiske oppgaver, selv om disse skulle være prekære. Molander og Terum (2008) betrakter profesjoner som forvaltere av en viss type kunnskap i en kollegial organisasjonsform. Kollegialitet refererer i så måte til en gjensidighet og solidaritet mellom yrkesutøvere innen samme profesjon og på samme nivå, og hvor profesjonelt skjønn og kollegialt forvaltet kunnskap er styrende (Molander & Terum, 2008). I sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste er likeledes samarbeid, fleksibilitet og hjelpsomhet verdier som informantene mener er viktige for det kollegiale samholdet mellom helsefagarbeiderne og mellom helsefagarbeidere og assistenter som arbeider side om side.

Likeledes fremholdes samarbeidsevne som avgjørende for kollegafellesskapet av informantene i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell. Dette gjenspeiles i informantenes beskrivelser av en flat organisasjonsstruktur hvor egalitet og nedbygging av hierarki er fremtredende. For sykepleierne betyr dette at de demper bruk av fagterminologi, og deltar i alle gjøremål for å vise at de ikke hever seg over noen andre. Til tross for at formelle strukturer som arbeidsbeskrivelser og organisasjonskart tegner opp et relativt stabilt hierarki hvor sykepleier har overordnet ansvar, er likevel maktutøvelse i helseinstitusjoner bare delvis knyttet til slike formelle strukturer (Skjørshammer, 2004). I et systemteoretisk perspektiv kan faglig kompetanse betraktes som en maktfaktor, noe som kan forklare hvorfor sykepleierne nedtoner fagterminologi, fordi bruken av slik språklig sjargong kan oppfattes som maktutøvelse og kommer i konflikt med egalitetsideologien. Ifølge Haukelien og Vike (2009) følger arbeidsprosessene i sykehjem en egalitær logikk, hvor faglighet ofte oppfattes som et uttrykk for makt, og kan på den måten virke truende mot den dugnadsånd som er nødvendig for å komme i mål med alle gjøremål (Haukelien, Vike, & Bakken, 2009, ss. 22-23). Å være en god kollega betyr for informantene «å ta i et tak» og å hjelpe hverandre. Til tross for at sykepleierne har andre sykepleierkollegaer på sykehjemmet, er det likevel helsefagarbeiderne og assistentene de arbeider tettest sammen med, og det er også disse de føler lojalitet og kollegafellesskap med. I Bing-Jonsson et al. (2016) sin studie sees likeledes en forminsket tilhørighet til egen yrkesgruppe gjennom at arbeidsoppgavene i høy grad er de samme, på tross av ulik utdanning (Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk, & Foss, 2016).

### 7.1.2 Oppgaver

I sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell skjer det en betydelig overlapping av oppgaver mellom yrkesgruppene, og sykepleierne har høy deltakelse i alle oppgaver i sykehjemmet. Like fullt er de forventet å utføre de mer spesialiserte sykepleieroppgavene som øvrige yrkesgrupper ikke utfører. Fagoppgavene utgjør samlet sett en vesentlig del av gjøremålene, og informantene opplever det derfor hensiktsmessig at flere yrkesgrupper kan utføre disse. Enkelte sykepleieroppgaver blir til fagoppgaver fordi de utføres mer rutinemessig. I litteratur om arbeidsdeling, betraktes overlapping av ansvar og oppgaver som gråsoner. Gråsoner ansees således som koordineringsproblem som oppstår på grunn av uklar arbeidsdeling (Jacobsen D. I., 2004). Informantene opplever oppgavefordelingen som utydelig, og det oppstår ofte diskusjoner mellom yrkesgruppene om hvem som er kvalifisert til å utføre ulike oppgaver. Uenighet om hvem som skal utføre oppgaver kan således se ut til å være det som i Jacobsens (2010) artikkel beskrives som en kontinuitet, som har å gjøre med

det «gammeldagse» i omsorgsarbeidet. Diskusjoner omkring grenseoppganger sees i begge av Jacobsens to feltstudier, til tross for at disse er foretatt over to tiår hvor både arkitektoniske rammer og krav til tjenesten er endret (Jacobsen F. F., 2010).

I sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste opplever informantene at oppgavene er tydelig fordelt mellom yrkesgruppene. På samme tid pågår det en diskusjon om grensene mellom helsefagarbeidernes fagoppgaver og sykepleierens sykepleieroppgaver. Flere av helsefagarbeiderne har erfaring og kompetanse med oppgaver som i sykehjemmet blir definert som sykepleieroppgaver, og ønsker å utføre mer av slike typer oppgaver.

Sykepleierne utfører utelukkende sykepleieroppgaver som er knyttet til behandling og oppfølging av pasientenes helsetilstand. Sykepleieroppgavene har i så måte en sterk kopling til det medisinske og sykepleiefaglige vitenskapsgrunnlag, og sykehjemmet definerer et bredt spekter av oppgaver som sykepleieroppgaver. Eierskap til et abstrakt kunnskapssystem er fundamentalt for at en yrkesgruppe kan kalles en profesjon, og denne kunnskapen benyttes gjerne som valuta i konkurranse om jurisdiksjon. For å oppnå høyere status, vil profesjonelle søke tilbaketrekning fra det som en gang var jurisdiksjonsområdet til sin egen «rene» verden av profesjonelle, hvor også kopligen til kunnskapssystemet er sterkest (Abbott, 1988, s. 119),

Sykepleierne i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell er forventet å utføre hotell- og kjerneoppgavene før de eventuelt utfører sykepleieroppgaver, og helsefagarbeiderne opplever at praktiske gjøremål er viktigere enn sykepleierens dokumentasjon og kartleggingsoppgaver. Det er i hovedsak bare akutte situasjoner som legitimerer at sykepleier forlater avdelingen og avdelingens praktiske gjøremål til fordel for noe annet. Til tross for at brytninger i interesser og verdier er et grunnleggende og formgivende trekk i helsetjenesten (Erichsen, 1996, s. 14), finnes det likevel oppgaver som informantene enes om er sykepleieroppgaver. Sykepleieroppgavene kan tilsynelatende være vanskelig å få øye på for de andre yrkesgruppene, både fordi de foregår utenfor selve avdelingen hvor de øvrige yrkesgruppene holder til, men også fordi de består av skjønnsvurderinger og faglige avgjørelser som ikke alltid lar seg oversette til praktiske gjøremål. Profesjonenes skjønnsutøvelse er, ifølge Abbott (1988), ett av de konstituerende trekk ved en profesjon. Å vite når man skal benytte faglig skjønn, står derfor sentralt i profesjonen. For lite bruk av skjønn kan føre til at yrkesutførelsen blir rutinisert, noe som igjen får implikasjoner for profesjonens kontroll over et ansvars- og myndighetsområde, eller jurisdiksjon (Abbott, 1988, s. 51).



Helsefagarbeiderne i det teamorganiserte sykehjemmet har svært lav terskel for å kontakte sykepleier, selv når de opplever at det er innlysende hvilken behandling som skal gis. På denne måten kontrollerer og overvåker sykepleierne også fagoppgavene, og noen ganger delegeres rutineoppgaver bare delvis til helsefagarbeidere. Sykepleierne beholder dermed en viss kontroll over oppgavene, slik som når sondeernæring igangsettes av sykepleierne, men avsluttes av helsefagarbeiderne. Ifølge Molander og Terum (2008) innebærer profesjonell kontroll over arbeidsoppgaver at profesjonen selv kan lage og sette standarder for selve utførelsen av arbeidsoppgavene (Molander & Terum, 2008). Selv om enkelte oppgaver er velkjent for helsefagarbeiderne, er det likevel sykepleierne som kontrollerer og overvåker arbeidet.

### 7.1.3 Ansvar

I sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell ruller ansvaret for medisintdeling, skyllerom og kjøkken mellom yrkesgruppene. Sykepleierne har like fullt det sykepleiefaglige ansvaret på sin vakt, og presiserer å oppleve et totalansvar for tjenesten, særlig fordi de også skal kontrollere og overvåke andre yrkesgruppers yrkesutøvelse. I organisasjoner benyttes gjerne begrepet *accountability* om de profesjonelles ansvarlighet. Kvalifikasjonene legitimerer også yrkesutøvelsen, og bidrar til å kunne stille yrkesutøveren til ansvar. De profesjonelle blir derfor ansvarlige ut ifra sin kunnskap og etikk, og legitimeres gjennom profesjonell kompetanse basert på kollegial forvaltet vitenskapelig kunnskap og utprøvd erfaring (Svensson & Karlsson, 2008, ss. 264-265).

Sykepleierne i sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste har utelukkende ansvar for oppgaver som krever fagkunnskap og ferdigheter som blir tilegnet gjennom utdanningen, men ikke for den daglige oppfølgingen i avdelingen. På samme måte opplever helsefagarbeiderne ansvarsdelingen som klar, og de har ansvar for å lede og følge opp det daglige arbeidet rundt pasientene. Det har imidlertid tatt litt tid for helsefagarbeiderne å bli vant til at det ikke er sykepleierne som skal ha totaloversikt, men dem selv. Svensson og Karlsson (2008) adresserer helsesektorens nye ledelsesformer i sin artikkel, og hevder at det i helsesektoren finnes en ambisjon om å knytte ledere nær til arbeidsorganisasjon og til rollen som arbeidsgiver, heller enn til profesjonen. Gjennom dette skjer det en individualisering av ansvaret, særlig under påvirkning av den markedsstyrte NPM-innflytelsen og den derav følgende desentraliserte ledelsesstruktur (Svensson & Karlsson, 2008), noe som også gjenspeiles i helsefagarbeidernes ledelsesansvar i sykehjem med teamorganisert sykepleiertjeneste.

#### 7.1.4 Organisasjonskart og arbeidsbeskrivelser

Grensene mellom profesjoners jurisdiksjon innen organisasjoner, blir gjerne formalisert i arbeidsbeskrivelser. Arbeidsbeskrivelsene anerkjenner riktignok profesjongrensene, men kan ofte bare vagt relateres til virkeligheten (Abbott, 1988, s. 65). Hvilke kunnskapsgrunnlag som skal legges til grunn og de ulike profesjoners jurisdiksjonsområder, er derfor ikke alltid innlysende, og svært ofte betinget av sosiale forhold. Gråsoner formes av uklarheter og konflikter om arbeidsoppgaver, autoritet og ansvar (Erichsen, 1996, s. 30).

På sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell leses det av organisasjonskart at sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter er underlagt en avdelingsledelse. Gjennom arbeidsbeskrivelsenes relativt vage formuleringer, kommer sykepleiers overordnede og faglige ansvar for så vel pleie som ledelse av de øvrige yrkesgruppene, til uttrykk. Arbeidsbeskrivelsene fremstår imidlertid som uspesifiserte når det gjelder hvilke oppgaver som ligger til den enkelte yrkesgruppe, og de er noenlunde likelydende for alle tre yrkesgrupper. Informantene oppgir at de opplever arbeidsbeskrivelsene som uklare. Ifølge Skjørshammer (2004), utføres makt og kontroll bare delvis gjennom formelle strukturer. Til tross for en relativt klar hierarkisk oppbygging i den formelle struktur, blir det formidlet i intervju at kulturen preges av en flatere og mer egalitær struktur, der likhet mellom yrkesgruppene og en rettferdig fordeling av oppgaver, vektlegges. Uformell struktur blir i systemteoretisk perspektiv betegnet som dypstrukturer. Samspillet og balansen mellom enkeltindivider og gruppers autonomi og organisasjonens kontrollsystemer er ofte en vesentlig utfordring i helseorganisasjoner (Skjørshammer, 2004, s. 41). Ifølge Ingstad (2010) har desentralisering og nedbygging av hierarki preget helsetjenestenes utvikling de siste tiår, og medført en flatere organisasjonsstruktur. Likeså beskrives en flat organisasjonsstruktur av sykepleierne i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell som opplever at de stadig må utføre hotell- og kjerneoppgaver i stedet for sykepleieroppgaver, til tross for at dette utfordrer yrkesetiske normer og standarder. Dette samsvarer med opplevelsene til informantene i Ingstad (2010) sin studie, som tilkjenner at hektiske arbeidsforhold innebærer at sykepleierne ofte må dekke grunnleggende behov og at det derfor blir liten tid til sykepleiefaglige vurderinger og oppgaver.

I sykehjemmet med teamorganisert sykehjemstjeneste viser organisasjonskartet en hierarkisk ledelsesstruktur med tre ledelsesnivå, hvor sykepleierteamet og de øvrige yrkesgruppene er strukturelt differensiert. Virksomhetsleder er øverste leder i sykehjemmet, og sykepleieleder og teamleder er underlagt virksomhetsleder. Sykepleierne er underlagt sykepleieleder og

helsefagarbeiderne og assistentene er underlagt teamleder. Arbeidsbeskrivelsene formulerer sykepleiernes overordnede faglige ansvar for sykepleieroppgaver, samt ansvar for å overvåke fagoppgaver som utføres av helsefagarbeiderne. Likevel formuleres ikke yrkesgruppens oppgaver i arbeidsbeskrivelsene, og yrkesgruppens aktivitet formuleres likelydende i alle yrkesgruppers arbeidsbeskrivelser. Et interessant funn er at informantene like fullt oppgir at de opplever arbeidsbeskrivelsene som tydelige.

#### 7.1.5. Sammenfatning

Det er store ulikheter i hva som vektlegges når ansvar og oppgaver fordeles i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell og i sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste. Mens formalkompetanse ser ut til å tillegges stor verdi ved fordeling av ansvar og oppgaver i sykehjem teamorganisert sykepleiertjeneste, har formalkompetanse mindre betydning i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell. Dette fremkommer særlig av de uformelle strukturer som gjenspeiles i kultur, verdier og ideologier (Skjørshammer, 2004), og informantene beskriver en egalitær kultur hvor rettferdighet og likhet vektlegges. Egaliteten reflekteres i en dugnadsånd som igjen forsterkes av en stor arbeidsmengde og derav travelhet i arbeidshverdagen.

Dette står i skarp kontrast til hvordan ansvar og oppgaver fordeles i sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste, hvor det sees større samsvar mellom den formelle og den uformelle strukturen. Arbeidsbeskrivelsene og organisasjonskartet beskriver en hierarkisk struktur som også gjenspeiles i informantenes beskrivelser av det virkelige livet i sykehjemmet.

Hvordan informantene oppfatter de kollegiale forhold kan også se ut til å ha betydning for fordeling av ansvar og oppgaver. Kollegialitet vil i denne sammenheng referere til arbeidskamerater som man føler samhörighet og derav lojalitet til. For sykepleierne i sykehjem med tradisjonell organisasjonsmodell bidrar kollegial samhörighet til helsefagarbeidere og assistenter, til at praktiske arbeidsoppgaver prioriteres fremfor sykepleieroppgaver, både fordi praktiske oppgaver kan se ut til å ha høyere verdi for helsefagarbeidere og assistenter, og fordi sykepleierne opplever å la sine nærmeste kollegaer i stikken når de forlater avdelingen eller bruker tid på sykepleieroppgaver. Sykepleierne i sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste opplever på sin side sterkest kollegial samhörighet til andre sykepleiere, og opplever heller ikke press fra andre yrkesgrupper om å delta i hotell- og kjerneoppgaver.

## 7.2 Endringer etter samhandlingsreformen

### 7.2.1 Endringer i ansvar og oppgaver

En rekke helsereformer har understreket differensierings- og spesialiseringsbehovet i norsk helsevesen. Særlig har samhandlingsreformen vært retningsgivende for ansvars- og oppgavedelingen mellom sykehus og sykehjem, slik det også påpekes i en artikkel som belyser utviklingen mot et mer differensiert og spesialisert helsetjeneste (Tingvold & Magnussen, 2018, s. 155).

I så vel sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell som i sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste opplever alle informantene en klar, men gradvis endring i etter samhandlingsreformen. Pasientene blir raskere utskrevet fra sykehusene, og de ansatte i sykehjemmet opplever å gradvis ha fått overført ansvar som tidligere har lagt til spesialisthelsetjenesten. I tillegg har en rekke nye behandlingsmetoder blitt introdusert i sykehjemmene. Systemteori tar for seg den gjensidige avhengigheten mellom delene i et system, og sentralt står samspillet mellom ulike system og aktørene i disse systemene. Endringer i én del av systemet forplanter seg til andre deler av systemet, som når ansvars- og oppgavedelingen mellom stat og kommune endres gjennom samhandlingsreformen (Skjørshammer, 2004). Økningen i antall multisyke eldre har bidratt til at sykehjemmene utøver langt flere avanserte og spesialiserte oppgaver i dag enn forut for samhandlingsreformen, men endringene har i ulik grad medført endret ansvars- og oppgavedeling i de to sykehjemmene.

### 7.2.2 Grad av spesialisering

I sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell er informantenes opplevelse av uklar oppgavedeling, fremtredende. Informantene tilkjenner at særlig sykepleier og helsefagarbeider utfører svært mange av de samme oppgavene, og at formalkompetanse i liten grad blir vektlagt når oppgaver fordeles. Til tross for økt behandlingsansvar og flere avanserte oppgaver i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell, opplever informantene at yrkesgruppene i liten grad spesialiseres for å kunne håndtere nye og avanserte oppgaver. Flere studier har imidlertid pekt på en mangel på forskning omkring differensiering og spesialisering i kommunehelsetjenesten. Ludvigsen og Danielsen (2014) identifiserer en rekke arbeidsoppgaver som er uklart fordelt mellom yrkesgrupper i sykehjem, og hevder at en tydeligere differensiering av arbeidsoppgaver er nødvendig for å møte framtidens økende behov for kommunale helsetjenester. Ifølge sykepleierne fører manglende differensiering mellom oppgaver til at grensene mellom yrkesgruppenes arbeidsområder er

uklare og overlapper hverandre. Av-spesialisering sees således i helsetjenesten, særlig fordi helsetjenesten de senere år har hatt fokus på de nye helseprofesjonenes generalistfunksjoner (Erichsen, 1996).

I sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste opplever informantene at endringer og økt kompleksitet i tjenesten også stiller økte krav til fagkunnskap og ferdigheter, noe som medfører behov for å i større grad å differensiere mellom de ulike yrkesgruppenes oppgaver. Teori om arbeidsdeling setter i så måte søkelys på hva som skjer når kompleksitet i både produksjonen og i omgivelsene fører til at arbeidsoppgaver og ansvar må fordeles. For å kunne håndtere sine oppgaver og roller, må organisasjoner foreta en arbeidsdeling og ansvarsfordeling (Axelsson & Axelsson, 2006, s. 77). De sykeste pasientene i sykehjemmet ivaretas derfor av sykepleiere, siden de har høyest formalkompetanse. Samtidig blir sykepleierne fritatt fra hotell- og kjerneoppgaver, og er både strukturelt og funksjonelt adskilt fra de øvrige yrkesgruppene. Slik kan de konsentrere seg om de spesialiserte og avanserte oppgavene. Helsefagarbeidernes ansvarsområde blir likeså tydeliggjort, ved at de har ledelsesansvar og ansvar for daglig pleie og omsorg i avdelingen.

Ikke overraskende har endringer i kjølvanet av samhandlingsreformen ført til en økning i ansvar og oppgaver, særlig i oppgaver som forut for reformen ble regnet som spesialiserte. Likevel sees det store forskjeller i hvordan de to sykehjemmene møter disse endringene, og i hvilken grad oppgaver differensieres og arbeidsområder spesialiseres. Sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste er ett av svært få sykehjem i kommunen som organiserer tjenesten ved økt differensiering og spesialisering. At endringer i ansvars- og oppgavedeling mellom stat og kommune i liten grad har ført til endring i ansvars- og oppgavedelingen i de fleste andre sykehjem, kan ha sammenheng med at det finnes lite kunnskap om hvilke konsekvenser en endret ansvars- og oppgavedeling har for sykehjemstjenesten (Kvaal, 2015).

### 7.2.3 Oppgavegliding

I sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell har det skjedd en oppgaveglidning fra lege til sykepleier. Oppgaveglidningen har imidlertid foregått over mange år, og oppleves som en naturlig utvikling, slik det fremstilles av sykepleierne selv. Sykepleierne opplever at de får benytte sin kompetanse gjennom faglige utfordringer, samtidig som flere standardiserte metoder og prosedyrer har tilkommet. Ifølge sykepleierne medfører dette samlet sett at de i større grad tar beslutninger om pasienter uten legens forordning. Begrepet vertikal oppgaveglidning benyttes i noe litteratur for å beskrive hvordan oppgaver overføres fra et

kompetansenivå til et annet (Malterud, Aamland, & Fosse, 2020). Ofte sees dette ved at oppgaver flyttes fra et høyere kompetansenivå til et lavere, men vertikal oppgaveglidning kan imidlertid også skje motsatt vei, fra et lavere kompetansenivå til et høyere, slik som når hotelloppgaver i sykehjemmet overføres fra assistenter og renholdere til helsefagarbeidere og sykepleiere. Ifølge Abbott (1988) vil arbeidsoppgaver, profesjoner og koplingen mellom dem, være under kontinuerlig forandring. Endringer i en profesjons jurisdiksjon forplanter seg gjennom profesjonssystemet, og påvirker andre profesjoner (Abbott, 1988, s. 65). Således har også samhandlingsreformen, i tråd med dens intensjon, medført en betydelig forskyvning av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til sykehjemmet. Horisontal oppgaveglidning beskriver prosesser hvor oppgaver flyttes mellom ulike nivå av tilsvarende profesjonell kompetanse, som fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (Malterud, Aamland, & Fosse, 2020).

Parallelt foregår det en oppgaveglidning fra sykepleier til helsefagarbeider som særlig observeres i perioder med mindre tilgang på sykepleiere. Hughes (1951) beskriver hvordan nye og attraktive oppgaver blir lagt til sykepleierne, mens oppgaver som tidligere har lagt til sykepleierne å utføre, blir forskjøvet til underordnede eller hjelpere når oppgavene blir rutiniserte og derav mindre prestisjefylte (Hughes, 1951). Etter hvert som sykepleierne får flere avanserte oppgaver, blir rutineoppgaver overlatt til helsefagarbeiderne, særlig i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell som møter endringer i krav til tjenesten gjennom kurs, opplæring og delegering av oppgaver til helsefagarbeidere og assistenter. Assistentene overtar en større andel oppgaver fra sykepleier og helsefagarbeider, slik som legemiddelhåndtering og utførelse av en del målinger. Kompetansehevingen av helsefagarbeidere for å utføre mer avanserte oppgaver i sykehjem, tematiseres i artikkelen *Eldreomsorgens bemanningskrise* (Rasmussen & Kjevik-Wycherley, 2019). Her undersøkes det hvordan sykehjem dekker behovet for sykepleierkompetanse når det blir for få sykepleiere på vakt. Kompetanseheving av helsefagarbeidere hevdes i artikkelen å avlaste sykepleierne, samtidig som delegasjon til å dele ut legemidler, medfører en myndiggjøring av ansatte. Sykepleierne i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell stiller seg imidlertid undrende til om helsefagarbeiderne og assistentene har tilstrekkelig kunnskap til å utføre de mer avanserte oppgavene. Selv om de har fått opplæring i selve prosedyren, behøver det ikke å bety at de forstår hva de egentlig gjør. Å lære seg en håndverksvariant av de profesjonelles yrkesutøvelse er derfor ikke ensbetydende med å ha jurisdiksjon over et

område, da jurisdiksjon fordrer både en sosial og en kognitiv adgang til et arbeidsområde (Abbott, 1988, s. 59).

I sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste sees det i mindre grad oppgaveglidning mellom sykepleier og helsefagarbeider, selv om oppgaver tidvis flyttes fra sykepleier til helsefagarbeider. Informantene tilkjenner imidlertid at oppgaver som før samhandlingsreformen ble betegnet som legeoppgaver, nå i større grad blir overlatt helt, eller delvis til sykepleierne. I tillegg har sykehjemmet, i likhet med sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell, overtatt en rekke spesialiserte og avanserte prosedyrer og behandlinger som tidligere bare ble utført i sykehus. I de tilfeller hvor oppgaver flyttes fra en overordnet yrkesgruppe til en underordnet, benytter informantene begrepet *delegering*. Informantene beskriver delegering som en bevisst overføring av oppgaver, gjerne ledelsesintendert. Like fullt fremkommer det at enkelte oppgaver er av en slik art at de må utføres svært hyppig, og utføres rutinemessig av helsefagarbeiderne, slik som når en trakeotomi-pasient trenger kontinuerlig overvåking og hyppig hjelp til holde lufteventilen åpen. Rutinisering av profesjonelt arbeid er en prosess som kan true en profesjons jurisdiksjon. Delegering av rutinearbeid til underordnede grupper gir derfor dominante profesjoner store fordeler, fordi det frigjør dem til å utføre arbeidsoppgaver som betraktes som mer profesjonelle (Abbott, 1988, s. 72). I slike situasjoner finner sykepleierne det hensiktsmessig at helsefagarbeiderne utfører oppgavene, slik at ikke sykepleierne bindes opp til én pasient over lang tid og hindrer den ambulerende funksjonen til sykepleierne.

#### 7.2.4 Ansvarsglidning

I sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell opplever informantene et større ansvar i takt med at flere og mer avanserte oppgaver har tilkommet sykehjemmet. En rekke oppgaver har blitt standardiserte etter samhandlingsreformen, slik at sykepleierne i større grad kan iverksette behandling uten først å konsultere lege. Ifølge sykepleierne selv oppleves dette som et behandlingsansvar fordi deres vurderinger i stor grad blir styrende for hvilken behandling pasientene får, særlig når det ikke er lege som iverksatte behandling. Legevurderinger er delvis byttet ut med standardiserte prosedyrer som beskriver tiltak basert på indikasjoner, og sykepleierne står til ansvar overfor ledelsen for etterlevelse av prosedyrene. Dette kan ha sammenheng med de senere års overgang fra yrkesprofesjonalisme til organisatorisk profesjonalisme, som har medført en betydelig forskyvning av ansvar til den enkelte profesjonelle yrkesutøver (Svensson & Karlsson, 2008). Til tross for at ledelsen oppmuntrer sykepleierne til å delegerer oppgaver til andre yrkesgrupper, har sykepleierne like

fullt ansvar for oppgaver de delegerer, og informantene tilkjenner stor usikkerhet om ansvarsforhold når oppgaver fluktuerte mellom yrkesgruppene.

I sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste, sees likeledes en ansvarsglidning fra lege til sykepleier, i det at sykepleierne har overtatt ansvar for vurderinger som tidligere lå hos legen. I tillegg benyttes det også her standardiserte prosedyrer ved akutte sykdomstilstander som gir sykepleierne mulighet til å gi medikamentell behandling uten å først konsultere lege, og sykepleierne opplever at ansvaret for behandling overføres til dem. Videre tilkjenner informantene at det har foregått en betydelig overføring av ansvar fra spesialisthelsetjenesten til sykehjemmet i årene etter samhandlingsreformen. I sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste, har helsefagarbeiderne fått ansvar for ledelse og for den daglige oppfølgingen i avdelingen. Dette oppleves som en ansvarsglidning, som helsefagarbeiderne har brukt litt tid på å venne seg til. En sterkere organisasjonsstyring er påvirket av organisasjonsideene som fulgte New Public Management-tankegangen, hvor ledelse er mer frikoplet faglig autoritet, i motsetning til en kollegial autoritet der dominante profesjoner også leder organisasjonene (Svensson & Karlsson, 2008).

#### 7.2.5 Sammenfatning

Til tross for at informantene i sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste betrakter spesialisering av sykepleierens funksjon og en tydelig differensiering i oppgaver som en nødvendig tilpasning til endringer i ansvars- og oppgavedelingen mellom sykehus og sykehjem, observeres snarere en av-spesialisering (Erichsen, 1996), med betydelig vertikal oppgaveglidning fra sykepleier til helsefagarbeider og fra helsefagarbeider til assistent, i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell. I dette sykehjemmet vektlegges generalistfunksjonene, og det er et mål at yrkesgruppene skal kunne utføre flest mulig oppgaver. Dette problematiseres av sykepleierne i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell, som like fullt opplever å ha totalansvar for tjenesten, selv om andre yrkesgrupper tar del i avanserte og spesialiserte oppgaver. I tillegg sees et betydelig innslag av vertikal oppgaveglidning fra et lavere kompetansenivå gjennom at helsefagarbeidere så vel som sykepleiere har overtatt hotellopgaver i sykehjemmet.

I sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste observeres en mindre grad av oppgaveglidning, og informantene bruker begrepet delegering når oppgaver flyttes fra sykepleier til helsefagarbeider, fordi det benyttes som et bevisst styringsvirkemiddel. Samtidig opplever sykepleierne en betydelig ansvarsglidning fra lege til sykepleier gjennom økt



behandlingsansvar, samt en mer utstrakt bruk av standardiserte prosedyrer. Videre sees trekk av det som Svensson og Karlsson (2008) omtaler som organisasjonsstyring, hvor ledelse er mer frikoplet faglig autoritet, gjennom helsefagarbeidernes ledelsesfunksjon i sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste.

### 7.3 Kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering

#### 7.3.1 Kvalitet

Tjenesteproduksjon kan i et systemteoretisk perspektiv betraktes som et undersystem. Et grunnleggende trekk ved systemteorien er at et undersystem ikke kan betraktes uten også å se på dens påvirkning på andre undersystem og systemet som helhet. I den grad sykehjemmet evner å ivareta tjenestenes kvalitet og volum, kan informantenes opplevelse av kvalitet sies å være en indikator på at undersystemets prosesser er ivaretatt (Skjørshammer, 2004, s. 46).

Sykepleierne i sykehjemmet med tradisjonell organisering opplever daglig tidspress som fører til at de må forskyve sykepleieroppgaver til fordel for hotell- og kjerneoppgaver. På grunn av sterk lojalitet til kollegaer og dugnadsånd, blir derfor praktiske oppgaver utført til fordel for vurderinger, dokumentasjon og faglig oppdatering. Dette kommer i konflikt med sykepleiernes yrkesetiske standard, og de opplever selv at tidspress svekker kvaliteten på tjenesten de yter. Informantenes opplevelser sammenfaller med funn i Ingstad (2010) sin studie, hvor det pekes på de mestringsstrategier som sykepleierne benytter for å tette gapet mellom ressurser og behov. Mens noen sykepleiere distanserer seg fra omsorgsidealene og senker forventningene, vil andre strekke seg mot idealene og arbeide raskere (Ingstad, 2010). Sykepleierne i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell tilkjennegir likeledes at de bruker lunsjpausene til å få arbeid unnagjort, og at de gjerne arbeider raskere for å forsøke å komme i mål med oppgavene.

Like fullt trekkes en høy andel sykepleiere fram av informantene i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell som en faktor som hever den totale kvaliteten i sykehjemmet. Sykepleiernes tilstedeværelse i miljøet vektlegges betydning for kvalitet på tjenesten, og flere av informantene oppgir at det å ha sykepleierne som en del av avdelingen, er vesentlig for at sykepleierne kjenner pasientene og kan møte deres behov. Dette begrunnes av informantene med at sykepleierfaget handler om å være «tett på», og en mer distansert sykepleierrolle oppfattes som fjernt fra de idealer som fremmes i sykepleiernes kunnskapsgrunnlag og yrkesetikk. Informantenes opplevelser sammenfaller således med funn i Ingstad (2010) sin studie. Her finner hun at en endring av roller og oppgaver innen

sykehjemstjenesten vil kunne komme i konflikt med de etablerte verdsett og normer som helseprofesjonene er bærere av. Når sykepleiertjenesten adskilles fra den øvrige driften, kan dette støte an mot normer og holdninger som har eksistert lenge i sykehjemmet. Tidligere studier har dessuten indikert at bedre kvalitet i tjenestene, forbedring i pasients tilstand og færre uønskede hendelser, har sammenheng med antall sykepleiere i helsetjenestene (Bing-Jonsson, Foss, & Bjørk, 2016). Like fullt argumenterer studien for at man vanskelig kan si noe om den faktiske kompetansen til helsepersonell, bare ved å studere hvor mange sykepleiere det er på arbeid (Bing-Jonsson, Foss, & Bjørk, 2016).

I sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste opplever sykepleierne sjelden tidspress. De må sjelden prioritere hotell- og kjerneoppgaver foran sykepleieroppgaver, og opplever derfor at de har tid til å utføre arbeidet i tråd med yrkesetiske standarder. De får tilstrekkelig tid til å følge opp helsetilstanden til pasientene, og kan prioritere å bruke tid hos de sykeste pasientene.

### 7.3.2 Ressursutnyttelse

Fremtidens behov for kommunale helsetjenester baserer seg på framskrivinger og på en demografisk utvikling hvor en større del av populasjonen vil bestå av eldre mennesker. Prioriteringslogikker som tar for seg hvordan man prioriterer ressursbruk så vel som oppgaver, blir diskutert av Kvaal (2015), som peker på helsesektorens tilsynelatende umettelige behov for ressurser. Ved å sammenligne to sykehjem med to svært ulike tilnærminger til ansvars- og oppgavedeling, tydeliggjøres også to ulike modeller for prioritering av oppgaver og ressurser. I sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste uttaler ledelsen ved sykehjemmet at en klar differensiering i oppgaver og en spesialisering av sykepleiernes ansvars- og arbeidsområde er avgjørende for at sykepleierne har tilstrekkelig tid til oppgavene, all den tid det er færre sykepleiere ansatt sammenlignet med antall sykepleiere i en tradisjonell organisasjonsmodell. Av dette kan man forstå at sykepleieroppgaver kan utføres av færre sykepleiere, siden de ikke utfører hotell- og kjerneoppgaver i tillegg.

I likhet med tjenestekvalitet kan en organisasjons evne til å vedlikeholde personalressursene slik at de ansatte opplever motivasjon og kompetanseheving, betraktes som et undersystem. Således står vedlikeholdsfunksjonen til sykehjemmet i gjensidig avhengighet til andre undersystem, som tjenesteproduksjon (Skjørshammer, 2004, s. 47). Både helsefagarbeiderne og sykepleierne i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell opplever å utføre

oppgaver de er overkvalifisert for. De oppfatter det som en dårlig ressursutnyttelse å benytte deres fagkompetanse til hotelloppgaver, men forstår likevel at det er nødvendig for å få alt til å gå rundt. I Bing-Jonsson et al. (2016) sin studie viser funn at tendensen til å samarbeide for å komme i mål med oppgaver, fører til at sykepleierne ikke opplever å få brukt sin kompetanse til fulle (Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk, & Foss, 2016). Sykepleierne i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell opplever på samme måte at dugnadsånd og at «alle gjør alt» medfører at de ikke får benytte sin kompetanse.

Selv om sykepleierne i sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste ikke opplever å bruke tid på oppgaver som grupper med lavere kompetanse kan utføre, opplever helsefagarbeiderne dette i større grad. Helsefagarbeiderne opplever at de ikke får bruke sin kompetanse til fulle, og mange helsefagarbeidere har erfaring med oppgaver som de ikke får bruke etter innføringen av teamorganisert sykepleiertjeneste. De frykter at egen kunnskap og kompetanse skal gå tapt, fordi den ikke blir brukt. Samtidig opplever helsefagarbeiderne at de får bruke sin kompetanse til å lede avdelingen på en selvstendig måte, og gjennom veiledning av assistenter. Sykepleierne opplever å få bruke sin kompetanse i større grad enn de tidligere har opplevd i andre sykehjem. De får utføre oppgaver de har kunnskap og erfaring om og ferdigheter til.

### 7.3.3 Rekruttering

Sykepleierne i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell opplever tidspress, at sykepleieroppgaver forskyves og omfordes og at de stadig må utføre arbeidsoppgaver som ikke krever sykepleierkompetanse. Høy arbeidsbelastning, hektiske arbeidsforhold og det at sykepleiere ikke primært får utføre sykepleieroppgaver tematiseres i Rasmussen og Kjevik-Wycherley (2019) sin studie av bemanningen i eldreomsorgen, som også avdekker at sykepleierstudenter ikke har arbeid i eldreomsorgen som førstevalg etter å ha fullført sykepleierstudiet. Rekruttering av sykepleiere til sykehjem fremholdes således som et overordnet problem for helsetjenesten, noe som blir slått fast i en rekke offentlige utredninger. Sykepleiermangel sees som en konsekvens av demografiske forhold, men også fordi mange nyutdannede angir å ikke ønske å jobbe i eldreomsorg (Rasmussen & Kjevik-Wycherley, 2019, s. 314).

En indikator på at ressurs sikringsfunksjonen til en organisasjon ivaretas, er dens evne til å sikre så vel økonomiske ressurser som personalressurser, og å nyttiggjøre seg disse (Skjørshammer, 2004, s. 46). Sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell har ikke

vansker med å rekruttere sykepleiere og helsefagarbeidere til ledige stillinger. De har kompetente søkere til sykepleierstillinger, og søkerne angir å ønske å arbeide i et sykehjem med mange sykepleiere. Det at helsefagarbeiderne får kompetanseheving til å kunne utføre stadig flere oppgaver, blir trukket frem som attraktivt for helsefagarbeiderne. Likevel vil et sykehjems evne til å sikre ressurser for fremtiden, måtte betraktes i et langsiktig perspektiv (Skjørshammer, 2004). Dersom sykehjemmet som system opplever svekkelse i tjenesteproduksjon og vedlikehold, kan dette få implikasjoner også for sykehjemmets evne til ressurs sikring og rekruttering i fremtiden (Skjørshammer, 2004, s. 46). Dette samsvarer således med funn i Ingstad (2010) sin studie, som peker på at mestringsstrategier, hvor sykepleiere senker kravene eller kompenserer for gapet mellom tid og behov ved å arbeide raskere eller utover ordinær arbeidstid, vil virke demoraliserende og på sikt kunne gå ut over rekrutteringen og statusen til yrket (Ingstad, 2010).

Sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste har ikke hatt ledige sykepleierstillinger de siste to år, noe informantene mener har sammenheng med høy trivsel og at organisasjonsmodellen er attraktiv for sykepleiere. Trivsel og en attraktiv organisasjonsmodell for sykepleiere oppgis derfor å være grunnen til lav turn-over i sykehjemmet. Dette inntrykket forsterkes ved at flere sykepleiere kontakter sykehjemmet jevnlig for å be om stilling eller vakter. Sykehjemmet har heller ikke utfordringer med å besette helsefagarbeiderstillinger, selv om det er sykepleierne som fremheves som de mest fornøyde med organisasjonsmodellen.

#### 7.3.4 Sammenfatning

I et systemteoretisk perspektiv vil sykehjemmenes evne til å rekruttere fagpersoner som helsefagarbeidere og sykepleiere, påvirkes av deres evne til å tilby tjenester som møter omgivelsens krav til kvalitet, så vel som deres evne til å ivareta de personalressursene de har. Derfor kan det være nyttig å se de ulike funksjonene i et system som undersystem, fordi man i større grad kan skille disse funksjonene fra de mer formelle strukturene i systemet.

I neste kapittel vil jeg drøfte funn fra studien i lys av teoretiske perspektiv, hvor særlig system, profesjoner og arbeidsdeling står sentralt.

## 8 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg bruke funnene fra denne studien, og diskutere dem i lys av teori som ble presentert i kapittel 3. Jeg vil ta for meg hvordan ansvar og oppgaver blir fordelt mellom yrkesgruppene i sykehjem, og hvordan både formelle og uformelle strukturer påvirker ansvars- og oppgavedelingen. Endringer i helsetjenestens ytre omgivelser introduseres gjerne gjennom reformer og reformideer, men det sees likevel en stabilitet som vil bli diskutert i dette kapittelet. Videre vil jeg se på hvordan de ulike organisasjonsmodellene kan ha betydning for kvalitet, ressursutnyttelse og kvalitet, særlig i lys av systemteoretiske tenkning.

I denne delen av oppgaven vil begrepene fra teorien i stor grad danne overskriftene i kapittelet. Jeg fortsetter ikke den tematiske fremstillingen som benyttes i den empiriske fremstillingen eller i sammenfatningen av funnene, men finner det mest hensiktsmessig å la de teoretiske begrepene danne overskrifter i kapittelet. Jeg vil samtidig sammenligne hovedtrekk ved de to casene og benytte teorien for å forstå og fortolke så vel organisatoriske trekk som profesjons- og systemteoretiske trekk.

### 8.1 Arbeidsdeling

Teori om arbeidsdeling søker på hva som skjer når kompleksitet i både produksjonen og i omgivelsene fører til at arbeidsoppgaver og ansvar må fordeles. Kompleksitet i omgivelsene forklarer i stor grad behovet for å foreta en funksjonell arbeidsdeling, hvorved organisasjoner må dele opp arbeidsområder i mindre deler for å kunne håndtere sine oppgaver og roller (Axelsson & Axelsson, 2006, s. 77). Arbeidsdelingen bidrar til effektivitet, samtidig som den splitter en helhet opp i deler. Jacobsen (2004) hevder at arbeidsdeling og spesialisering fører til to parallelle prosesser; formalisering og profesjonalisering. Disse prosessene er således en forutsetning for at spesialiseringen skal bli effektiv.

#### 8.1.1 Spesialisering

I det profesjonelle landskapet stemmer ikke alltid kart og terreng. Funksjon faller ikke alltid sammen med struktur, og hvem som gjør hva og hvorfor, er sjelden åpenbart i komplekse arbeidsorganisasjoner (Abbott, 1988). Sykehjemmets kompleksitet ligger ikke bare i oppgavens vanskelighetsgrad eller krav til profesjonell kunnskap, men også i det at sykehjemmet håndterer et spekter av tjenester til en svært diversifisert pasientgruppe. De fleste brukerne av sykehjemstjenester er eldre multimorbide og multisyke med svært ulike og sammensatte behov. I tillegg tilbys tjenester som strekker seg fra de mest trivielle hotelloppgaver, til svært kompliserte og avanserte sykepleieroppgaver. Det vide spekteret av

tjenester som tilbys i sykehjem kan imidlertid også tenkes å være årsaken til at yrkesgruppene i sykehjem ofte omtales som generalister, og ikke spesialister (Erichsen, 1996).

I sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell sees i så måte snarere en avspesialisering heller enn en spesialisering av tjenesten. Erichsen (1996) argumenterer for at helsetjenesten, gjennom innføring av «omsorgsarbeiderfaget» som etter skolereformen i 2006 ble erstattet av helsefagarbeiderfaget, fokuserte på at flere yrkesgrupper skulle bli generalister heller enn spesialister. Generalistene finner man typisk et stykke fra det spesialiserte sykehuset, gjerne i kommunehelsetjenesten, hvor vi også finner flest helsefagarbeidere (Erichsen, 1996, s. 54). At «alle gjør alt» er likeså et organisatorisk mål for sykehjemmet, slik at flest mulig skal være i stand til å håndtere det brede spekteret av tjenester. Like fullt må sykehjemmet foreta en arbeidsdeling for å kunne møte denne kompleksiteten, og for at oppgavene skal bli håndterbare. I hvilken grad sykehjemmet foretar en arbeidsdeling, kan også sies å gjenspeile grad av spesialisering.

I sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste er det foretatt en spesialisering av sykepleiernes arbeidsoppgaver, slik at sykepleierne som har høyest fagkompetanse også er dem som håndterer de mest avanserte oppgavene og pasientene med høyest behandlingsbehov. Spesialisering skjer imidlertid ikke utelukkende ved å håndtere spesialiserte oppgaver, men ved at man parallelt avgrenser arbeidsområdet for å på den måten å utføre en bedre og mer effektiv jobb (Jacobsen D. I., 2004, s. 77). Sykepleierne i sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste håndterer i så måte ikke de mindre spesialiserte hotell- og kjerneoppgavene, men kan fokusere på oppgaver som sykehjemmet har betegnet som sykepleieroppgaver.

### Formalisering

Dannelsen av formelle organisasjoner, der arbeidsoppgaver settes inn i faste rammer med «sine» ressurser, regler, rutiner og standarder, refereres ofte til som formaliseringsprosessen. Formaliseringen innebærer også at det gjerne foretas en fysisk arbeidsdeling der grupper som formelt hører sammen, samles på samme sted (Jacobsen D. I., 2004). Når sykehjem har en klar arbeidsdeling, viser det seg således igjen i den strukturelle arbeidsdelingen (Axelsson & Axelsson, 2006, s. 77), der ulike yrkesgrupper har ulik lokasjon eller nedslagsfelt for sine arbeidsoppgaver, ulik organisasjonsstruktur og ofte svært ulike organisasjonskulturer.

I sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste skjer formaliseringsprosesser gjennom strukturell og funksjonell differensiering. Sykepleiernes ambulerende funksjon skiller seg

vesentlig fra de øvrige yrkesgruppene. Sykepleierne utfører i svært liten grad de samme oppgavene som helsefagarbeiderne og assistentene, og arbeidsdelingen kan sies å være funksjonelt differensiert. Den tydelige ansvars- og oppgavedelingen som teamorganiseringene fremmer, kan sies å ha klare referanser til det litteraturen omtaler som funksjonell arbeidsdeling (Axelsson & Axelsson, 2006, s. 77), hvor både arbeidsoppgaver og ansvar differensieres. Denne differensieringen gjenspeiles gjerne i en strukturell ulikhet, slik som sykepleierne som har tilholdssted utenfor selve sykehjemsavdelingen.

Strukturell differensiering refererer således til at yrkesgrupper som utfører likt arbeid, også har likt fysisk arbeidssted, og ofte vil denne differensieringen gjenspeiles i ulik organisasjonskultur. Til forskjell fra sykepleierne i tradisjonelt organisert sykehjem, opplever sykepleierne i sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste ikke uventet størst samhørighet med andre sykepleiere i teamet. Samarbeid og tilhørighet innad i sykepleiergruppen blir vektlagt, og det er på samme måte sykepleierteamets krav og forventninger som ligger til grunn for sykepleiernes prioriteringer. Ved å betrakte sykepleiertjenesten som så strukturelt og funksjonelt adskilt fra den øvrige sykehjemsdriften at den nærmest kan betraktes som en egen arbeidsplass, kan man også forklare hvorfor sykepleiernes verdier og profesjongrenser bevares i større utstrekning. Sykepleiernes organisasjonskultur formes ifølge dem selv av yrkesetikk og profesjonslogikk, som også gjenspeiles i en egen språkterminologi, sterk profesjonstilhørighet og gjennom at beslutninger fattes innad i sykepleierteamet.

Formalisering kan tydeliggjøre ansvar og oppgaver, men kan på den annen side bidra til en «silotenkning» hvor yrkesutøverne ikke klarer å se helheten, men blir sektorforsvarere som bare klarer å fokusere på sine delmål (Jacobsen D. I., 2004, s. 79). Slik «silotenkning» kan dermed komme til uttrykk i sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste gjennom sykepleiernes prioritering av sykepleieroppgaver, til tross for at andre mer prekære oppgaver kunne blitt prioritert. Sykepleierne forsvarer også sitt domene gjennom å godta at enkelte oppgaver overføres til helsefagarbeiderne når de selv finner det hensiktsmessig, fordi oppgavene står i fare for å true deres ambulerende funksjon i sykehjemmet.

I sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste ble modell valgt som en klar respons på de økte krav til ansvar og oppgaver som tilkom etter samhandlingsreformen. Differensieringen av arbeidsoppgaver er tydelig, men derimot ikke fullstendig. Tydelig arbeidsdeling kan i likhet med utydelig arbeidsdeling, føre til koordineringsproblemer som

gråsoner eller dobbeltarbeid (Jacobsen D. I., 2004), og sykehjemmet opplever tidvis at oppgaver ikke fanges opp fordi de ikke fremgår av rutiner, lommekort eller beskrivelser, eller at arbeidsoppgaver helt eller delvis utføres av både helsefagarbeider og sykepleier. Uforutsette hendelser og rutinisering av oppgaver observeres, om enn i mindre grad, i sykehjem med teamorganisert sykepleiertjeneste som i sykehjem med tradisjonell organisasjonsmodell, og profesjonenes grenseoppganger er under stadig diskusjon.

### Profesjonalisering

Profesjonaliseringsprosesser skjer i hovedsak gjennom spesialisert utdanning, men kan også skje gjennom arbeidsfelt med spesialisert teknologi eller ideologi. En sidevirkning av å lære en egen teknolog, er at man også bruker et eget språk, begrep og sjargonger. Folk utenfor kan ha vansker med å forstå «stammespråket», og egne verdier, kulturer og normer knyttes ofte opp til egen profesjon (Jacobsen D. I., 2004).

I sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell blir forskjeller i yrkesgruppenes formelle kompetanse bare til en viss grad anerkjent. Bakgrunnen kan være arbeidsorganisasjonens intensjon om at alle yrkesgrupper skal ha en viss deltakelse i alt, og ledelsen ved sykehjemmet uttrykker dette slik: «Vi vil jo at alle skal bli gode på mest mulig. Det handler om helheten, de må kunne se helheten i det de gjør». Sektorforsvar og «silotenking» og beskrives som en sidevirkning av tydelig arbeidsdeling, fordi yrkesgruppene betrakter problemstillinger på sin egen måte, og vil søke å beskytte sin sektor eller sitt arbeidsområde uten å ta helheten i betraktning (Jacobsen D. I., 2004). Profesjonalisering, gjennom spesialisert utdanning, har derimot til hensikt at yrkesutøverne skal bli spesialister og eksperter på sitt felt innen et større arbeidsområde (Jacobsen D. I., 2004, s. 78). Til tross for at man frykter «silotenking» som fortrenger helhetsbildet, finnes det likevel oppgaver som man er forent om at tilhører sykepleierne, og som er forsøkt differensiert basert på den spesialiserte utdanning som sykepleierne har. Imidlertid danner dette også grunnlag for konflikt mellom helsefagarbeidere og sykepleiere, idet deres ulike normer, verdier og kultur mellom støter an mot hverandre.

I sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell er koplingen mellom formelle kvalifikasjonskrav og arbeidsoppgaver, relativt svak. Dette står i kontrast til ansvars- og oppgavedelingen i sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste, hvor forskjellene i yrkesgruppenes formelle kompetanse i stor grad ligger til grunn for arbeidsdelingen. Formell kompetanse i form av utdanning og delegert myndighet, er styrende for hvem som gjør hva i



sykehjemmet, og det trekkes sterke koplinger mellom sykepleieroppgaver og de profesjoniseringsprosesser som kvalifiserer dem til arbeidet. Et bredt spekter av oppgaver faller inn under sykepleiernes jurisdiksjon, og helsefagarbeiderne står i et klarere underordnet forhold til sykepleieren. Dette er imidlertid ikke til hinder for at gråsoner og uklarheter i grensenes randsoner også observeres i sykehjem med teamorganisert sykepleiertjeneste.

### 8.1.2 Gråsoner og dobbeltarbeid

I sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell, forekommer det en betydelig overlapping av oppgaver mellom sykepleierne, helsefagarbeiderne og assistentene. Sykepleierne deltar i hotell- og kjerneoppgaver på lik linje med helsefagarbeider og assistent, og fagoppgavene rullerer mellom yrkesgruppene. Enkelte sykepleieroppgaver blir til fagoppgaver fordi de utføres mer rutinemessig, og travelhet bidrar til at oppgaver må omfordeles. I litteratur om arbeidsdeling, betraktes overlapping av ansvar og oppgaver som gråsoner. Gråsoner ansees således som koordineringsproblem som oppstår på grunn av uklar arbeidsdeling (Jacobsen D. I., 2004), og der det oppstår usikkerhet omkring hvem som egentlig tar ansvar for oppgaven. Informantene opplever oppgavefordelingen som utydelig, og det oppstår ofte diskusjoner mellom yrkesgruppene om hvem som er kvalifisert til å utføre ulike oppgaver.

Likeledes oppstår gråsoner i sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste, delvis fordi arbeidsdelingen er klar og fordi yrkesgruppene på den måten overser områder som ikke eksplisitt er tildelt dem. Til tross for at assistentene oftere tildeles hotelloppgaver enn helsefagarbeiderne, forekommer det at enkelte oppgaver gjenstår ugjorte og helsefagarbeiderne må utføre slike oppgaver. Hotelloppgavene er forsøkt beskrevet på såkalte lommekort, men det kan like fullt tilkomme oppgaver som ikke er nedskrevet. Ved å tydeliggjøre oppgaver, vil man likevel stå i fare for å utelate noen fordi det ikke alltid lar seg gjøre å gi en uttømmende oversikt over alle oppgaver. Videre tilkommer det tidvis oppgaver på grunn av nye situasjoner eller omstendigheter hvor det ikke er avklart hvem som skal utføre oppgaven. Sykehjemmets ledelse eksemplifiserte dette med en hendelse hvor helsefagarbeiderne overså en bandasje hos en pasient, og hvor ingen tok ansvar for å undersøke eller skifte på bandasjen. Dette viser hvordan også nye arbeidsområder eller situasjoner kan opptre som gråsoner før arbeidsdelingen er klar.

## 8.2 Systemteoretisk perspektiv på profesjoner

Strukturene innenfor et system kan deles i åpenbare strukturer og dypstrukturer. Åpenbare strukturer kan lese ut fra organisasjonskartet, mens dypstrukturer viser til kultur, teknologi, makt og kontroll. I helseorganisasjoner skjer ofte maktutøvelse gjennom faglig kompetanse, og er bare delvis knyttet til formelle roller og strukturer. Dypstrukturer kan også betegnes som uformelle strukturer (Skjørshammer, 2004, s. 41).

### 8.2.1 Åpenbare strukturer og dypstrukturer

På arbeidsplassen kan de åpenbare eller formelle strukturer leses av organisasjonskart og arbeidsbeskrivelser. I så måte reguleres forholdene mellom systemets deler, og det fremkommer gjerne en viss forutsigbarhet og standardisering gjennom de åpenbare strukturene. Like fullt blir slike formelle strukturer gjerne til over tid, gjerne gjennom prøving og feiling. Det er derfor nødvendig å inngå kompromisser mellom ulike mål, ulike organisasjonskulturer og roller. Dette kommer gjerne til uttrykk i paradokser, inkompatibilitet og mindre perfekte løsninger (Skjørshammer, 2004, s. 41).

I sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell opplever informantene arbeidsbeskrivelsene som uklare, fordi formuleringer som «delta i», «bidra og medvirke til» bare vagt reflekterer arbeidsoppgaver og arbeidsmetoder. Arbeidsbeskrivelsene er tilnærmet likelydende for alle tre yrkesgruppene, og samsvarer i så måte med informantenes opplevelse av uklare profesjongrenser. Samtidig fremkommer det en relativt klar hierarkisk struktur gjennom at profesjonenes overordnede og underordnede relasjon til hverandre tegnes opp. I samtaler med informantene beskrives imidlertid en langt mer egalitær struktur mellom yrkesgruppene, der likhet og rettferdig fordeling av oppgaver fremholdes som viktige verdier. Nedbygging av hierarki og dugnadsånd kommuniseres både gjennom uttalelser fra ledelsen og gjennom hvordan ansvars- og oppgavedelingen i realiteten foregår i sykehjemmet. Diskrepans mellom sykehjemmets formelle og uformelle struktur, gjenspeiles i så måte i informantenes opplevelser av uklare profesjongrenser, og kan ligge til grunn for informantenes opplevelse av uklare arbeidsbeskrivelser.

Også i sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste formulerer arbeidsbeskrivelsene bare vagt hvilke arbeidsoppgaver som ligger til yrkesgruppene. Likeledes beskrives yrkesgruppens aktiviteter nærmest likelydende i alle yrkesgruppers arbeidsbeskrivelser, til tross for at organisasjonskartet viser en klar hierarkisk struktur. Arbeidsbeskrivelsene formulerer imidlertid ansvar tydeligere enn oppgaver. Sykepleiernes overordnede faglige

ansvar for sykepleieroppgaver, samt ansvar for å overvåke fagoppgaver som utføres av helsefagarbeiderne formuleres tydeligere i arbeidsbeskrivelsene. Organisasjonskartet tegner også opp en klar, hierarkisk struktur, og sykepleierteamet fremstår som strukturelt differensiert fra de øvrige yrkesgrupper. Til tross for at informantenes beskrivelser av en svært klar ansvars- og oppgavedeling i liten grad samsvarer med arbeidsbeskrivelsene uklare formuleringer, oppgir informantene å oppleve arbeidsbeskrivelsene som tydelige. Dette kan fremstå noe paradoksalt, all den tid det i liten grad finnes samsvar mellom arbeidsbeskrivelsenes uklare formuleringer og informantenes oppfatning av ansvars- og oppgavedeling. Likevel kan det forklares ved at arbeidsbeskrivelsene i liten grad benyttes i det daglige arbeidet, og at makt og kontroll i en helseorganisasjon bare delvis kan knyttes til formelle strukturer (Skjørshammer, 2004). Makt og kontroll er ofte sterkt knyttet til faglig kompetanse og ofte foregår en kollegial regulering gjennom enkeltgruppers kommunikasjon av mål og standarder. I sykehjemmet gjenspeiles den formelle, hierarkiske strukturen også i de uformelle dypstrukturer, noe som kan forklare hvorfor informantene opplever ansvars- og oppgavedelingen som tydelig selv om de formelle arbeidsbeskrivelsene ikke er det.

Kontroll i organisasjoner oppstår gjennom kommunikasjon mellom medlemmer, gjennom kollegial selvregulering, aktørenes forestillinger om mål og standarder og hvilken maktposisjon sender av budskapet har (Skjørshammer, 2004, s. 41). Derfor vil også sosiale relasjoner mellom aktørene i et system være meningsfullt å ta i betraktning når man studerer hvordan maktutøvelse og kontroll utøves i sykehjemmet. Maktposisjoner trenger i så måte ikke å henviser til aktører med formell makt, men kan like gjerne være kollegaer som man har sosiale relasjoner til. Dette kan langt på vei forklare hvorfor sykepleierne i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell opplever press fra andre yrkesgrupper om å delta i hotell- og kjerneoppgaver, til tross for at nedprioritering av sykepleieroppgaver kommer i konflikt med sykepleiernes egen opplevelse av kvalitet på arbeidet. Sykepleierne opplever kollegafelleskap med helsefagarbeiderne og assistentene, og det også dem som de samhandler mest med. Kontroll kan derfor bare delvis knyttes til systemets formelle struktur, noe som dermed medfører paradokser og suboptimalisering (Skjørshammer, 2004, s. 41).

Likeledes kan systemperspektivet anvendes til å forklare sykepleiernes opplevelse av lojalitet innad i sykepleierteamet i sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste. Sykepleiernes sosiale relasjoner til andre sykepleiere er betydelige, sammenlignet med relasjonen til øvrige yrkesgrupper. Ettersom maktutøvelse hovedsakelig skjer og kommuniseres gjennom aktører

som har reell påvirkning på sosiale relasjoner, kan likeledes sykepleierkollegiet sies å være en kilde til makt for sykepleierne (Skjørshammer, 2004).

I takt med de senere års omfattende teknologiske og medisinske utvikling, har helsetjenestene fått en rekke nye og avanserte oppgaver. Spesialisthelsetjenesten, med sykehusene i spissen, preges av forventninger, krav og nye oppgaver. Oppgaver som ikke lenger regnes som spesialiserte i sykehusene, overføres til primærhelsetjenesten og sykehjemmene. Bertalanffy definerer et system slik: «Et system består av et sett av elementer som samspiller med hverandre» (Skjørshammer, 2004, s. 37). I den grad elementene i et system kan sies å gjensidig påvirke hverandre og danne samspillmønstre over tid, kan likeledes elementene betraktes som deler i ett og samme system. I tråd med dette kan endringer i sykehusene sies å påvirke sykehjemmene. Endringer må tvinges gjennom mer eller mindre lukkede grenser, og ofte har helseinstitusjoner svært lukkede grenser når det kommer til verdier og organisasjonskultur, men åpnere grenser når det kommer til teknologi (Skjørshammer, 2004). Det forklarer hvorfor sykehjemmene lettere kan møte endrete behandlingsmetoder og nye instrumenter, mens endringer i ansvars- og oppgavedeling synes mer konfliktfylt og vanskelig å endre.

I sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell blir nye oppgavene raskt mottatt av sykepleierne. Nye oppgaver og nytt utstyr gjør det mulig for sykepleierne å utøve avanserte oppgaver i sykehjemmet, samtidig som det medfører at andre oppgaver må delegeres til helsefagarbeidere. Imidlertid har det ikke skjedd en betydelig spesialisering av sykepleierens arbeidsområde, gjerne fordi ny ansvars- og oppgavefordeling kan rokke ved systemets egenart og fremtvinge motstand fra de ansatte (Skjørshammer, 2004, s. 49). Mine funn tyder på at dette er tilfellet, fordi normer knyttet til sykepleierens deltakelse i alle pasientens gjøremål og verdier som egalitet og rettferdighet, preger sykehjemmets egenart. Av dette kan det avledes at det stabile i sykehjemmets kultur hva gjelder verdier og ideologier, langt på vei kan sies å være et resultat av så vel organisasjonsmodell og de formelle strukturer. Ut ifra de tendenser jeg har observert, og særlig ved å sammenligne tradisjonell organisasjonsmodell med teamorganisert sykepleiertjeneste, vil det være en rimelig tolkning at formell organisering har effekt og betydning for så vel ansvars- og oppgavedeling som for organisasjonskultur. Formelle strukturer påvirker dypstrukturer, og får igjen effekt på grenseoppganger mellom profesjoner.

### 8.2.2 Undersystemer og parallelle prosesser

Et grunnleggende kjennetegn ved helseorganisasjoner er at de ulike nivåene i systemet står i et over-, - side- eller underordnet forhold til hverandre. Innad i systemet kan det også dannes undersystemer hvor samspillet mellom elementene i de ulike undersystem er forskjellige fra hverandre. Ved å ta utgangspunkt i de ulike organisasjonsfunksjonene i en organisasjon, kan de ulike prosesser i et system og deres gjensidige påvirkning på hverandre, forklares (Skjørshammer, 2004). En svært sentral funksjon for sykehjemmene er deres tjenesteproduksjon. Tjenestene omfatter omsorg, behandling, rehabilitering, lindring av smerte, nød og lidelse. Som en del av tjenesteproduksjonen inngår også de ulike behandlingsmetoder, aktørenes kompetanse og den strukturen som er nødvendig for å få tjenestene til å fungere. Tjenesteproduksjon kan betraktes som et undersystem, og den viktigste indikatoren på hvordan sykehjemmet ivaretar tjenesteproduksjonen, er sykehjemmets evne til å levere tilstrekkelig kvalitet og volum (Skjørshammer, 2004, s. 46).

I sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell fremkommer det at sykepleierne opplever et tidspress som i stor grad kommer i konflikt med faglige standarder og opplevd kvalitet. Sykepleiernes opplevelse av å måtte utføre hotell- og kjerneoppgaver til fordel for sykepleieroppgaver, oppgis langt på vei å være bakgrunnen for at de får mindre tid til å gjøre faglige overveielser og vurderinger. Sykepleiernes kompetanse til å utføre avanserte og spesialiserte oppgaver oppfattes av både ledelsen og av sykepleierne selv til å være høy, særlig ettersom kompetanseheving har hatt fokus i årene etter samhandlingsreformen. Like fullt er strukturen i mindre grad tilrettelagt for at sykepleierne skal ha tid til å utføre sykepleieroppgaver i tråd med yrkesetiske standarder, særlig fordi den i liten grad tildeler sykepleierne kontroll over arbeidsoppgavene. Kontroll og makt er i stor grad knyttet til hva som kommuniseres fra ledelsen og fra andre aktører med maktposisjoner, og hvilke forestillinger aktørene selv har om systemets mål og standarder (Skjørshammer, 2004). Det blir tydelig formidlet fra informantene i sykehjemmet at formalkompetanse og profesjonell autoritet aktivt motvirkes gjennom nedbygging av hierarki og nedtoning av sykepleiernes kompetanse, gjerne fordi denne autoriteten kommer i konflikt med egalitetsideologien.

I sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste er tidspresset langt mindre uttalt. Sykepleierne opplever å ha god nok tid til å gjøre vurderinger og oppgaver i tråd med sine faglige og yrkesetiske standarder, og opplever å sjelden måtte skyve på sykepleieroppgaver til fordel for hotell- og kjerneoppgaver. Den formelle organisasjonsstruktur, hvor sykepleierteamet funksjonelt er adskilt fra de øvrige yrkesgruppene, oppgis i stor grad av

informantene å være bakgrunnen for at kvaliteten på sykepleiertjenesten ivaretas. For å kunne være overlevende i sine omgivelser, må sykehjemmet være i stand til å ivareta sine organisasjonsfunksjoner over tid (Skjørshammer, 2004, s. 44). Ved å betrakte tjenestene som et undersystem, og dermed en av flere parallelle prosesser i sykehjemmet, kan det også forklare hvordan kvaliteten på tjenestene videre påvirker andre undersystemer i sykehjemmet. I den grad sykepleierne opplever av kvalitet kan betraktes som en indikator på tjenestekvalitet, kan man også argumentere for at systemet som helhet påvirkes positivt av at sykepleierne oppfatter tjenesten i samsvar med faglige standarder.

Videre beskriver Skjørshammer (2004, s. 47) organisasjonens evne til å ivareta personell, gi kompetanseheving, belønning og å motivere ansatte, som en indikator på at vedlikeholdsfunksjonen er ivaretatt. I dette inngår sykehjemmets evne til å forvalte personalressurser og å forhindre mistriivsel og gjennomtrekk av ansatte. I motsetning til tjenesteproduksjon, må disse prosessene imidlertid sees i et lengre tidsperspektiv, og langvarig nedprioritering av vedlikeholdsfunksjoner og ressursutnyttelse kan derfor gi negative konsekvenser på sikt.

Et funn i min studie er derfor at sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell i liten grad ivaretar sin vedlikeholdsfunksjon, siden informantene opplever at de ikke får benytte sin kompetanse til fulle. I særlig grad gjelder dette sykepleierne, men også helsefagarbeiderne opplever at de i perioder utfører oppgaver som i liten grad benytter deres fagkompetanse. Gjennom intervju fremkommer det at informantene opplever det demotiverende og frustrerende å utføre oppgaver som de selv anser seg overkvalifisert for, og de frykter for de langsiktige konsekvensene dette kan komme til å få for så vel yrkesgruppenes som sykehjemstjenestens omdømme og videre rekruttering.

I sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste opplever imidlertid sykepleierne å få brukt sin kompetanse. De opplever faglig utvikling og personlig vekst, både fordi de får bruke tid til å tilegne seg fagkunnskap og til å anvende den. Ifølge sykepleierne oppfattes organisasjonsstrukturen å vedlikeholde deres behov for kompetanse, trivsel og motivasjon, og det er svært liten grad av gjennomtrekk av personell. På den annen side oppgir helsefagarbeiderne at de i langt mindre grad får bruke sin kompetanse til fulle, og at de opplever å ha mistet flere av funksjonene de tidligere har hatt i tradisjonell organisasjonsmodell. Likevel motiveres de av muligheten til å lede avdelingene, og av at de i større grad holder i trådene i avdelingen og får ansvar for den daglige oppfølgingen. Ifølge

helsefagarbeiderne gir dette engasjement og trivsel. I et systemteoretisk perspektiv vil også vedlikeholdsprosessene kunne sies å stå i et gjensidig avhengighetsforhold til så vel tjenestekvalitet som til rekruttering, all den tid sykehjemmet evner å vedlikeholde motivasjon, engasjement og trivsel hos personalet.

Ressurssikring beskrives av Skjørshammer (2004, s. 46) som et undersystem, hvorved prosessene består i å tiltrekke seg eller mobilisere ressurser fra omgivelsene. Sykehjemmenes behov for å rekruttere kompetente personalressurser er uttalt i sykehjemmet, så vel som i offentlige meldinger og utredninger, i stor grad fordi demografiske endringer medfører at eldre utgjør en større del av populasjonen enn tidligere. I tillegg har medisinsk og teknologisk utvikling medført flere og bedre behandlingsmetoder, som på den ene siden kan gi høyere levealder og på den annen side langt flere oppgaver knyttet til behandling i sykehjemmene. Tilkomst av pasienter, behandlingsmetoder og strukturer som ivaretar behandlingsfunksjonen er i så måte elementer i rekrutteringssystemet som er gjensidig avhengig av tilgang på personell, og det oppleves vesentlig for sykehjemmene at de i årene som kommer er i stand til å rekruttere tilstrekkelig personell med fagkompetanse.

I sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell har de ikke erfart store utfordringer relatert til sykepleierrekruttering, men ledelsen anerkjenner at dette kan komme til å endre seg i fremtiden. Til tross for at tjenesteproduksjonen og kvaliteten på denne langt på vei kan betraktes som et øyeblikksbilde, må ressurssikring gjennom rekruttering betraktes i et mer langsiktig perspektiv. I tråd med systemteoriens helhetstenkning vil også sykehjemmenes evne til å vedlikeholde personalressurser samspille med rekruttering, der lav grad av vedlikehold vil kunne medføre vansker med å rekruttere nye ressurser. Likeledes vil lav grad av rekruttering medføre negative konsekvenser for så vel kvalitet som vedlikehold av ressurser.

I sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste sees en stor pågang fra særlig sykepleiere som ønsker å arbeide ved sykehjemmet. I et systemteoretisk perspektiv vil sykehjemmets evne til å tiltrekke seg personell med fagkompetanse, og i særlig grad sykepleiere, være koplet til hvordan andre undersystem i sykehjemmet ivaretas. Rekruttering kan derfor ikke betraktes adskilt fra tjenesteproduksjon og vedlikehold av personell, fordi delene inngår i en helhet. En av fordelene med å betrakte sykehjemmets funksjoner som undersystem er at det er lettere å få fram helhetsbildet i sykehjemmet, fordi man også får en

distanse til den formelle strukturen og det offisielle bildet av sykehjemmet (Skjørshammer, 2004, s. 46).

### 8.2.3 Helhetlig tjenester

I lys av systemteoriens helhetstenkning, der alle delene i et system er gjensidig avhengig av hverandre, vil ensidig oppdeling av arbeidsområder gjennom en klar ansvars- og oppgavedeling kunne medføre tap av det helhetlige tjenestetilbudet som sykehjemmet tilbyr, særlig i lys av samhandlingsreformens intensjon om helhetlige tjenester (Skjørshammer, 2004).

Helhetlig tilnærming til helsetjenester har lenge vært et bærende element i sykepleiefaget. Sykepleiefagets holistiske tilnærming kan sies å på mange måter ha preget teoridannelse og sykepleievitenskapen, og har derfor også medvirket i utformingen av sykehjemstjenesten. I den holistiske sykepleien ligger tanken om at sykepleieren må følge pasient gjennom hele døgnets rytme, gjennom det friske og gjennom det syke, før hun har tilstrekkelig grunnlag for å møte pasienten der han er og gi helhetlig omsorg og pleie. Det kan også betraktes som en av årsakene til at uklar arbeidsdeling der «alle gjør alt» kan sees nærmest som et ideal i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell. I sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell blir dette også trukket fram av informantene som uttrykker at det er vesentlig for kvaliteten på tjenesten at sykepleieren er en del av miljøet, og at sykepleieren også deltar i hotell- og kjerneoppgaver.

Helhet er mer enn summen av delene, og man kan ikke endre noen deler i systemet uten at det også får følger for andre deler (Skjørshammer, 2004). Ved en klar ansvars- og oppgavedeling, der sykepleierne er funksjonelt og strukturelt differensiert fra de øvrige yrkesgruppene, kan helheten stå i fare for å endre eller miste sin betydning. Dersom pasientens behov splittes opp i flere deler, og sykepleierne utelukkende behandler en del av pasienten, men ikke en annen, kan den helhetlige omsorg som ligger til grunn for sykepleiefaget miste sin betydning. En spesialisering av sykepleiernes ansvar og oppgaver i sykehjem, kan derfor ikke sees utelukkende som en organisatorisk endring, men også som en endring av de normer og verdier som preger omsorgsfagets og sykehjemmets egenart. Dette kan gi seg utslag i betydelig uro i systemet, gjerne gjennom mer eller mindre åpen uenighet om endringene. Organisatoriske endringer, i form av endret ansvars- og oppgavefordeling, kan oppleves som en introduksjon av ubalanse i systemet, ofte i vinn-tap samhandling mellom delene, eller som en suboptimalisering av systemet som helhet (Skjørshammer, 2004,



s. 53). Dette kommer også til uttrykk i sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste gjennom helsefagarbeidernes bekymring over at de selv får lite faglig utbytte av arbeidet. I sykehjemmet er det kultur for kunnskapsdeling mellom yrkesgruppene, men det er vanskelig å få til en god kunnskapsdeling når sykepleierne er strukturelt adskilt fra helsefagarbeiderne og assistentene. I lys av systemteoriens helhetstenkning, der alle delene i et system er gjensidig avhengig av hverandre, vil dette kunne medføre tap av det helhetlige tjenestetilbudet som sykehjemmet tilbyr (Skjørshammer, 2004).

## 8.3 Profesjonsteori

### 8.3.1 Sykepleien – en profesjon?

Kunnskap dannes og legitimeres ofte utenfor arbeidsplassens jurisdiksjonsområde.

Sykepleievitenskapen har de siste tiårene etablert seg med krav om å være en egen vitenskap, og gjennom dette ble også sykepleieprofesjonens posisjon i helsesystemet endret.

Helsefagarbeiderne kom inn som en direkte underordnet profesjon til sykepleierne (Erichsen, 1996, s. 31), og ny teknologi og nytt kunnskapsgrunnlag skaper nye oppgaver for profesjonene og for underordnede profesjonene i sykehjemmet. Like fullt er sykepleievitenskapen nært knyttet opp mot tilstøtende profesjoner, og i særlig grad legeprofesjonen. Mange forhold i sykepleietjenesten vil således være uløselig knyttet til det legevitenskapelige kunnskapsgrunnlag, og sykepleien kan med et slikt utgangspunkt ikke alene betraktes som en autonom profesjon. Ifølge Molander og Terum (2008) er det nettopp autonomi og kontroll over så vel arbeidsoppgaver som tjenester, en forutsetning for et yrke kan betraktes som en profesjon.

I sykehjemmene sees en av de største forskjellene mellom yrkesgruppene ved den enkeltes anledning til å benytte profesjonelt skjønn. Den klare forventning om at sykepleierne skal tilse og gjøre vurderinger av dårlige pasienter, pasienter med endringer i helsetilstand eller akutte skader eller sykdomstilfeller, reflekterer i så måte sykepleiernes profesjonelle skjønnsutøvelse. Abbott (1988) beskriver den profesjonelle skjønnsutøvelsen som ett av de konstituerende trekk ved en profesjon. Å vite når man skal benytte faglig skjønn, står derfor sentralt. For lite bruk av skjønn kan føre til at yrkesutførelsen blir rutinemessig, noe som igjen får følger for profesjonens kontroll over et ansvars- og myndighetsområde, eller *jurisdiksjon* (Abbott, 1988, s. 51).

I begge sykehjem blir oppgaver forsøkt inndelt basert på det sykepleiefaglige kunnskapsgrunnlag. Imidlertid danner dette også grunnlag for konflikt mellom

helsefagarbeidere og sykepleiere, idet deres grenseflater støter an mot hverandre og det vanskelig kan trekkes noen absolutt grense mellom sykepleierne og helsefagarbeidernes jurisdiksjon. Et bredt spekter av oppgaver faller inn under sykepleiernes jurisdiksjon, særlig i sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste, og her står også helsefagarbeiderne i et klarere underordnet forhold til sykepleieren. Likefullt er det gråsoner og uklarheter i grensenees randsoner.

Det er på arbeidsplassen at kompleksiteten i det profesjonelle liv blir synlig, gjennom interaksjon og samspill mellom de ulike profesjonene. På arbeidsplassen, i kjernen av det profesjonelle arbeidet, må også forskjellene mellom profesjonene bli anerkjent og det er på arbeidsplassen at den virkelige arbeidsdelingen skjer (Abbott, 1988, s. 65). Til tross for at sykepleie tradisjonelt ikke har blitt anerkjent som en profesjon, er det like fullt elementer som taler for at sykepleien kan betraktes som en profesjon. Særlig har det gjennom akademisk arbeid blitt forsøkt argumentert for sykepleiens vitenskapelige kunnskapsgrunnlag (Erichsen, 1996), samtidig som den mangler den kontroll og autonomi over så vel tjenesten som kunnskapsdannelsen som konstituerer en profesjon (Molander & Terum, 2008). Samtidig kommer sykepleiernes overordnede posisjon til andre yrkesgrupper i sykehjemmet tydelig frem av intervju med informantene i så vel sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell som i sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste. Særlig er det gjennom koplingen til kunnskapsgrunnlaget og deres adgang til å benytte profesjonelt skjønn som betoner argumentasjonen for at sykepleien kan betegnes som en egen profesjon.

Avanserte og spesialiserte oppgaver skiller seg i så måte fra de øvrige arbeidsoppgavene, fordi de kan sies å ha en sterk kopling til et abstrakt kunnskapssystem. Slik det fremkommer i intervju med informantene, er det også sykepleierne som i stor grad har kontroll og overvåker arbeidet som utføres i sykehjemmet. Dette kommer til uttrykk i begge sykehjemmene, og sykepleierne kontrollfunksjon impliserer likeledes deres jurisdiksjon.

Det er interessant å betrakte sykepleien som en profesjon, og likeledes deres jurisdiksjon over pleie og omsorg i sykehjemmet, og deres særlige funksjon i utførelsen av sykepleieroppgaver. Til tross for at det på bakgrunn av definisjoner av en profesjon kan diskuteres hvorvidt sykepleien er en profesjon, er det likevel nyttig å legge til grunn en antakelse om sykepleiens jurisdiksjon i sykehjemmet i den videre drøftingen. Dersom sykepleiernes jurisdiksjon omfatter pleie og omsorg, vil nye og endrede organisasjonsmodeller som har til hensikt å fjerne sykepleierne fra pleiefunksjoner, kunne medføre en åpning i jurisdiksjonsområdet hvor andre yrkesgrupper helt eller delvis kan overta deres jurisdiksjon.

### 8.3.2 Arbeidsplassen – en arena for jurisdiksjon

Jurisdiksjon kan kreves på mange arenaer. Den juridiske arena kan tildele formell kontroll over arbeid, gjerne gjennom autorisasjoner og kvalifikasjonskrav, eller gjennom utdanningssystemet. En annen arena er relatert til det offentlige rom; allmennheten, hvor profesjoner bygger et omdømme som kan presse rettssystemet (Abbott, 1988). Hvordan sykepleierne opplever faglige standarder og tid til å utføre arbeidet i tråd med disse, gjenspeiler likeledes den kvaliteten som kreves i offentlig jurisdiksjon. Sviktende rekruttering av sykepleiere i sykehjem kan sees som et resultat av et svekket omdømme. Det virkelige arbeidet foregår på arbeidsplassen, og krav gjort her kan gjøre offentlig og rettslig etablert jurisdiksjon uklare. I sykehjemmene er ikke grensene mellom yrkesgruppene like klare som de kan fremstå for offentligheten, og oppgaver flyttes mellom yrkesgrupper. Særlig sees dette i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell, hvor det sees uklare profesjonsgrenser og diskrepans mellom sykepleiernes faglige standarder og det virkelige profesjonelle liv. Dersom allmennheten, som representerer arena for offentlig jurisdiksjon, var klar over hvor utstrakt bruken av assistenter er i sykehjemmene, den omfattende oppgaveglidningen, samt hvordan faglærte yrkesgrupper ikke opplever å få benytte sin kompetanse, kan dette medføre dyp mistillit til sykepleiernes hevd over jurisdiksjon (Abbott, 1988).

I sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell opplever informantene ofte å bli overveldet av arbeidsoppgaver, og arbeidsdelingen har i så måte til hensikt å komme i mål med dagens gjøremål. Verdier som samarbeid og fleksibilitet fører til at alle yrkesgruppene strekker seg langt for å nå målet, og det forutsettes at alle tar i et tak når det trengs. Ofte må oppgaver omfordes, og særlig sykepleierne opplever å måtte skyve på oppgaver for å komme i havn med de mer presserende, men dog trivielle, arbeidsoppgaver. Samtidig blir det mindre betydningsfullt nøyaktig hvem som fyller de ulike arbeidsområdene, eller hvilken kompetanse de innehar, så lenge de blir ansett som egnet til å kunne lære seg oppgavene. Dette tydeliggjør hvordan det på en arbeidsplass ikke nødvendigvis er et individs formelle status innen profesjonen som blir bemerket, men snarere det virkelige resultatet fra hans handlinger. Selv underordnede individer kan vise seg dyktigere enn de dårligste overordnede, og dette forstyrrer inntrykket som allmennheten har av profesjonenes «klare» jurisdiksjon (Abbott, 1988, s. 66).

I sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste er samarbeid og fleksibilitet verdier som i stor grad får betydning for arbeidsdelingen mellom helsefagarbeider og assistent. Imidlertid er ikke disse verdiene like styrende for sykepleiergruppen, som i større grad

vektlegger de formelle profesjongrensene. Like fullt pågår det diskusjoner omkring grenseoppganger, særlig dersom arbeidsoppgaver ligger an til å kunne binde opp sykepleierne i én avdeling eller til én pasient. Således kan man avlede at sykepleiernes frie funksjon og uavhengighet til de daglige gjøremål, har en verdi i seg selv. Disse verdiene rokker imidlertid med fastsatte grenser mellom sykepleierne og helsefagarbeidernes jurisdiksjon, og gjør seg utslag i en viss overlapping mellom arbeidsoppgaver.

Verdier som likhet, rettferdighet og egalitet er i større grad styrende i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell. Det er også disse verdiene som legger grunnlag for aksept blant yrkesutøverne, og som sykepleierne opplever styrende for sine prioriteringer.

Helsefagarbeiderne og assistentenes innsikt i sykepleiernes arbeid er begrenset, og ofte blir derfor sykepleiernes arbeidsoppgaver betegnet som mindre viktige enn det praktiske arbeidet. Sykepleierne vil nødig betraktes som unnasluntrere, og kan derfor komme til å nedprioritere det sykepleiefaglige arbeidet til fordel for de mer praktiske, manuelle gjøremålene. Til tross for at profesjoners jurisdiksjoner tilsynelatende kan virke åpenbare og klare for allmennheten, er heller brytninger i interesser og verdier et grunnleggende og formgivende trekk i helsetjenesten (Erichsen, 1996, s. 14).

I sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste blir imidlertid samhandling innad i sykepleiergruppen vektlagt, og det er sykepleierteamets krav og forventninger som ligger til grunn for sykepleiernes prioriteringer. Dette blir forsterket ved at sykepleiertjenesten er organisert funksjonelt forskjellig fra den øvrige driften, men kan også sees som et resultat av at sykepleiernes arbeidsområde også strukturelt er skilt fra de øvrige. Ifølge Abbott (1988) vil en utbredt blanding av yrkesgrupper kunne føre til at profesjongrensene utviskes (Abbott, 1988, s. 66). Ved å betrakte sykepleiertjenesten som så strukturelt og funksjonelt adskilt fra den øvrige sykehjemsdriften at den kan betraktes som en egen arbeidsplass, kan man forklare hvorfor sykepleiernes verdier og profesjongrenser bevares i større utstrekning.

Det store gapet mellom hvordan offentligheten betrakter profesjonene og arbeidsplassens virkeligheter hva gjelder profesjonelt arbeidsliv, har store implikasjoner ikke bare for profesjoners arbeidsliv, men også for offentlig jurisdiksjonsstruktur (Abbott, 1988, s. 67). En vesentlig oppgave for alle profesjoner er derfor å forsone det offentlige og rettslige jurisdiksjonsområdet med arbeidsplassens jurisdiksjonsområde (Abbott, 1988).

### 8.3.3 Jurisdiksjon og profesjongrenser

Koplingene mellom arbeidsplassen, profesjonene og det arbeidet de utfører likner et økosystem. Profesjonene har en forbindelse til de oppgavene de utfører, og det er denne forbindelsen vi kaller jurisdiksjon. Forbindelsene er ikke evig-varende og profesjonenes interaksjon med hverandre reflekterer konkurransen i dette profesjonssystemet (Abbott, 1988).

Etter samhandlingsreformen opplever informantene i begge sykehjem en merkbar endring i kompleksitet og i mengde avanserte oppgaver. Dette kan medføre en betydelig økt arbeidsbyrde for alle yrkesgrupper. Abbott (1988) hevder at hvis arbeidsbyrden i en organisasjon blir stor for de profesjonelle, vil organisasjonen raskt kreve at ufaglærte utfører arbeidet. Grenseoppgangene blir i større eller mindre grad utslettet, særlig i organisasjoner som er overveldet av arbeidsoppgaver. Dette fører igjen til en uformell overføring av kunnskap og etterligning av profesjonelt arbeid, som kan betraktes som en håndverksvariant av yrkesutøvelsen. Underordnede profesjoner og ufaglærte lærer seg arbeidsoppgavene og funksjonene som ligger i profesjonens kunnskapssystem, men mangler imidlertid det teoretiske grunnlaget. Selv om de mangler utdanningen som rettferdiggjør medlemskap i profesjonen, tilegner de seg generelt sett mye av det diagnostiske, behandlende og implikasjonssystemet (Abbott, 1988, s. 65)

I sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell har det gradvis skjedd en overføring av oppgaver og ansvar fra spesialisthelsetjenesten til sykehjemmet, og fra lege til sykepleier. De opplever at flere oppgaver blir standardisert i prosedyrer, slik at sykepleierne i større grad kan fatte beslutninger uten å involvere lege. Parallelt har det skjedd oppgaveglidning fra sykepleier til helsefagarbeider, og særlig i perioder hvor sykehjemmet mangler sykepleiere. En informant uttrykker bekymring omkring oppgaveglidningen, og stiller spørsmål ved om helsefagarbeiderne har tilstrekkelig kunnskap til å anvende data de innhenter, eksempelvis gjennom målinger. Ifølge Abbott (1988, s. 59) er det ikke tilstrekkelig å kunne utføre gjerninger som krever ferdigheter. Mens de overordnede profesjonene tilstreber delegering av rutineoppgaver til underordnede, vil de underordnede tilstrebe etterligning. De underordnede vil ikke alltid betrakte den reelle avstanden i kunnskap og kompetanse slik som de overordnede, og etterligning og oppgaveglidning på arbeidsplassene skjer ofte fordi utfordrerne anser seg selv som like dyktige og kompetente til å utføre jobben (Abbott, 1988, ss. 71-72).

I helsetjenestene sees ofte oppgaveglidning som en respons på nye eller økte krav, eller pressede tider. Oppgaveglidning skjer mer som nødvendig tilpasning til praktiske utfordringer, enn som et bevisst styringsvirkemiddel (Abbott, 1988). I sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell sees oppgaveglidning som en respons på økte krav og oppgaver, og særlig i situasjoner hvor det mangler sykepleier. Sykepleier må ofte ha ansvar for flere avdelinger på sin vakt, og oppgaveglidning fra sykepleier til helsefagarbeider oppleves derfor som en nødvendig løsning i møte med økte oppgaver.

I sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste sees oppgaveglidning derimot ikke som en like tydelig respons på økt arbeidsmengde, men oppgaver delegeres like fullt fra sykepleier til helsefagarbeider når oppgavene blir rutinemessige eller kommer i veien for sykepleiernes formelle, ambulante arbeidsfunksjon. I små organisasjoner vil det være vanskelig å få til en fullstendig differensiering mellom profesjonene. En gjensidig oppgaveglidning vil være nødvendig for en effektiv funksjon, samtidig som det kan komme til å undergrave jurisdiksjongrensene (Abbott, 1988, s. 67). Dermed vil delegering av rutineoppgaver til underordnede kunne komme til å svekke sykepleiernes jurisdiksjon i sykehjemmet, fordi de distanserer seg fra stell, pleie og andre rutineoppgaver.

#### 8.3.4 Maktperspektiver

Arbeidsdelingen i sosiale organisasjoner kan reflektere interne statuskrefter, hvor «urene» arbeidsoppgaver blir gitt til visse medlemmer av profesjonen (Abbott, 1988, s. 125). Felles for begge sykehjemmene i min undersøkelse, er at det finnes oppgaver som gjerne omtales som «rene sykepleieroppgaver», og som ikke under noen omstendigheter delegeres til underordnede grupper. Dette er gjerne de mest avanserte oppgavene som alle er enige om at krever sykepleiernes kunnskap og kompetanse, og som også reflekterer interne statuskrefter. Det er oppgaver som ligner det arbeidet som gjøres i «eliteorganisasjoner» som sykehus og som har en nær kopling til sykepleiernes kunnskapssystem (Abbott, 1988).

#### Statusrangering

Uenigheter om grenseoppganger oppstår i grenseflatene mellom profesjoner som ligger tett opp til hverandre, og som berører hverandres områder. Hughes (1951) skriver i sin artikkel om sykepleiernes arbeid at det er i grenseflatene mellom de ulike oppgaver at deres rolle kan beskrives og avgrenses. Ved stadig teknologisk og medisinsk utvikling vil tilkomsten av nye arbeidsoppgaver være stor, samtidig som de «nye oppgavene» tenderer til å være mer avanserte og prestisjefylte enn de gamle. Grensene mellom arbeidsoppgaver øker i takt med

antall arbeidsoppgaver som skal håndteres, og dette forklarer hvorfor grensene stadig diskuteres (Hughes, 1951).

I sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell blir oppgaver som engang har vært sykepleieroppgaver, overtatt av helsefagarbeidere. Dette er primært oppgaver som flyttes nedover i hierarkiet fordi andre nye oppgaver kommer til. At det er sykepleierne som får eierskap til og myndighet over de nye oppgavene, kan forklares med Hughes prestisjeskala, hvor oppgaver plasseres på en skala ut ifra hvor prestisjefylte de oppleves (Hughes, 1951). Ved tilkomst av nye oppgaver, blir disse lagt til sykepleiernes arbeidsområde, og disse oppgavene vil være mer attraktive og prestisjefylte enn de gamle. De mindre attraktive oppgavene er ofte forbundet med «dirty work» (Hughes, 1951). Dette forklarer også hvorfor enkelte oppgaver omtales som «rene sykepleieroppgaver», og er gjerne oppgaver som det ikke diskuteres hvem som skal utføre.

I sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste blir oppgaveglidning i hovedsak betraktet som en metode for sykepleierne å kvitte seg med de mindre attraktive oppgavene. Hughes prestisjeskala forklarer hvordan endringer og introduksjon av nye behandlingsmetoder som krever utdanning, kunnskap og opplæring, blir lagt til sykepleiernes arbeidsområde og antar en mer prestisjefylt og attraktiv form. Imidlertid vil de «gamle» sykepleieroppgavene betraktes som mindre attraktive, og overlates til underordnede profesjoner (Hughes, 1951). Av dette kan det avledes at teamorganisering kan muliggjøre statusheving for sykepleierne, og hierarkisering av dypstrukturer.

Endringer i randsoner eller grenseoppganger mellom yrkesgrupper vil skje kontinuerlig og er uunngåelige. Oppgaver som ikke lenger regnes som spesialiserte i sykehusene, overføres til primærhelsetjenesten og sykehjemmene, slik Hughes forklarer det i sin artikkel «Studying the Nurse's work» (Hughes, 1951). Nye oppgaver, ny kunnskap og nytt utstyr gjør det mulig for sykehjemmene å tilby tjenester som tidligere bare var mulig å gjennomføre i sykehus. Som også Abbott (1988) forklarer, vil det høyprofesjonelle sykehuset ha behov for å delegere rutineoppgaver nedover i systemet, både for å fremstå like profesjonelt som gjerne allmennheten tror det er, men også for å kvitte seg med oppgaver som ikke krever bruk av profesjonelt skjønn. Dette har videre konsekvenser for sykehjemmet som sosial organisasjon, selv om konsekvensene til dels vil være ulike alt ettersom hvordan sykehjemmene formelt er organisert.

### Profesjonell tilbaketrekning

Intern differensiering slik den i særdeleshet fremstår i sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste, reflekterer det som Abbott (1988) beskriver som profesjonell tilbaketrekning. Dette skjer når sykepleiere trekker seg ofte bort fra arbeidsoppgavene som de engang har krevd jurisdiksjon over, på grunn av intern statusrangering. Dette skjer ettersom det rene profesjonelle arbeidet er det som innad og mellom profesjonene er det som gir høyest status. Dette innebærer imidlertid at de distanserer seg fra frontlinjen, hvor ofte de som er nederst på rangstigen har sitt virke (Abbott, 1988, s. 118). For sykepleierne i begge sykehjem er koplingen til kunnskapssystemet og anvendelsen av denne kunnskapen ofte avgjørende for om de anser oppgaven som en sykepleieroppgave. Oppgaver som etter samhandlingsreformen er overført fra sykehus til sykehjem, reflekterer ofte høy grad av involvering med medisinsk og sykepleiefaglig kunnskap.

Dette sees særlig i sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste hvor helsefagarbeiderne har overtatt ledelse, så vel som stell og pleie av pasientene. Tidligere har dette vært sykepleiernes jurisdiksjonsområde, men med tilkomst av flere avanserte oppgaver har sykepleierne forlatt dette området til fordel for sykepleiefaglig prosedyrer som gir høyere status i profesjonen. Den profesjonelle tilbaketrekningen skaper således en svekkelse i sykepleiernes jurisdiksjon, og skaper en åpning hvor helsefagarbeiderne kan ta over.

### Rutineoppgaver

Den viktigste arbeidsdelingen splitter arbeidsoppgaver opp i rutineoppgaver og ikke-rutineoppgaver. Rutineoppgaver fordeles i så måte til paraprofesjonelle; assistenter eller helsefagarbeidere. Det skjer en degradering av det som har vært det profesjonelle arbeidet, til ikke-profesjonelt arbeid (Abbott, 1988, ss. 125-126).

I sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste har sykepleierne en overordnet funksjon og kan delegere arbeid videre nedover i hierarkiet. Ifølge Abbott (1988, s. 71) må en profesjons jurisdiksjonen stadig forsvares og utvides, og den bør reflekteres og skapes gjennom den offentlige forestillingen om hva profesjonen gjør. Det er også heri vi finner premisser for konflikt omkring arbeidsdeling og ansvarsforhold mellom sykepleiere og helsefagarbeidere (Erichsen, 1996, s. 31). Når oppgaver antar en rutinemessig form, har sykepleierne sjelden innvendinger mot å la helsefagarbeiderne overta oppgavene. Videre fører dette til en diskusjon omkring grenseflatene i helsefagarbeiderne og assistentenes arbeid. I forsøk på å gjenvinne klare grenser mot sine underordnede, vil helsefagarbeiderne



kunne komme til å fokusere på hva som skiller dem fra assistentene, særlig ved å forsøke å beholde kontroll over fagoppgavene. Slik Abbott (1988) forklarer, vil denne underordningen kunne komme til å anta en kompleks form for arbeidsdeling, hvor underordnede grupper vil etterligne sykepleiernes profesjonelle yrkesutførelse. Denne etterligningen vil også kunne skape en svært uklar jurisdiksjon på arbeidsplassen (Abbott, 1988, s. 72).

Dannelsen av underordnede grupper gir dominante profesjoner store fordeler når de selv danner dem. Det muliggjør også delegering av rutinearbeid, som i seg selv er farlig for en profesjon som vil beholde jurisdiksjon (Abbott, 1988, s. 72). I sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell er derfor sannsynligheten stor for at oppgaver som oppfattes som rutineoppgaver, utføres av helsefagarbeider. Hva som betraktes som en rutineoppgave, kan imidlertid variere fra avdeling til avdeling, alt etter hvor hyppig oppgaven blir utført. Dette fører til at oppgaver som i én avdeling utelukkende utføres av sykepleier, like gjerne kan bli utført av helsefagarbeider i en annen. Nye oppgaver betraktes som mer attraktive, og blir, i alle fall i starten, utført av sykepleier (Hughes, 1951).

Degradering av rutineoppgaver kan også observeres i sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste. Et overraskende funn i studien er at en rekke oppgaver som fordrer sykepleierkunnskap, delegeres til helsefagarbeidere. Helsefagarbeiderne foretar blodsuktermålinger, gir insulin til diabetespasienter og får ansvar for oppfølging av trakeotomipasienter. Med første øyekast kan disse oppgavene bli betraktet som en sykepleieroppgave. Hvorfor de ikke blir det, kan man finne forklaring på ved å se på de profesjonelles forhold til rutineoppgaver. Desto mindre klar koplingen er mellom diagnose og behandling, desto større skjønnsmessig vurdering kreves. For problemer som har en klar kopling mellom problem og løsning, vil det profesjonell skjønn kunne tape terreng. Oppgavene kan derfor med letthet overtas av helsefagarbeiderne, som gjennom praktisk erfaring har lært å se den klare koplingen mellom problem og løsningen på problemet (Abbott, 1988).

### 8.3.5 Individualisering av ansvar

Profesjoner forvalter en viss type kunnskap i en kollegial organisasjonsform med politisk legitimitet til å gjennomføre et samfunnsoppdrag. Kollegialiteten baserer seg i så måte på kollegial autoritet, og lenge har det vært det profesjonelle kollegium som har ledet og overvåket det profesjonelle arbeidet i helse- og velferdstjenestene. Den kollegiale

organisasjonsform kjennetegnes således av likhet og samarbeid mellom kollegaer, hvor beslutninger fattes i fellesskap (Svensson & Karlsson, 2008, s. 262).

Til tross for at helsefagarbeiderne har ledelsesansvar i sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste, er tendensen at sykepleierne like fullt står i et overordnet forhold til de øvrige yrkesgruppene. Den kollegiale organisasjonsform kommer tydeligst til uttrykk i sykepleierteamets profesjonelle sammenslutning, hvor også faglige standarder fastsettes, og faglige avgjørelser tas. Profesjonell autoritet skiller seg således fra hierarkisk autoritet, ved at det er dem som innehar overordnet profesjonell kompetanse som fatter beslutninger i faglige spørsmål. Ved hierarkisk autoritet, slik man ser ved organisasjonsstyring, er det den som er satt til å lede og å fatte beslutninger som tar avgjørelser, gjerne uavhengig av faglig kompetanse (Svensson & Karlsson, 2008). I sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste sees spor av organisasjonsstyring gjennom helsefagarbeidernes ledelsesfunksjon. Like fullt observeres en sterk kollegial forvaltet profesjonell autoritet, gjennom sykepleierteamets overordnede faglige funksjon. Dette kan tyde på en hybrid mellom tradisjonell byråkratisk rasjonalitet og en individualistisk og sterkt organisasjonsbasert profesjonalisme, slik individuelt kollektivt ansvar representerer (Svensson & Karlsson, 2008).

Nye styringsformer, som New Public Management (NPM), baserer seg på hierarkisk autoritet, i motsetning til den kollegiale organisasjonsformen. Forut for NPM-styringsideene var det dominante profesjoner som gjerne styrte sykehus og helseinstitusjoner, ut ifra en profesjonell logikk. Etter påvirkning fra NPM, ble det imidlertid økonomer og organisasjonsledere som i større grad styrte helsetjenesten. Den profesjonelle logikk ble dermed erstattet av organisatoriske mål om effektivitet og økonomistyring. Dette markerer overgang fra en profesjonsstyring med kollegial profesjonalisme til en organisasjonsstyring med organisatorisk profesjonalisme. En konsekvens av overgang til individuelt kollektivt ansvar kan være at profesjonelle forventes å gjøre rede for resultatene sine overfor arbeidsorganisasjonene og lederne, mer enn overfor profesjonelle kollegaer (Svensson & Karlsson, 2008, ss. 273-274). Dette kan forklare hvorfor kvalifikasjonskrav gjennom formell utdanning og autorisasjon har blitt mindre viktig, mens organisasjonsstyring har overtatt mer og mer. Gjennom organisasjonsstyring kan sykehjemmets ledelse rekruttere ansatte og oppmuntre til en arbeidsdeling som i større grad baserer seg på egnethet og egenskaper.

Informanter i begge sykehjem hvor ansvars- og oppgavedeling undersøkes, tilkjenner at ansvarsdeling er utfordrende. Flere informanter er usikker på hvem som egentlig har ansvar for oppgavene, og særlig har dette medført et uavgrenset ansvarsområde for sykepleierne i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell. I organisasjoner benyttes gjerne begrepet *accountability* om profesjonelles redegjørende ansvar. Dette innebærer at den profesjonelle må kunne forsvare, redegjøre og begrunne sine handlinger overfor klienter og organisasjoner. Samtidig har organisasjonene ansvar for hvilke krav til kvalifikasjoner de krever av ansatte, og hvordan de blant annet følger opp at kvalifikasjonskrav imøtekommes. De senere års overgang til en mer organisatorisk profesjonalisme i mange helseorganisasjoner, har medført en betydelig forskyvning av ansvar til den enkelte profesjonelle yrkesutøver. De profesjonelle blir derfor ansvarlige ut ifra sin kunnskap, etikk og kvalifikasjoner, og legitimeres gjennom profesjonell kompetanse basert på kollegial forvaltet vitenskapelig kunnskap og utprøvd erfaring (Svensson & Karlsson, 2008, ss. 264-265).

Helselovgivningen fastslår at helsetjenester skal gis på en forsvarlig måte.

Forsvarlighetskravet i Lov om helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999) kan forstås som en juridisk standard som krever at profesjonelle selv bedømmer dens fortolkning (Braut, 2011, s. 142). Slik som også profesjonsteorien lar det være opp til profesjonene selv å bestemme innholdet i jurisdiksjonene, ligger det likeledes til dette forsvarlighetskravet at helseprofesjonene selv kan definere hva som regnes som forsvarlige helsetjenester, basert på de til enhver tid gjeldene profesjonelle standardene. Hva som kan regnes som forsvarlig virksomhet fastsettes gjennom profesjonell praksis, nyere forskning, profesjonelle sammenslutninger og nettverk, og gjennom normative myndighetskrav (Braut, 2011, s. 142). Derfor kan det sies å være et relativt stort fortolkningspotensial når det kommer til å beslutte ansvarsforhold i helsetjenesten. Dette fremkommer med tydelighet gjennom informantenes uttalelser, og gjennom informantenes arbeidsbeskrivelser, som tegner opp en relativt uklar sammenheng mellom oppgaver og ansvar. I sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell har de løst denne uklarheten ved å definere det meste som sykepleiernes ansvar. I så måte opplever også sykepleierne i sykehjemmet å ha et totalansvar for tjenesten. Det kan ha sammenheng med at virksomheter, gjennom kommunehelsesloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) pålegges å tilse at de som yter tjenester også har de kvalifikasjoner som kreves. Det kan derfor være lettere for virksomheter å pålegge kontroll og overvåking av oppgaver og utførelsen av disse, til yrkesgruppene med høyest kvalifikasjoner.

Gjennom dette kapitlet har jeg vist hvordan ansvar og oppgaver fordeles i to ulike organisasjonsmodeller. Ulik grad av spesialisering preger de to modellene, og særlig i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell sees heller en generalisering enn en spesialisering. Arbeidsdelingen blir i hovedsak til gjennom den formelle organisasjonsstruktur som finnes i sykehjemmene, og får konsekvenser for dypstrukturer og profesjonsgrenser. For å møte problemstillingen i denne oppgaven har jeg videre belyst hvordan verdier og ideologier i sykehjemmenes dypstrukturer og organisasjonskultur får betydning for hva som vektlegges når oppgaver og ansvar fordeles mellom yrkesgruppene, og særlig sees ulikheter i vektlegging av formalkompetanse. Mens vektlegging av formalkompetanse fremgår av så vel formelle som uformelle strukturer i sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste, vektlegges imidlertid egnethet og travelhet i større grad når oppgaver fordeles i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell. Videre har problemstillingen som formål å undersøke hvordan ansatte i sykehjemmene oppfatter organisasjonsmodellens betydning for kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering. Ved bruk av et systemteoretisk perspektiv på den gjensidige påvirkningen mellom de ulike undersystem, kan kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering betraktes som parallelle prosesser i sykehjemmet (Skjørshammer, 2004). Sykepleiernes opplevelse av at tidspress kommer i konflikt med sykepleierfagets etablerte normer og verdier, vil over tid kunne svekke så vel sykepleiernes som sykehjemmets omdømme, og dermed rekruttering. Likeledes sees sykehjemmenes evne til å vedlikeholde ressurser som en prosess som påvirker og påvirkes av rekruttering og kvalitet på tjenesten.

Jeg vil i neste kapittel oppsummere hovedfunnene fra studien, samt fremme forslag til videre forskning.

## 9 Konklusjon

Jeg har gjennomført en kvalitativ studie av hvordan ansvar og oppgaver fordeles mellom ulike yrkesgrupper i to ulike sykehjem. Gjennom intervju med ansatte i to sykehjem har jeg innhentet data om de ansattes opplevelser og perspektiv. Funnene er drøftet opp mot tidligere forskning, samt opp mot tre teoretiske perspektiv. Sykehjemmene i studien har svært ulike organisasjonsmodell, og en del av min studie tar i så måte for seg hvordan yrkesgruppene opplever at organiseringen har betydning for kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering, og jeg sammenligner funnene i de to sykehjemmene opp mot hverandre. Jeg vil i dette kapittelet oppsummere hovedtrekkene i min studie om ansvars- og oppgavedeling i sykehjem, og til sist løfte fram områder som denne oppgaven ikke har tatt for seg, men som det med fordel kan forskes mer på.

### 9.1 Oppsummering av hovedtrekk

En hovedutfordring for sykehjemmet som organisasjon ligger i så vel kompleksiteten i tjenestene som i omgivelsene. Sykehjem skal tilby tjenester til en svært diversifisert pasientgruppe, og tjenesten skal dekke alt fra trivielle til svært avanserte behov. En annen utfordring kan likeledes sies å ligge i omsorgsarbeidets karakter, fordi yrkene preges av etablerte normer og organisasjonskulturer hvor egalitet og dugnadsånd nærmest sees som et ideal. Andre studier har også pekt på den kontinuiteten som ser ut til å prege omsorgsarbeidet (Haukelien, Vike, & Bakken, 2009), og denne blir også synlig i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell. Her er det ikke foretatt vesentlige endringer i ansvars- og oppgavedelingen på tross av økte krav og flere avanserte oppgaver. Derimot ser det ut til at endringer etter samhandlingsreformen har forsterket den egalitære kulturen, ført til mer oppgaveglidning og en mer uklar arbeidsdeling. Likevel kan det argumenteres for at kontinuiteten og stabiliteten i ansvars- og oppgavedelingen like mye preges av den formelle organisasjonsstruktur, som av verdier, normer og ideologier i sykehjemmets dypstrukturer. Basert på empiriske funn i denne studien finner jeg at stabile trekk ved omsorgsfaget og i det som kan sies å være dypstrukturer i sykehjemmet, i stor grad er påvirket av organisasjonsmodell. Tendensene tydeliggjøres gjennom sammenligning av de samme yrkesgruppene i to ulike sykehjem, hvor vektleggingen av egalitet, likhet og rettferdig fordeling av oppgaver er svært ulike, til tross for at yrkesgruppene er like. Teamorganiseringens klare ansvars- og oppgavedeling følger dels av at sykepleiertjenesten er funksjonelt og strukturelt differensiert fra de øvrige yrkesgruppene, og dels fordi formalkompetanse tillegges større vekt enn i sykehjem med tradisjonell organisasjonsmodell.

Den formelle organisering av sykehjemmene har altså effekter som vises igjen i sykehjemmenes dypstrukturer og på grenseopp ganger mellom profesjonene. Endringer i ansvars- og oppgavedeling må trenge gjennom lukkede grenser i sykehjemmets dypstrukturer, og er derfor vanskelig å gjennomføre. At det i liten grad sees endringer på tross av reformer, økt ansvar og flere avanserte oppgaver kan dermed betraktes mer som et resultat av lukkede grenser hva gjelder kultur og verdier, enn som et kontinuerlig trekk ved omsorgsarbeidet (Skjørshammer, 2004).

Videre finner jeg at kollegafelleskapet spiller en særlig rolle i ansvars- og oppgavedelingen, og det er i kollegafelleskapet at maktutøvelse, kultur og verdier blir synlig (Skjørshammer, 2004). Den egalitære struktur i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell, vektlegges i særlig grad av helsefagarbeiderne, som også er den yrkesgruppen som utgjør flest årsverk i sykehjemmet. Sykepleierne er således sjelden en del av et sykepleierfelleskap, og oppfatter derfor helsefagarbeiderne og assistentene som sine kollegaer. De sosiale relasjonene i dette kollegafelleskapet påvirker sykepleierne til å handle på tvers av egne og faglige normer og standarder, særlig fordi makt og kontroll i sosiale organisasjoner bare delvis skjer gjennom formelle strukturer, og heller gjennom aktører med innflytelse og posisjon i kollegiet (Skjørshammer, 2004). På samme måte, men med motsatt utfall, er det i det profesjonelle kollegafelleskapet at sykepleierne i sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste opplever at maktutøvelse skjer. Her konsolideres sykepleiernes felles forståelse, normer og standarder, og sykepleierne opplever derfor ikke sosialt press om å delta i trivielle arbeidsoppgaver. Kollegafelleskapet kan i så måte sies å være en kilde til makt.

Mens endringer etter samhandlingsreformen har bidratt til den spesialiseringen av sykepleieroppgaver og ansvar som finnes i sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste, har de samme endringene medført en ytterligere av-spesialisering og generalisering i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell. Dette sees gjennom at helsefagarbeidere så vel som assistenter har fått utvidet kompetanse til å utføre flere avanserte oppgaver. Kompetansehevingen skjer i hovedsak gjennom kurs, opplæring og delegasjon, og en slik uformell overlevering av kunnskap kan åpne for at oppgaver utføres av mindre kompetente yrkesgrupper, og at sykepleierne dermed mister jurisdiksjon over arbeidsområder (Abbott, 1988). På samme måte kan teamorganiseringen tilrettelegge for profesjonell tilbaketrekning, ved at sykepleierne trekker seg tilbake fra frontlinjen hvor kjernearbeidet foregår. Sykepleierne opplever en statusheving, samtidig som det skjer en

hierarkisering også i sykehjemmets dypstrukturer. Stell, pleie og den daglige oppfølgingen av pasientene blir overlatt til helsefagarbeidere, og dette åpner for at sykepleierne kan miste jurisdiksjon over dette området.

Det observeres betydelige forskjeller i sykepleiernes opplevelse av kvalitet i de to sykehjemmene. I sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell opplever sykepleierne at travelhet og tidspress, samt en uklar ansvars- og oppgavedeling, kommer i konflikt med hva de selv oppfatter som kvalitativt gode tjenester. Dette begrunnes med at de stadig må skyve på sykepleieroppgaver, og derfor ikke får tid til å utføre de faglige vurderingene som kreves. I stedet er det forventet at de deltar i praktiske gjøremål, da disse blir oppfattet å ha høyere verdi for helsefagarbeidere enn kartlegging, vurdering og dokumentasjon. Der travelhet og tidspress ser ut til å påvirke sykepleiernes opplevelse av kvaliteten negativt i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell, blir derimot kvaliteten på tjenestene i sykehjem med teamorganisert sykepleiertjeneste beskrevet som å være i tråd med faglige standarder. Sykepleierne opplever å ha tid til å utføre faglige vurderinger, kartlegginger og å følge opp sykepleieroppgavene. En rimelig tolkning er derfor at spesialisering gjennom formaliserings- og profesjonaliseringsprosesser er en hovedårsak til sykepleiernes opplevelse av tilstrekkelig tid til å utføre sykepleieroppgaver i tråd med faglige standarder.

Informantene i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell opplever at deres kompetanse ikke benyttes til fulle, og at dette gjenspeiler en dårlig ressursutnyttelse. I lys av de demografiske utfordringer helsetjenesten i Norge står overfor, må det kunne betraktes som paradoksalt, all den tid framskrivinger viser en økende sykepleiermangel (Statistisk sentralbyrå, 2019). I sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste opplever sykepleierne at de får rendyrke faget sitt. De får faglig utvikling, og opplever at deres kompetanse nyttes til fulle. God ressursutnyttelse, høy trivsel og mindre belastning på sykepleierne oppgir informantene som hovedårsak til fravær av turn-over blant sykepleierne, samt stor pågang av søkere til ledige stillinger. Av dette kan det avledes at teamorganiseringen i større grad enn den tradisjonelle organisasjonsmodellen tilrettelegger for god ressursutnyttelse, særlig gjennom at det kan benyttes færre sykepleiere i sykehjemmet.

Jeg finner i min studie at kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering ikke kan betraktes som uavhengige prosesser, men må sees i nær sammenheng med hverandre (Skjørshammer, 2004). Slik også systemteoretiske perspektiv utlegger, vil en kvalitet på tjenesten som ikke

samsvarer med faglige standarder komme til å redusere omdømmet, statusen og rekrutteringen til yrkene. Likeledes vil sykehjemets evne til å bevare de ressursene de har, kunne svekkes fordi yrkesgruppene ikke opplever å få benyttet sin kompetanse. Sykehjem med tradisjonell organisasjonsmodell kan derfor komme til å oppleve vansker med rekruttering av særlig sykepleiere i årene som kommer. Samtidig sees en betydelig forskjell i helsefagarbeidernes opplevelse av å få benyttet sin kompetanse og få faglig utvikling i de to organisasjonsmodellene. En utfordring for teamorganiseringen er således å forene sykepleiernes spesialiserte funksjon, samtidig som helsefagarbeiderne også opplever å få benytte sin kompetanse. Gjennom økt individualisering av ansvar har imidlertid helsefagarbeiderne fått utvidet ansvar for den daglige driften og oppfølgingen av sykehjemsavdelingene, og ledelsesmulighetene sees som en motivasjonsfaktor.

Et funn i denne studien er at uklar oppgavedeling er et gjennomgående trekk i sykehjemmet med tradisjonell organisasjonsmodell. Likeledes observeres en uklar ansvarsdeling i sykehjemmet, noe som kan betraktes som en følge av uklar oppgavedeling. Sykepleierne opplever å ha totalansvar for tjenesten, delvis fordi de deltar i alle gjøremål og delvis fordi organisasjonsmodellen ikke avgrenser ansvarsområdet. Samtidig kan den profesjonsnøytrale helselovgivningen bidra til ytterligere å forsterke uklar ansvarsdeling, fordi det påhviler profesjonene selv å definere forsvarlige tjenester (Braut, 2011), og fordi det er lettere for organisasjonen å gi ansvaret til sykepleierne som tross alt er yrkesgruppen med høyest formalkompetanse. Selv om formalkompetanse ikke ser ut til å vektlegges vesentlig betydning i fordeling av oppgaver, tillegges formalkompetanse stor betydning i fordeling av ansvar.

En utfordring ved ensidig inndeling av arbeids- og ansvarsområder ligger i å bevare helheten (Skjørshammer, 2004). Ved å foreta en strukturell og funksjonell differensiering mellom yrkesgruppene i sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjenesten, ligger utfordringen for sykehjemmet i å bevare helheten. Heri ligger så vel oppdeling av arbeidsområder som oppdeling av behov hos pasienten. «Silotenking» og sektorforsvar sees i så måte i sykehjemmet med teamorganisert sykepleiertjeneste, hvor samarbeid på tvers av yrkesgruppene vektlegges mindre betydning enn innad i yrkesgruppene. Likeledes kommer det tydelig frem at sykepleierne prioriterer egne oppgaver, til tross for at basale behov hos pasienten kan være udekket. På samme måte som dette påvirker helheten i tjenestene som tilbys, kan den helhetlige sykepleien svekkes gjennom at pasientens behov splittes opp i flere deler. Pasienten må forholde seg til flere behandlere, og sykepleierne kan komme til å



fokusere på enkelte trekk ved pasientens problemer heller enn hans helhetssituasjon og ressurser.

Jeg har i det foregående pekt på hovedfunn og tendenser i min studie. Av hensyn til oppgavens begrensning og fokus, vil det være hull i denne forskningen, som det kan være nyttig å forske videre på. Jeg vil nå gå over til å gi mine betraktninger og forslag til videre forskning.

## 9.2 Videre forskning

Tidligere studier har indikert at uklar ansvars- og oppgavedeling har sammenheng med verdier, normer og ideologier som preger organisasjonskulturen i sykehjem, og som litteraturen omtaler som dypstrukturer. Min studie finner at uklar ansvars- og oppgavedeling også har sammenheng med de formelle organisasjonsstrukturer, og følgelig hvordan tjenestene er organisert. Dette gjenspeiles blant annet i kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering.

Denne studien har undersøkt yrkesgruppenes subjektive opplevelser, og tilstrekkelig tid til å utføre arbeidet har blitt benyttet som en indikator på kvalitet. I den videre forskning vil det være nyttig å foreta undersøkelser med bruk av andre indikatorer på kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering. Det ville også vært nyttig å utføre studier av sykehjem som har hatt teamorganisert sykepleiertjeneste i lengre tid enn sykehjemmet i denne studien, særlig for å se hvilke effekter organisasjonsmodellen har i et mer langsiktig perspektiv.

Likeledes vil det være nyttig å forske videre på om nyutdannede sykepleiere ønsker å arbeide innen eldreomsorg dersom tjenestene var organisert annerledes. Det bør foretas ytterligere forskning omkring teamorganiseringens effekt på yrkesstatus for sykepleierne og dens arbeidsbelastning, og om denne i større grad tilrettelegger for å gjøre arbeid innen eldreomsorg mer attraktiv for nyutdannede sykepleiere enn den tradisjonelle organisasjonsmodellen.

På grunn av denne studiens begrensning og omfang, har jeg ikke undersøkt hvilke økonomiske konsekvenser de ulike organisasjonsmodellene har for sykehjemmene. Selv om sykehjemmene i studien har like mange årsverk, har jeg ikke sett på fordelingen i antall årsverk hva gjelder administrasjon og pleie. Det ville derfor vært interessant å sett på om teamorganiseringen, og derav bruk av færre sykepleierårsverk, gir lavere driftskostnader slik at en høyere grunnbemanning kan tillates innenfor samme økonomisk rammer, sammenlignet med tradisjonell organisasjonsmodell.

Videre kan det tenkes at teamorganiseringen fordrer at sykehjemmet har en viss størrelse hva gjelder antall sykehjems plasser. Organiseringen legger opp til at sykepleierne inngår i et team, noe som impliserer et visst antall sykepleiere. I små sykehjem vil det kunne tenkes at organisasjonsmodellen blir svært kostbar, dersom to til tre sykepleiere til enhver tid skal gå på toppen av all bemanning. Det vil derfor være nyttig å foreta videre undersøkelser om effekten av teamorganisering i mindre sykehjem.

Ytterligere studier av hva ulike organisasjonsmodeller gjør med sykepleiernes jurisdiksjon over pleie- og omsorgsområdet, ville vært nyttig. I tråd med funn i denne studien sees trekk som kan føre til svekkelse i jurisdiksjon både i tradisjonell organisasjonsmodell og i teamorganisert sykepleiertjeneste. En endring i sykehjemmenes organisering, hvor sykepleierne distanserer seg fra pleie- og omsorgsområdet kan tenkes å føre til tap av deres jurisdiksjonsområde. Det vil være interessant å se på hvilke konsekvenser dette får for sykepleien som profesjon, særlig i lys av den teori- og kunnskapsdannelse som i stor grad har hatt fokus på sykepleiens kontroll over pleie og omsorg.

Til sist vil jeg peke på behovet for forskning på hvilke effekter endringer i oppgavedeling har for ansvarsforhold. Jeg finner i min studie at forhold omkring ansvar er utfordrende, og at det er stor usikkerhet om hvorvidt ansvar overføres når oppgaver flyttes mellom yrkesgrupper. Begreper som delegering benyttes for å indikere en mer formell overlevering av oppgaver, og i noen tilfeller medfølger det en overføring av ansvar, slik som i håndtering av legemidler. Det vil derfor være nyttig å se nærmere på ansvarsdeling blant yrkesgrupper i sykehjem.

\*

Det er med andre ord betydelig forskning som gjenstår for å undersøke sentrale sider ved organisering i sykehjem. Jeg håper imidlertid at leserne opplever mitt arbeid som et verdifullt bidrag, og at det har medvirket til å fylle tomrom i forskningen omkring organisering, ansvars- og oppgavedeling i sykehjem.

## Litteraturliste

- Abbott, A. D. (1988). *The system of professions*. Chicago: The University of Chicago.
- Alvsvåg, H. (2013). Hva er det nye i Samhandlingsreformen, og hvilke konsekvenser kan den få for helse- og omsorgstjenesten? I H. Alvsvåg, Å. Bergland, & O. Førland, *Nødvendige omveier* (ss. 347-365). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health - a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*, ss. 75-88.
- Bing-Jonsson, P. C., Foss, C., & Bjørk, I. (2016). The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research*, ss. 27-37.
- Bing-Jonsson, P. C., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk, I., & Foss, C. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nursing*, ss. 1-11.
- Braut, G. S. (2011). The requirement to practice in accordance with sound professional standards. I O. Molven, & J. Ferkis, *Healthcare, Welfare and Law* (ss. 139-149). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Bukve, O. (2016). *Forstå, forklare, forandre*. Oslo : Universitetsforlaget.
- Departementet for familie- og forbrukersaker. (1968). *St.meld. nr. 59 (1967-68) Om hjelpeordninger for hjemmene*. Hentet fra [https://stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1967-68&paid=3&wid=b&psid=DIVL1567&pgid=b\\_1491&s=True](https://stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1967-68&paid=3&wid=b&psid=DIVL1567&pgid=b_1491&s=True)
- Edwards, A. (2010). *Being an expert professional practitioner*. Dordrecht: Springer.
- Erichsen, V. (1996). *Profesjonsmakt*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Eriksen, E. O., & Molander, A. (2008). Profesjoner, rett og politikk. I A. Molander, & L. Terum, *Profesjonsstudier* (ss. 161-176). Oslo: Universitetsforlaget.
- Greve, C. (2012). *Reformanalyse*. København: Jurist- og økonomforbundets forlag.
- Haukelien, H., Vike, H., & Bakken, R. (2009). *Kompetanse og faglig infrastruktur i helse- og omsorgstjenestene. Evaluering av prosjektet Etter- og videreutdanning i kommunehelsetjenesten (EVUK)*. Bø i Telemark: Telemarksforskning.
- Heiret, J., & Ludvigsen, K. (2012). På sporet av en historisk-sosiologisk helseprofesjonsforskning. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, ss. 455-473.
- Helgesen, M. K., & Hanssen, G. (2014). Kommunalt handlingsrom etter Samhandlingsreformen. *Tidsskrift for velferdsforskning*, ss. 41-53.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1988). *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Veileder Sykehjemmenes rolle og funksjon i fremtidens pleie- og omsorgstjenester*. Hentet fra [Regjeringen.no](http://Regjeringen.no):

<https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/Regjeringen-Bondevik-l/andre-dokumenter/hod/1999/i-0971-b/id87485/>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006, september 22). *St.meld. nr. 25 (2005-2006), Mestring, muligheter og mening*. Hentet fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011, juni 24). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Proposisjon til Stortinget (Prop. 91L) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-91-l-20102011/id638731/sec1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Samhandlingsreformen nasjonal veileder*. Hentet fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonalt-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2002). *St.prp. nr. 1 (2002-2003)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-1-2002-2003-/id295608/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen - rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Hughes, E. C. (1951, Mai). Studying the Nurse`s Work. *The American Journal of Nursing*, ss. 294-295.
- Ingstad, K. (2010). Arbeidsforhold i norsk sykehjem - idealer og realiteter. *Vård i Norden*, ss. 14-17.
- Jacobsen, D. I. (2004). Hvorfor er samarbeid så vanskelig? I P. Repstad, *Dugnadsånd og forsvarsverker*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jacobsen, F. F. (2010). Omsorgens kroppslige og arkitektoniske vilkår: et fokus på kontinuitet fremfor endring i omsorgsarbeid i norske sykehjem. *Michael Journal*, ss. 198-217.
- Johannessen, L. E. (2018). Flertydighet og fleksibilitet. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, ss. 242-258.
- Kvaal, B. (2015). Når er det nok ressurser i pleiesektoren? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, ss. 9-11.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ludvigsen, K., & Danielsen, H. (2014). *Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester?* Bergen: Uni Research Rokkansenteret.
- Malterud, K., Aamland, A., & Fosse, A. (2020). How can task shifting put patient safety at risk? *Scandinavian journal of primary health care*, ss. 24-32.
- Molander, A., & Terum, L. (2008). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

- omsorgsdepartementet, H. o. (2006, september 22). *St.meld. nr. 25, (2005-2006) Mestring, muligheter og mening*. Hentet fra Regjeringen.no:  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/>
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2011). *Public Management Reform*. New York: Oxford University Press.
- Rasmussen, B., & Kjevik-Wyherley, I. (2019). Eldreomsorgens bemanningskrise. *Tidsskrift for velferdsforskning*, ss. 313-324.
- Røiseland, A., & Vabo, S. I. (2016). *Styring og samstyring - governance på norsk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Seip, A.-L. (1994). *Veiene til velferdsstaten*. Oslo / Gjøvik: Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Skjørshammer, M. (2004). *Bedre planlegging i helsesektoren*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Statistisk sentralbyrå. (2019, mai 9.). [www.ssb.no](http://www.ssb.no). Hentet fra [https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/385822?\\_ts=16c855ce368](https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/385822?_ts=16c855ce368)
- Svensson, L. G., & Karlsson, A. (2008). Profesjoner, kontroll og ansvar. I A. Molander, & L. Terum, *Profesjonsstudier* (ss. 261-275). Oslo: Universitetsforlaget.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tingvold, L., & Magnussen, S. (2018). Økt spesialisering og differensiering i sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, ss. 153-164.
- Ziemann, B. (2007). *The Theory of Functional Differentiation and the History of Modern Society. Reflections on the Reception of Systems Theory in Recent Historiography*. Hentet fra <http://eprints.whiterose.ac.uk/10966/>

## Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

### **Vil du delta i forskningsprosjektet**

*«På hvilken måte påvirkes ansvars- og oppgavefordeling av sykehjemets organisasjonsmodell, og hvilken betydning har dette for forhold knyttet til kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering?»*

**Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se nærmere på hvordan ulike organisasjonsmodeller i sykehjem påvirker ansvars- og oppgavefordeling mellom sykepleier, helsefagarbeider og ufaglærte assistenter.**

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål:**

Jeg er student ved Høgskulen på Vestlandet og tar nå masterstudie i ledelse- og organisasjon med spesialisering i helse- og velferdsledelse. I forbindelse med min masteroppgave vil jeg se nærmere på hvordan ansvar- og oppgavefordeling kan påvirke forhold knyttet til kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering i sykehjem. Jeg kommer til å undersøke to ulike organisasjonsmodeller som på ulikt vis organiserer sykepleiertjenesten i sykehjem, og sammenligne modellenes betydning for ansvar- og oppgavefordeling.

#### **Bakgrunn:**

Tradisjonelt er sykehjem organisert slik at sykepleiere i stor grad deltar i de fleste gjøremål i sykehjemmet. Sammen med andre yrkesgrupper deltar sykepleiere i dagligdagse gjøremål som kjøkkenarbeid, stell og skylleromarbeid, og deres ansvar og arbeidsoppgaver er i liten grad spesialisert.

De senere år har Bergen kommune i større grad lagt opp til en organisering hvor sykepleierne inngår i en team-organisering, der sykepleierne i større grad har spesialiserte arbeidsoppgaver.

Det er disse to organisasjonsmodellene jeg ønsker å undersøke i mitt prosjekt.

Jeg er utdannet sykepleier og har over 20 års arbeidserfaring fra sykehjem. De siste 6 år har jeg arbeidet som leder i sykehjem, og er i nåværende stilling enhetsleder /institusjonsleder ved et privat, ideelt sykehjem i Bergen. Jeg har gjennom mitt masterstudie fått særlig interesse for hvordan sykepleiertjenesten er organisert i sykehjem, all tid sykepleiermangel er et definert problemområdet i offentlige dokumenter og utredninger. Jeg identifiserer at organisering av sykehjemstjenesten er lite endret i løpet av de siste 20 årene, til tross for at helsesektoren og samfunnet for øvrig har gjennomgått store organisatoriske endringer. Mitt ønske med prosjektet er å forstå og, om mulig forklare, hvordan sykepleier, helsefagarbeidere og ledere opplever at forhold knyttet til kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering påvirkes av organisasjonsmodell.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Høgskolen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet og førsteamanuensis Olina Kollbotn er prosjektansvarlig.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Utvalget i studien er helsepersonell som har minimum 10 års arbeidserfaring fra sykehjemstjenesten. Av helsepersonell har jeg valgt å intervju sykepleiere og helsefagarbeidere og ledere for sykehjem. Det er til sammen 10 personer som blir intervjuet til studien.

Jeg får tilgang til intervjupersoner gjennom henvendelse til institusjonsledere ved to sykehjem. Det er institusjonsleder som formidler forespørsel videre til helsepersonell som omfattes av inkluderingskriteriene.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Det blir satt av cirka 45 minutter til en samtale, et intervju, med åpne spørsmål som omhandler dine erfaringer, meninger og tanker rundt arbeidsoppgaver, ansvar, og fordeling av arbeidsoppgaver i sykehjem. Jeg møter gjerne på din arbeidsplass, og er åpen for å finne tidspunkt som passer for deg.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. 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 min veileder, Reidar Øygard og meg selv som har tilgang til materialet, i tillegg til prosjektansvarlig ved HVL Olina Kollbotn. I prosjektet er det system for å ivareta og behandle personopplysninger konfidensielt. I prosjektet vil intervjupersonene bli anonymisert. Ditt navn vil jeg erstatte med en kode som lagres på en liste adskilt fra øvrige data.
- Dersom det er greit for deg som deltar, ønsker jeg å benytte meg av lydopptaker i intervjuet. Lydopptaker hjelper meg å få frem svarene i etterkant av intervjuet. Opplysninger fra lydopptaker og notat blir oppbevart konfidensielt. Lydfiler blir oppbevart i samsvar med personvernregelverket. Når data fra lydopptaker er transkribert, blir alt innhold slettet og makulert umiddelbart etterpå. Jeg vil i studien skille mellom svar fra ulike organisasjonsmodeller og yrkesgrupper, men ikke oppgi navn eller arbeidssted
- Høgskulen på Vestlandet benytter ekstern veileder til studentveiledning. Ekstern veileder ved dette prosjektet er Reidar Øygard (UiB).

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er juni 2021. Alt materiell vil bli slettet etter endt prosjekt.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og

- å sende klage til 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 Høgskolen på Vestlandet 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:

- Høgskolen på Vestlandet ved Olina Kollbotn, [olina.kollbotn@hvl.no](mailto:olina.kollbotn@hvl.no), tlf. 936 41 256 / 57676138. Ekstern veileder: Reidar Øygard, [reidar.oygard@uib.no](mailto:reidar.oygard@uib.no), tlf. 920 38 940

Personvernombud ved HVL:

- Trine Anikken Larsen  
Tlf: 5558 7682 / 913 65 920, E-post: [Trine.Anikken.Larsen@hvl.no](mailto:Trine.Anikken.Larsen@hvl.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

*Olina Kollbotn*  
(Forsker/veileder)

*Karianne F. Magnussen*  
(Student)

---

### **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Ansvars- og oppgavefordeling i sykehjem*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



## Vedlegg 2: NSD sin vurdering

### **Prosjekttittel**

Masteroppgave organisasjon og ledelse, helse og velferd

### **Referansenummer**

724914

### **Registrert**

02.09.2020 av Karianne Fedøy Magnussen - 573376@stud.hvl.no

### **Behandlingsansvarlig institusjon**

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap / Institutt for samfunnsvitenskap

### **Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Olina Kollbotn, olina.kollbotn@hvl.no, tlf: 93641256

### **Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

### **Kontaktinformasjon, student**

Karianne Fedøy Magnussen, kma@mash.no, tlf: 98239279

### **Prosjektperiode**

01.10.2020 - 30.06.2021

### **Status**

20.01.2021 - Vurdert

### **Vurdering (2)**

#### **20.01.2021 - Vurdert**

NSD har vurdert endringen registrert 19.01.2021. 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 med vedlegg den 20.01.2021. Behandlingen kan fortsette. Prosjektansvarlig har blitt endret slik at prosjektet nå er forankret ved HVL. Informasjonsskriv er også oppdatert. **OPPFØLGING AV PROSJEKTET** NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Tore Andre Kjetland Fjeldsbø Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## 16.09.2020 - Vurdert

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 med vedlegg den 16.09.2020, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. **DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG** Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet. **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: [https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://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 30.06.2021. **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). 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). 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 ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Tore Andre Kjetland Fjeldsbø Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast

## Vedlegg 3: Intervjuguide

Dette er en kvalitativ undersøkelse om ansvars- og oppgavefordeling i sykehjem, og ulike organisasjonsmodellens betydning for hvordan ansvar og oppgaver fordeles mellom ulike yrkesgrupper i sykehjem. Undersøkelsen tar sikte på å sammenligne hvordan yrkesgrupper i to ulike sykehjem med ulik organisering av sykepleiertjenesten opplever forhold knyttet til kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering.

Studien tar utgangspunkt i hvordan sykepleiere, helsefagarbeidere og ledere i sykehjem opplever ansvar- og oppgavefordeling. Jeg ønsker å se på hvordan ansvar- og oppgavefordelingen påvirker sykepleiernes tid til å utføre sykepleieroppgaver, opplevelse av samsvar mellom arbeidsoppgaver og kompetanse, og rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere i sykehjem. Oppgaven søker å forstå, og om mulig, forklare hvordan to ulike organisasjonsmodeller kan gi likheter eller forskjeller knyttet til kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering i sykehjem.

Jeg vil benytte semi-strukturerte intervju til å samle inn data til oppgaven.

Jeg vil innledningsvis presenterer tema for oppgaven før oppstart av intervjuet. Jeg har bygget opp intervjuet ved å sette tema og hovedspørsmål. Hovedspørsmålene er i intervjuguiden uthevet med fet skrifttype. For min egen oversikt har jeg valgt ut hjelpespørsmål som gjerne er mer konkrete enn hovedspørsmålene. Jeg har laget tre ulike intervjuguider, en for hver av yrkesgruppene jeg intervjuer. Dette er fordi noen spørsmål særlig er rettet mot den enkelte yrkesgruppe. Avslutningsvis åpner jeg opp for supplerende kommentarer utenom spørsmålene.

## **Innledende:**

- **Hvilken utdanning har du?**
- **Hvilken stilling har du ved sykehjemmet?**
- **Hvor lenge har du arbeidet her?**
- **Hvilken modell for organisering av sykepleiertjenesten har sykehjemmet?**

## **Spørsmål til ledere:**

### **Ansvars- og oppgavedeling (arbeidsdeling)**

#### *Oppgaver*

- **Gi en beskrivelse av arbeidsoppgavene til sykepleier og helsefagarbeider.**
  - Vil du beskrive arbeidsoppgavene til sykepleier /helsefagarbeider som tydelig definerte?
  - Kan du utdype hvorfor de er tydelige/utydelige?

#### *Ansvar*

- **Gi en beskrivelse av hvilke ansvarsområder som ligger til sykepleiere / helsefagarbeidere.**
  - Vil du beskrive ansvaret som tydelig formulert?
  - Kan du utdype hvorfor det er utydelig /tydelig?
- **Finnes det stillingsbeskrivelser /arbeidsbeskrivelser som beskriver hvilke ansvar og arbeidsoppgaver som ligger til de ulike yrkesgruppene?**
  - Hvis ja; hvor detaljerte er disse?
  - Fremkommer det tydelig av formelle dokument hvordan ansvar og oppgaver skal fordeles mellom yrkesgrupper?
  - Finnes det uformelle strukturer i sykehjemmet som styrer ansvar- og oppgavefordeling? (for eksempel profesjonsetikk, tradisjon, kultur, maktstrukturer/hierarki)
- **Er det sykepleiefaglige ansvaret tydelig plassert hos en eller flere sykepleiere hver vakt?**
  - Vet alle ansatte til enhver tid hvem som har det sykepleiefaglige ansvaret?
  - Kan du beskrive hva som ligger i å ha det sykepleiefaglige ansvaret?

#### *Arbeidsdeling*

- **Har det, så vidt du er kjent med, oppstått hendelser eller situasjoner der arbeidsoppgaver har blitt glemt /unnlatt å gjøre fordi en ansatt trodde en annen ansatt hadde gjorde dem?** Utdyp
- **Har det, så vidt du er kjent med, oppstått hendelser eller situasjoner der arbeidsoppgaver har blitt gjort dobbelt opp, fordi en ansatt ikke trodde noen andre hadde gjort dem?** Utdyp

#### *Oppgaveglidning*

*Innenfor dette fagfeltet snakker vi om et begrep som heter oppgaveglidning. Oppgaveglidning i denne sammenheng handler om at oppgaver som tidligere ble ansett å kreve spesialisert*

*utdanning eller en formell kompetanse, men som nå utføres av andre uten den utdanningen/formelle kompetansen.*

- **Kan du gi eksempler på at slik oppgaveglidning har skjedd i sykehjemmet?**
  - Kan du gi eksempler på oppgaver som tidligere bare ble utført av sykepleiere som helsefagarbeidere eller ufaglært nå utfører?
    - Er det intendert (ledelsesbestemt?) eller tilfeldig (for eksempel på grunn av tidspress/nødvendig for at det skal gå rundt?)?
    - Har helsefagarbeider /ufaglært fått opplæring i de nye arbeidsoppgavene? Har sykehjemledelsen gjennomført kompetansehevende tiltak slik at de kan utføre oppgaver som tidligere ble utført av sykepleiere?
  - Kan du gi eksempler på oppgaver som tidligere ble utført av ufaglært eller helsefagarbeider, som sykepleierne nå tar del i?
    - Er det intendert (ledelsesbestemt?) eller tilfeldig (for eksempel på grunn av tidspress/nødvendig for at det skal gå rundt?)?
  - Hva syns du er fordelen med en oppgaveglidning?
  - Hva syns du er ulempen med en oppgaveglidning?
  - Opplever du at det er et tydelig skille mellom hvilke oppgaver som skal utføres av sykepleier og hvilke oppgaver som skal utføres av andre?
- **Opplever du at det er aksept i sykehjemmet for at sykepleier bruker det meste av sin vakt til rene sykepleieroppgaver** (*utdyp at med «rene sykepleieroppgaver» menes oppgaver som andre yrkesgrupper ikke kan utføre pga manglende kompetanse/ferdigheter*)
  - Synes du det er akseptabelt at en sykepleier bruker det meste av sin vakt til rene sykepleieroppgaver dersom vakten er travel og det er mange som trenger hjelp til elementære behov?
  - Opplever du at det er en forventning i sykehjemmet at sykepleier deltar i forefallende arbeid (for eksempel skylleromarbeid, klesvask, kjøkkenarbeid) og stell på lik linje med andre? «alle gjør alt», dugnad?
- Hvor mange sykepleierstillinger (i årsverk) har sykehjemmet (fordelt på pasienter)?
  - Kan du beskrive hvilken rolle antall sykepleierårsverk kan spille i forhold til hvilke oppgaver som utføres av sykepleier.

#### **Kvalitet:**

- **Får du som leder tilbakemeldinger fra sykepleierne om at de opplever å ikke ha nok tid til å utføre sykepleieroppgaver?** (sykepleieroppgaver defineres her som oppgaver som ikke andre yrkesgrupper har tilstrekkelig kompetanse eller ferdigheter til å utføre. Det kan være observasjoner, prosedyrer, vurderinger etc.)
  - Beskriv oppgaver som i så fall angis å konkurrere med sykepleieroppgaver?
  - Beskriv hvordan sykehjemledelsen har tilrettelagt for at sykepleierne skal få tid til sykepleieroppgaver? (organisatorisk)
    - Beskriv hvilke måte(r) tidspress kan komme i konflikt med sykehjemmets normer for kvalitet i pleie og omsorg

- Er du kjent med at det har oppstått skader eller uheldige hendelser som er forårsaket av at sykepleier ikke har hatt tid til å utføre arbeidet i tråd med yrkesetiske normer?

### **Ressursutnyttelse:**

- **Kan du gi en beskrivelse av arbeidsoppgaver i sykehjemmet som kunne vært utført av noen med mindre fagkompetanse enn sykepleier / helsefagarbeider?**
- **Opplever du at sykepleiernes kompetanse blir nyttet i tilstrekkelig grad?**
  - Får de brukt sine ferdigheter i tilstrekkelig grad?
  - Får de brukt sin kunnskap i tilstrekkelig grad?
  - Får de brukt sin erfaring i tilstrekkelig grad?
- **Opplever du at helsefagarbeidernes kompetanse blir nyttet i tilstrekkelig grad?**
  - Får de brukt sine ferdigheter i tilstrekkelig grad?
  - Får de brukt sin kunnskap i tilstrekkelig grad?
  - Får de brukt sin erfaring i tilstrekkelig grad?

### **Rekruttering:**

- **Gi en beskrivelse av hvordan sykehjemmet har organisert sykepleiertjenesten, gjennom døgnet.**
  - Har sykehjemmet ordninger der sykepleier må gå på topp, eller ha bakvakt?
    - Er dette planlagt i turnus, eller skjer det ved for eksempel fravær?
- **Hvordan vil du beskrive søkermengden til sykepleierstillinger?**
- **Hvordan vil du beskrive søkermengden til helsefagarbeiderstillinger?**
- **Kan du beskrive i hvilken grad søkere angir å ha et bevisst forhold til hvordan sykepleiertjenesten er organisert ved søknad og eller intervju?**
  - preferanse for å jobbe i et sykehjem med tradisjonell modell eller team-organisert sykepleie?
- **Hvilken betydning kan organisering av sykepleiertjenesten ha for valg av arbeidssted?**
  - Vil du beskrive sykehjemmets organisasjonsmodell som attraktiv for sykepleiere /helsefagarbeidere?
    - Hvis ja; hva gjør den attraktiv?
    - Hvis nei; hva gjør den u-attraktiv?
- Har du avslutningsvis noe du ønsker å tilføye til det vi har snakket om i dag?

## **Innledende:**

- **Hvilken utdanning har du?**
- **Hvilken stilling har du ved sykehjemmet?**
- **Hvor lenge har du arbeidet her?**
- **Hvilken modell for organisering av sykepleiertjenesten har sykehjemmet?**

## **Spørsmål til sykepleiere:**

### **Ansvars- og oppgavedeling (Arbeidsdeling)**

#### *Oppgaver*

- **Gi en beskrivelse av arbeidsoppgavene dine en ordinær arbeidsdag. Ta gjerne utgangspunkt i siste vakt du hadde.**
  - Vil du beskrive arbeidsoppgavene dine som tydelig definerte?
  - Kan du utdype hvorfor de er tydelige/utydelige?

#### *Ansvar*

- **Gi en beskrivelse av hvilke ansvarsområder som ligger til din yrkesrolle.**
  - Vil du beskrive ansvaret ditt som tydelig formulert?
  - Kan du utdype hvorfor det er utydelig /tydelig?
  - Har du en stillingsbeskrivelse (et formelt dokument) som tydelig sier noe om hva som er ditt ansvar og hva som er dine arbeidsoppgaver?
  - Hvis nei; finnes det uformelle strukturer (for eksempel profesjonsetikk, tradisjon, kultur, maktstrukturer /hierarki).
- **Hvordan vil du beskrive at det sykepleiefaglige ansvaret er plassert hver vakt?**
  - hos en eller flere?
  - Vet alle ansatte til enhver tid hvem som har det sykepleiefaglige ansvaret?
  - Kan du beskrive hva som ligger i å ha det sykepleiefaglige ansvaret?

#### *Arbeidsdeling*

- **Kan du beskrive hvordan arbeidsoppgaver fordeler seg mellom de ulike yrkesgruppene i avdelingen din?**
  - Beskriv oppgaver sykepleier har ansvar for?
  - Beskriv oppgaver helsefagarbeider har ansvar for?
  - Beskriv oppgaver ufaglærte har ansvar for?
- **Kan du beskrive hendelser eller situasjoner der arbeidsoppgaver har blitt glemt /unnlatt å gjøre fordi du trodde noen andre gjorde dem? Utdyp**
- **Kan du huske hendelser eller situasjoner der arbeidsoppgaver har blitt gjort dobbelt opp, fordi du ikke trodde noen andre hadde gjort dem? Utdyp**

#### *Oppgaveglidning*

Innenfor dette fagfeltet så snakker vi om et begrep som heter oppgaveglidning. Oppgaveglidning i denne sammenheng handler om at oppgaver som tidligere ble ansett å kreve spesialisert utdanning eller en formell kompetanse, men som nå utføres av andre uten den utdanningen/formelle kompetansen.

- **Kan du gi eksempler på at slik oppgaveglidning har skjedd i din avdeling?**
  - Kan du gi eksempler på oppgaver som tidligere bare ble utført av sykepleiere som helsefagarbeider eller ufaglært nå utfører?

- Er det intendert (ledelsesbestemt?) eller tilfeldig (for eksempel på grunn av tidspress/nødvendig for at det skal gå rundt?)
    - Har helsefagarbeider /ufaglært fått opplæring i de nye arbeidsoppgavene? Er du kjent med at arbeidsplassen har gjennomført kompetansehevede tiltak slik at de kan utføre oppgaver som tidligere ble utført av sykepleiere?
  - Kan du gi eksempler på oppgaver som tidligere ble utført av ufglært eller helsefagarbeider som sykepleierne nå tar del i?
    - Er det intendert (ledelsesbestemt?) eller tilfeldig (for eksempel på grunn av tidspress/nødvendig for at det skal gå rundt?)
  - Hva syns du er fordelene med en oppgaveglidning?
  - Hva syns du er ulempene med en oppgaveglidning?
  - Opplever du at det er et tydelig skille mellom hvilke oppgaver som skal utføres av sykepleier og hvilke oppgaver som skal utføres av andre?
- **Opplever du at det er aksept i din avdeling for at sykepleier bruker det meste av sin vakt til rene sykepleieroppgaver?**  
(utdyp at med «rene sykepleieroppgaver» menes oppgaver som andre yrkesgrupper ikke kan utføre pga manglende kompetanse/ferdigheter)
  - Synes du det er akseptabelt at en sykepleier bruker det meste av sin vakt til rene sykepleieroppgaver dersom vekten er travel og det er mange som trenger hjelp til elementære behov? Utdyp
  - Opplever du at det er en forventning i din avdeling til at sykepleier deltar i forefallende arbeid (for eksempel skylleromarbeid, klesvask, kjøkkenarbeid) og still på lik linje med andre? «alle gjør alt», dugnad?
- **Kan du beskrive hvilke faktorer som kan avgjøre hvem som gjør hva i din avdeling?**
  - Har antall sykepleiere på vakt betydning for sykepleiers arbeidsoppgaver?

## Kvalitet:

- **Opplever du som sykepleier at du får god nok tid til å utføre sykepleieroppgaver?** (sykepleieroppgaver defineres her som oppgaver ikke andre yrkesgrupper har tilstrekkelig kompetanse eller ferdigheter til å utføre. Det kan være observasjoner, prosedyrer, vurderinger etc.)
  - Hvis ja; hvordan har sykehjemledelsen **tilrettelagt** for at du skal få tid til sykepleieroppgaver? (organisatorisk)
  - Hvis nei; hvilke **andre oppgaver** konkurrerer med sykepleieroppgaver?
    - Gi eksempler på oppgaver i avdelingen som gjør at du må utsette eller droppe sykepleieroppgaver?
    - Kan du gi eksempler på **uheldige hendelser** som er forårsaket av at sykepleier ikke har hatt tid til å utføre arbeidet i tråd med yrkesetiske normer?
  - Hvor ofte opplever du **tidspress** under arbeidsdagen din?
  - Daglig, ukentlig, månedlig?
    - På hvilken måte kan tidspress komme i konflikt med din yrkesetikk eller sykehjemmets normer for kvalitativ pleie og omsorg?
    - Hva gjør du for å håndtere tidspress?
      - Senker kravene?
      - Jobber utover ordinær arbeidstid?
      - Delegerer til andre?
      - Hvis du delegerer til andre? Hvilke oppgaver delegerer du?



- **Opplever du å måtte prioritere å gjøre pleieoppgaver, skylleromsoppgaver (rydding/vasking/bosstømming/tøyvask) eller andre trivielle oppgaver (oppgaver som er «dagligdagse» og som ikke krever sykepleierkompetanse) i stedet for «rene sykepleieroppgaver»?**
  - Hvis ja; opplever du dette daglig, ukentlig, månedlig?
  - Kan du beskrive en situasjon der du ikke fikk gjort en oppgave (som heller ikke kunne delegeres til andre) fordi mer prekære, men trivielle oppgaver måtte gjøres?
  - Hva er bakgrunnen for prioriteringene?
    - Alvorlighetsgrad (triage-tanke)
    - Profesjonskamp? Føle seg presset til å delta i det andre yrkesgrupper mener er viktig?

### **Ressursutnyttelse:**

- **Kan du gi en beskrivelse av arbeidsoppgaver som du mener kunne vært utført av noen med mindre fagkompetanse enn deg selv, men som du utfører en arbeidsdag?**
  - Hvor mye av dagen vil du anslå går med til arbeidsoppgaver som kunne vært utført av andre?
- **Hvordan opplever du at din kompetanse blir benyttet i sykehjemmet?**
  - Får du brukt dine ferdigheter i tilstrekkelig grad?
  - Får du brukt din kunnskap i tilstrekkelig grad?
  - Får du brukt din erfaring i tilstrekkelig grad?

### **Rekruttering:**

- **Gi en beskrivelse av hvordan sykehjemmet har organisert sykepleiertjenesten, gjennom døgnet.**
  - Har sykehjemmet ordninger der sykepleier må gå på topp, eller ha bakvakt? Er dette planlagt i turnus, eller skjer det ad hoc, ved for eksempel fravær?
- **Ønsker du å arbeide spesialisert, slik at det meste av arbeidsdagen går til rene sykepleieroppgaver?**
  - Hva tenker du er fordelen med dette?
  - Hva tenker du kan være ulempen med dette?
  - Har det avgjørende betydning ifht til valg av arbeidssted?
- **Beskriv hvilken betydning organisering av sykepleiertjenesten kan ha for valg av arbeidssted.**
  - Vil du beskrive organisasjonsmodellen ved sykehjemmet som attraktiv for sykepleiere /helsefagarbeidere?
    - Beskriv hva som gjør den attraktiv?
    - Beskriv hva som gjør den lite attraktiv?
- Har du avslutningsvis noe du ønsker å tilføye til det vi har snakket om i dag?

## **Innledende:**

- **Hvilken utdanning har du?**
- **Hvilken stilling har du ved sykehjemmet?**
- **Hvor lenge har du arbeidet her?**
- **Hvilken modell for organisering av sykepleiertjenesten har sykehjemmet?**

## **Spørsmål til helsefagarbeidere:**

### **Ansvars- og oppgavedeling (arbeidsdeling)**

#### *Oppgaver*

- **Gi en beskrivelse av arbeidsoppgavene dine en ordinær arbeidsdag. Ta gjerne utgangspunkt i siste vekten du hadde.**
  - Vil du beskrive arbeidsoppgavene dine som tydelig definerte?
  - Kan du utdype hvorfor de er tydelige/utydelige?

#### *Ansvar*

- **Gi en beskrivelse av hvilke ansvarsområder som ligger til din yrkesrolle.**
  - Vil du beskrive ansvaret ditt som tydelig formulert?
  - Kan du utdype hvorfor det er utydelig /tydelig?
  - Har du en stillingsbeskrivelse (et formelt dokument) som tydelig sier noe om hva som er ditt ansvar og hva som er dine arbeidsoppgaver?
  - Hvis nei; finnes det uformelle strukturer (for eksempel profesjonsetikk, tradisjon, kultur, maktstrukturer /hierarki).
- **Hvordan vil du beskrive at det sykepleiefaglige ansvaret er plassert hver vakt?**
  - hos en eller flere?
  - Vet alle ansatte til enhver tid hvem som har det sykepleiefaglige ansvaret?
  - Kan du beskrive hva som ligger i å ha det sykepleiefaglige ansvaret?

#### *Arbeidsdeling*

- **Kan du beskrive hvordan arbeidsoppgaver fordeler seg mellom de ulike yrkesgruppene i avdelingen din?**
  - Beskriv oppgaver sykepleier har ansvar for?
  - Beskriv oppgaver helsefagarbeider har ansvar for?
  - Beskriv oppgaver ufaglærte har ansvar for?
- **Kan du huske hendelser eller situasjoner der arbeidsoppgaver har blitt glemt /unnlatt å gjøre fordi du trodde noen andre gjorde dem? Utdyp**
- **Kan du huske hendelser eller situasjoner der arbeidsoppgaver har blitt gjort dobbelt opp, fordi du ikke trodde noen andre hadde gjort dem? Utdyp**

## Oppgaveglidning

*Innenfor dette fagfeltet snakker vi om et begrep som heter oppgaveglidning. Oppgaveglidning i denne sammenheng handler om at oppgaver som tidligere ble ansett å kreve spesialisert utdanning eller en formell kompetanse, men som nå utføres av andre uten den utdanningen/formelle kompetansen.*

- **Kan du gi eksempler på at slik oppgaveglidning har skjedd i din avdeling?**
  - Kan du gi eksempler på oppgaver som tidligere bare ble utført av sykepleiere som helsefagarb. eller ufaglært nå utfører?
    - Er det intendert (ledelsesbestemt?) eller tilfeldig (for eksempel på grunn av tidspress/nødvendig for at det skal gå rundt?)?
    - Har helsefagarbeider /ufaglært fått opplæring i de nye arbeidsoppgavene? Er du kjent med at arbeidsplassen har gjennomført kompetansehevende tiltak slik at de kan utføre oppgaver som tidligere ble utført av sykepleiere?
  - Kan du gi eksempler på oppgaver som tidligere ble utført av ufaglært eller helsefagarbeider, som sykepleierne nå tar del i?
    - Er det intendert (ledelsesbestemt?) eller tilfeldig (for eksempel på grunn av tidspress/nødvendig for at det skal gå rundt?)?
  - Hva syns du er fordelene med en oppgaveglidning?
  - Hva syns du er ulempene med en oppgaveglidning?
  - Opplever du at det er et tydelig skille mellom hvilke oppgaver som skal utføres av sykepleier og hvilke oppgaver som skal utføres av andre?
- **Opplever du at det er aksept i din avdeling for at sykepleier bruker det meste av sin vakt til rene sykepleieroppgaver** (utdyp at med «rene sykepleieroppgaver» menes oppgaver som andre yrkesgrupper ikke kan utføre pga manglende kompetanse/ferdigheter)
  - Synes du det er akseptabelt at en sykepleier bruker det meste av sin vakt til rene sykepleieroppgaver dersom vekten er travel og det er mange som trenger hjelp til elementære behov?
  - Opplever du at det er en forventning i din avdeling at sykepleier deltar i forefallende arbeid (for eksempel skylleromarbeid, klesvask, kjøkkenarbeid) og still på lik linje med andre? «alle gjør alt», dugnad?
- **Kan du beskrive hvilke faktorer som avgjør hvem som gjør hva?**
  - Har antall sykepleiere på vakt betydning for sykepleierens arbeidsoppgaver?

## Kvalitet

- **Kan du gi en beskrivelse av hvordan dine arbeidsoppgaver samsvarer med din kompetanse?**
  - Kompetanse beskriver her ferdigheter, kunnskap og erfaring.
- **Kan du beskrive hvilke situasjoner eller hendelse du mener krever sykepleierkompetanse?**
  - Hvilke situasjoner /hendelser tilkaller du sykepleier?

- **Hvordan opplever du tilgang på sykepleierkompetanse i din avdeling?**
  - Er tilgjengelig når du ber om dennes vurdering?
  - Opplever du at sykepleier har tid til å gjøre sykepleieroppgaver?
  - Kan du gi eksempler på uheldige hendelser som er forårsaket av at sykepleier ikke har hatt tid til å utføre arbeidet i tråd med yrkesetiske normer?

## **Ressursutnyttelse**

- **Kan du gi en beskrivelse av arbeidsoppgaver som kunne vært utført av noen med mindre fagkompetanse enn deg selv, men som du utfører en arbeidsdag?**
  - Hvor mye av dagen vil du anslå går med til arbeidsoppgaver som kunne vært utført av andre?
- **Hvordan opplever du at din kompetanse blir benyttet i sykehjemmet?**
  - Får du brukt dine ferdigheter i tilstrekkelig grad?
  - Får du brukt din kunnskap i tilstrekkelig grad?
  - Får du brukt din erfaring i tilstrekkelig grad?

## **Rekruttering**

- **Gi en beskrivelse av hvordan sykehjemmet har organisert sykepleiertjenesten, gjennom døgnet.**
  - Har sykehjemmet ordninger der sykepleier må gå på topp, eller ha bakvakt? Er dette planlagt i turnus, eller skjer det ved for eksempel fravær?
- **Ønsker du som helsefagarbeider å ha større ansvar i avdelingen, slik at ansvar for pleie og stell ligger til din yrkesgruppe?**
  - Hva tenker du er fordelen med det?
  - Hva tenker du er ulempen med det?
  - Har det avgjørende betydning for deg ifht valg av arbeidssted?
- **Beskriv hvilken betydning organisering av sykepleiertjenesten kan ha for valg av arbeidssted.**
  - Vil du beskrive organisasjonsmodellen ved sykehjemmet som attraktiv for sykepleiere /helsefagarbeidere?
    - Hvis ja; hva gjør den attraktiv?
    - Hvis nei; hva gjør den u-attraktiv?
- Har du avslutningsvis noe du ønsker å tilføye til det vi har snakket om i dag?