



UiT Norges arktiske universitet

Institutt for helse- og omsorgsfag

Omorganisering i helsetjenestene

En kvalitativ studie om oppgavedeling mellom ortopeder og fysioterapeuter

Kim Reier Nielsen Martinsen

Masteroppgave i helsefaglig utviklingsarbeid

HEL-3961

Mai 2022

Forord

Utarbeidelsen av masteroppgaven har vært en prosess preget av tålmodighet og læring. Jeg hadde ikke sett for meg at jeg skulle levere en mastergrad, men det blir sjeldent som man planlegger. I etterkant ser jeg at prosessen har gitt meg inngående kunnskap om et fag og en fagutøvelse jeg trodde jeg forstod. Dette har gitt meg nye perspektiver.

Jeg ønsker å takke min veileder Marianne Eliassen for et godt samarbeid og god veiledning underveis i hele prosessen. Jeg ønsker å takke medstudenter for nyttige refleksjoner og gode diskusjoner. Vi har hatt gode forelesere igjennom hele studieforløpet som har lagt til rette for at vi skal lære mest og best mulig.

Jeg ønsker å takke min familie for gode samtaler når det blåste som verst. Videre ønsker jeg å nevne mine kolleger på arbeidsplassen, som har bidratt i diskusjoner og tilrettelagt for at dette skulle bli mulig. Takk til alle dere.

Informantene som stilte opp på intervju må også løftes frem, uten dere ville ikke oppgaven blitt til. Takk for at dere delte av deres erfaringer fra arbeidshverdagen.

Avslutningsvis ønsker jeg å rette en stor takk til meg selv.

Sammendrag

Masteroppgaven er basert på et forbedringsprosjekt gjennomført ved norske sykehus. Forbedringsprosjektet det er tatt utgangspunkt i, har jeg valgt å kalle «Prosjekt Fristbrudd». Dette er et prosjekt med mål om å redusere antall fristbrudd inn til spesialisthelsetjenesten, at pasienten møter riktig profesjon til riktig tidspunkt samt minimere ventelisten.

Denne studien ønsker å belyse hvordan fysioterapeuter og ortopeder opplever og erfarer oppgavedeling ved ortopediske poliklinikker. For å besvare dette forskningsspørsmålet, er 4 kvalitative intervjuer gjennomført høsten 2021. Mine informanter bestod av 2 ortopeder og 2 fysioterapeuter fra ulike sykehus, som er involvert i «Prosjekt Fristbrudd».

Ortopedene var positive til å delegere bort arbeid til en annen profesjon, de var tilfredse med prosjektet og anerkjente arbeidet til fysioterapeutene. Videre inntok de en posisjon hvor de beholdt en kontroll og styring over oppgavene som ble delegert bort. Det fremkom ikke om dette var bevisst eller ubevisst, men resultatene viser til såkalte «sikkerhetsventiler» med mulighet for å kvalitetssikre arbeidet. Fysioterapeutene uttrykte at de fikk flere nye roller som følge av prosjektet, og samtidig ønsket bekreftelse på arbeidet som ble utført. Oppgaven har ikke som mål å gi svar på om dette er hensiktsmessig, men istedenfor et ønske om å belyse dette fenomenet mellom ortopeder og fysioterapeuter.

Oppgaven drøftes videre opp mot teori om utviklings- og forbedringsarbeid. Mye av arbeidet som knyttet seg til prosjektorganiseringen fremstod som usynlig arbeid, og det var ikke aktualisert hvilken kompetanse som krevdes for å utføre denne type oppgaver i organisasjonen.

Grenseoverganger mellom profesjoner ble tydelige i oppgaven. Fysioterapeuter overtok pasienter som var henvist inn til ortoped og gjennomførte tradisjonelle legeoppgaver. Ortopedene var positive til dette, men opprettholdt sentrale funksjoner for å beholde en viss styring og kontroll over oppgavene. Fysioterapeutene beskrev det kliniske arbeidet som drømmejobben, men savnet tilbakemelding og anerkjennelse fra ortopedene. Oppgaven viser til profesjoners fleksibilitet og flertydighet. Det anbefales videre forskning på området for å studere om oppgavedeling mellom fysioterapeuter og ortopeder er en hensiktsmessig fordeling av ressurser til det beste for pasientene og involverte aktører.

Abstract

The master's thesis is based on an improvement project carried out at Norwegian hospitals. The improvement project is based on what I have chosen to call "Project Deadline Breach". This is a project with the goal of reducing the number of deadlines to the specialist health service, that the patient meets the right profession at the right time and minimize the waiting list.

This study seeks to shed light on how physiotherapists and orthopedists experience and experience division of tasks at orthopedic outpatient clinics. To answer this research question, 4 qualitative interviews were conducted in the autumn of 2021. My informants consisted of 2 orthopedists and 2 physiotherapists from different hospitals, who were involved in "Project Deadline Breach".

The orthopedists were positive about delegating work to another profession. They were satisfied with the project and recognized the work of the physiotherapists. Furthermore, they held a position where they retained control over the tasks that were delegated away. It did not appear whether this was conscious or unconscious, but the results refer to so-called "safety valves" with the possibility of quality assurance of the work. The physiotherapists expressed that they were given several new roles because of the project, and at the same time wanted confirmation of the work that was done. The thesis is not intended to provide answer on whether this is appropriate, but instead a desire to shed light on this phenomenon between orthopedists and physiotherapists.

The thesis is further discussed against the theory of development and improvement work. Much of the work related to the project appeared to be invisible work, and it was not actualized what competence was required to perform this type of task in the organization. Border crossings between professions became clear in the thesis. Physiotherapists took over patients who were referred to an orthopedist and performed traditional medical tasks. The orthopedists were positive about this, but maintained key functions to maintain some control over the tasks. The physiotherapists described the clinical work as the dream job, but lacked feedback and recognition from the orthopedists. The thesis refers to professionals' flexibility and ambiguity. Further research in the area is recommended to study whether the division of tasks between physiotherapists and orthopedists is an appropriate distribution of resources for the benefit of patients and involved actors.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Endring og omstilling i norske sykehus	3
1.2	Oppgavedeling.....	4
1.2.1	Ulik klassifisering av oppgavedeling	5
1.3	Behandlingsmuligheter innenfor det ortopediske fagfeltet	6
1.4	Forbedringskunnskap.....	8
1.5	«Prosjekt Fristbrudd»	10
1.6	Problemstilling og forskningsspørsmål	11
1.6.1	Avgrensning	12
1.7	Tidligere forskning	13
2	Teoretisk rammeverk.....	15
2.1	Forbedringsarbeid.....	15
2.2	Profesjonsforståelse	17
3	Metode.....	20
3.1	Forskningsdesign	20
3.1.1	Intervjuguidene.....	21
3.1.2	Utvalg	21
3.1.3	Gjennomføring av intervjuene	22
3.2	Analyse	23
3.2.1	Transkripsjon.....	23
3.2.2	Analyse av datamaterialet	24
3.3	Refleksivitet.....	25
3.4	Metodekritikk	27
3.5	Reliabilitet og validitet	27
3.6	Forskningsetikk	28
4	Presentasjon av resultater	30

4.1	«Jeg føler meg veldig heldig som får være med»	30
4.2	«Det er vanskelig å være fysioterapeut, prosjektleder, sekretær og ortoped og alt egentlig»	33
4.3	«Det må planlegges godt hvis dette skal flyte perfekt»	35
4.4	«Man føler seg kanskje litt til bry»	36
4.4.1	Lokalisasjoner som barriere	39
4.5	Men ortopedene beholder kontrollen.....	40
4.5.1	Vurdering av henvisninger	40
4.5.2	Ortopedenes sikkerhetsventiler	41
4.5.3	«Men vi raser jo kjapt igjennom dem uansett»	42
5	Drøfting	45
5.1	Forbedringskompetanse	45
5.1.1	Ikke bare kliniker	49
5.1.2	Usynlig arbeid	51
5.2	Jurisdiksjongrensers.....	53
5.3	Beslutningstaking og uformelle grenser	53
5.4	Formell kompetanse og jurisdiksjon.....	54
5.5	Fleksibilitet i profesjonen og organisatorisk kompetanse	57
5.6	Videre forskning	58
6	Oppsummering	59
7	Referanseliste	60
	Vedlegg 1: Intervjuguide ortoped	66
	Vedlegg 2: Intervjuguide fysioterapeut.....	67
	Vedlegg 3: Informasjonsskriv	68
	Vedlegg 4: Samtykkeerklæring.....	70
	Vedlegg 5: Utdrag av tematisk analyse.....	71
	Vedlegg 6: Tematisk analyse kart	72

Vedlegg 7: Godkjent søknad NSD 73

1 Innledning

30 januar 2020 var en merkedag i koronapandemien. Da erklærte verdens helseorganisasjon (WHO) utbruddet SARS-CoV-2 som grunn for internasjonal bekymring angående folkehelsen (Brean, 2022). Oppgaven har sitt utspring fra et forbedringsprosjekt som ble startet opp under pandemien. Temaet er oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten i Norge og oppgaven er ment til å belyse ulike aspekter ved dette fenomenet. Det er også ønskelig at oppgaven vil kunne ha en overføringsverdi til andre forbedringsprosjekter hvor blant annet oppgavedeling er til stede.

Statistisk sentralbyrås beretninger om helsepersonell viser at etterspørselen vil øke frem mot år 2035. I Norge utdannes det for få helsearbeidere, og vi er avhengig av utenlandsk arbeidskraft rettet mot helsevesenet (Hjemås, Zhiyang, Kornstad & Stølen, 2019). Dette tyder på at helsevesenet bør vurdere ulike tiltak for å møte disse utfordringene. Oppgavedelingen er et av disse tiltakene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Fordeling av arbeidsoppgavene i helsevesenet kan ha kunstige begrensninger. Dette er blitt beskrevet av Europakommisjonen (De Maeseneer, Bourek, McKee & Brouwer, 2019), som også beskriver at en profesjon forsøker å opprettholde sin dominerende rolle, heller enn hva som tjener pasienten best (Leonardsen, 2020).

Sett fra et overordnet ståsted, kan oppgavedeling bidra til å styrke helsetjenesten med visse premisser. Premissene som er beskrevet, er at det bør være evidensbasert, med god planlegging og tilstrekkelige med ressurser. Deltagelse fra involverte aktører i prosessen med oppgavedeling hvor det blir gitt opplæring for å mestre nye oppgaver, virker å være hensiktsmessig (van Schalkwyk et al., 2020). I Nasjonal helse- og sykehusplan eksemplifiseres og aktualiseres oppgavedeling. Det vektlegges at det er ledere og helsepersonell i nær tilknytning til pasienten som har de beste forutsetninger for å vite hvordan ressursene bør anvendes mest hensiktsmessig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 75). Det vektlegges videre at styringsformene bør være lokalt tilpasset for hvordan fordelingen av ulike oppgaver mellom helsepersonell utføres. Dette både for å yte god helsetjeneste for pasienten, men også bedre utnyttelse av kapasiteten.

Oppgavedeling kan sees parallelt som et spørsmål om maktfordeling. Gjennom utdanning, lovverk, organisatoriske rammer og kulturelt har legen en nøkkelrolle innenfor

beslutningstaking. Litteraturen viser at dette understøttes av annet helsepersonell. Dette kan være en av årsakene til at leger i enkelte settinger, begrenser innspill fra annet helsepersonell (Nugus, Greenfield, Travaglia, Westbrook & Braithwaite, 2010). Fysioterapeuter har i lang tid overtatt oppgaver fra legene i form av postoperative ortopediske kontroller samt felles utredninger (Askvik, 2018). Dette i lys av omorganisering for å frigjøre tid til ortopedene, samt gi pasienten tilsvarende tilbud. Det er blant annet vist at 95% av pasienter er fornøyd eller svært fornøyd med postoperative kontroller etter protesekirurgi, uavhengig om det er utført av fysioterapeuter eller leger (Høvik, Amlie & Korsvold, 2011).

Diagnoser som artrose, degenerative menisklidelser og akillesrupturer har i den senere tid vist seg å kunne ivaretas uten kirurgi i første omgang (Beaufils, Becker, Kopf, Matthieu & Pujol, 2017; McKnight et al., 2010; Myhrvold et al., 2022). Dette illustrerer at ulike ortopediske lidelser er i stadig endring, og kan ivaretas av profesjoner som ikke nødvendigvis innehar kirurgisk kompetanse. Disse diagnosegruppene gjelder en stor pasientmengde, og særlig artrose er svært vanlig i befolkningen generelt (Flugsrud et al., 2010; Grotle, Hagen, Natvig, Dahl & Kvien, 2008). Dette gjør ortopeder og fysioterapeuter til profesjoner med grenseoverganger innenfor ortopedifeltet, siden det ortopediske fagfeltet foregår innenfor spekteret av både kirurgi og ikke-kirurgiske tiltak.

Oppgaven bygger sitt fundament fra spesialisthelsetjenesten¹. Jeg har innhentet empiri fra oppgavedeling ved ortopediske poliklinikker i kjølvannet av pandemien Covid-19. Denne pandemien ga helsetjenesten utfordringer i form av å evne raske omstillingsprosjekter for å løse nye oppgaver som preget helsesektoren. Oppgaven har som hensikt å gi et innblikk i en avgrenset del av utfordringene helsesektoren stod i under pandemien, og er ment å tilføre kunnskap som skal kunne bidra til økt forståelse for omstillingsprosesser for fremtiden. Oppgaven vil også stille spørsmål ved utførelse av forbedringsarbeid og utforske grensene mellom profesjoner. Undertemaer som forbedringsarbeid, organisatorisk kompetanse og

¹ Denne delen av helsesektoren er definert som en samlebetegnelse på den type helsetjenester som ikke er ilagt den kommunale helse- og omsorgssektoren. Spesialisthelsetjenesten skal diagnostisere, behandle og sørge for oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske helseplager (Helse Norge, 2022). I min oppgave vil begrepet spesialisthelsetjenesten eller sykehus bli brukt om hverandre.

profesjoner vil aktualiseres. Oppgavedeling er ikke noe nytt fenomen og det er særlig studert mellom medisin og sykepleie ved orientering i litteraturen. Oppgavedeling mellom ortopeder og fysioterapeuter ble i større grad mer relevant og aktualisert på utvalgte sykehus i Norge grunnet en presset helsesektor med fristbrudd og økende venteliste. På dette området finner jeg lite litteratur, og det er dette fenomen jeg ønsker å rette søkelyset videre mot.

1.1 Endring og omstilling i norske sykehus

Over 100.000 pasientavtaler ble utsatt i 2020 grunnet pandemien Covid-19. Disse pasientavtalene ble utsatt grunnet reduksjon og delvis stopp i elektiv drift (Strøm & Rømo, 2021). En av konsekvensene ble et stort etterslep på polikliniske vurderinger og utredninger. Henvisninger som ble sendt inn til sykehuset fra fastlegene hadde hopet seg opp. Pasienter fikk ikke utredning eller behandling fra spesialisthelsetjenesten innenfor tiden de hadde krav på. Dette ble synlig for helsesektoren i form av daglige fristbrudd, utsatte timer og en venteliste som stadig økte i omfang. Det ble listet opp en rekke ulike tiltak for å begrense fristbrudd og ventetid under pandemien. Blant tiltakene ved norske sykehus som ble anbefalt iverksatt, finner man oppgavedeling mellom yrkesgrupper (Lauritsen, 2020). På samme tid ble ortopedi definert som et av fagfeltene med størst etterslep (Lauritsen, 2020). På bakgrunn av at oppgavedeling var et av de anbefalt tiltakene (Lauritsen, 2020), har fysioterapeuter og ortopeder ved flere norske sykehus deltatt i oppgavedeling i større omfang sammenlignet med tidligere. Pandemien har fungert som en driver for å sette fart på dette samarbeidet. Fysioterapeuten har også fått en mer sentral og selvstendig rolle. Kort fortalt så omhandler denne oppgavefordelingen at fysioterapeuter utreder og sikrer videre behandling til pasienter som i utgangspunktet skulle møtt ortoped. Dette skulle bli iverksatt for å bidra til reduksjon av fristbrudd, redusere ventelisten samt gi et adekvat helsetilbud til pasienter.

Arbeidstilsynet finansierte rapporten «Arbeidsmiljø i norske sykehus 2014» utført av Trygstad og Andersen (2015). Denne rapporten gir et innblikk i blant annet endrings- og omstillingsprosessene i spesialisthelsetjenesten, og nye kompetansekrav som oppstår i etterkant av disse prosessene. Rapporten baserer sine svar på kvalitative intervju som er utført av helsepersonell som har ulike verv og stillinger. Rapporten bygger også på spørreundersøkelse. Den viser til at seks av ti ansatte i spesialisthelsetjenesten har vært igjennom en endringsprosess de siste to årene. Den vanligste formen beskrevet i rapporten for endring i spesialisthelsetjenesten, er nettopp å få nye oppgaver. Videre blir endrings- og

omstillingsprosessene i helsesektoren beskrevet som å være et resultat av ulike drivere. Disse driverne kan eksempelvis være nye behandlingsmåter, ny teknologi og nye diagnoser. Organisering og arbeidsoppgaver i helsesektoren kan endre seg i takt med utviklingen av disse driverne. (Trygstad & Andersen, 2015).

Rapporten understreker tydelig at flesteparten av ansatte i helsesektoren som har vært igjennom en endringsprosess, får nye oppgaver som igjen kan stille nye kompetansekrav til den ansatte. Hvor godt helsepersonell opplever adekvat opplæring etter omstillingsprosesser og nye kompetansekrav er det store forskjell på. Det er også ulikheter på hva eksempelvis ledere, tillitsvalgte og hjelpepleiere svarer. Ledere og toppledere oppgir i større grad at opplæring angående nye kompetansekrav blir gitt. Det argumenteres for at disse har en oversikt over organisasjonen. Derfor kan det tolkes at svarene om opplæring er høyere hos denne gruppen, grunnet oversikten over organisasjonen og hvilken opplæring som skal bli gitt (Trygstad & Andersen, 2015, s. 27).

1.2 Oppgavedeling

I litteraturen finnes en hovedtyngde av begrepet oppgavedeling (Yttermo, 2013), men oppgaveglidning, jobbglidning og oppgaveforskyvning (Lende, 2019) benyttes også. Verdens Helseorganisasjon var tidlig ute med å definere begrepet oppgavedeling sett som en delegeringsprosess. Denne delegeringsprosessen viser til at oppgaver kan flyttes til mindre spesialisert helsepersonell for å bane vei for mer effektiv ressursutnyttelse av tilgjengelig personell (World Health Organization, 2008). Jeg identifiserer ikke en entydig definisjon av disse ulike begrepene, men anser begrepene som likestilte begrepsmessig og vil primært benytte meg av oppgavedeling videre i oppgaven.

Sett fra forskning og teoretiske perspektiver, er oppgavedeling og profesjonsdiskusjoner ikke noe nytt fenomen (Helsedirektoratet, 2014). Sett i kjølvannet av Covid-19 og en pågående pandemi i en allerede presset helsesektor, har helsevesenet på ny måtte iverksette hurtige omstillinger. Denne raske omstillingen har konstruert et nytt fenomen; oppgavedeling mellom ortoped og fysioterapeut, med formål om å forbedre et helsetilbud som ikke leverte de tjenestene som var etterspurt. Omstillingen konstruerte og la til rette for et økt samarbeid mellom ortopeder og fysioterapeuter.

Helsepolitiske føringer legger til rette for oppgavedeling både organisatorisk og finansielt. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Sett fra et faglig ståsted har fysioterapeuter særskilt kompetanse på muskel- og skjelettsystemet. Norges fysioterapiforbund oppfordrer til oppgavedeling mellom fysioterapeut og lege, spesielt innenfor pre- og postoperative forløp (Norsk Fysioterapeutforbund, 2015). Praksisen med oppgavedeling hvor fysioterapeuter gjør primærutredninger ved en ortopedisk poliklinikk i spesialisthelsetjenesten, er et nytt og lite studert fenomen. Ved å frembringe kunnskap fra helsepersonell involvert i disse nye prosessene, kan man både evaluere og innhente data på eksisterende praksis. Resultater fra oppgaven vil da kunne presenteres i miljøet og skape grobunn for ytterligere faglige diskusjoner.

1.2.1 Ulik klassifisering av oppgavedeling

For å forstå oppgavedeling vil det være naturlig å dra inn forklaringsmodellen til Nancarrow og Borthwick, hvor de belyser og klassifiserer ulik oppgavedeling innenfor profesjoner (Nancarrow & Borthwick, 2005). Begreper som diversifisering, spesialisering, vertikal substitusjon og horisontal substitusjon vil naturlig kunne fungere som en teoretisk forståelse av oppgavedeling. Dette er begreper beskrevet av Nancarrow og Borthwick, og jeg ønsker å redegjøre for de som jeg anser relevante for oppgaven. Denne teorien kan fungere som et grunnlag for å forstå kompleksiteten rundt oppgavedeling.

Oppgavedeling på tvers av profesjoner blir omtalt som substitusjon. For å bli identifisert som en *vertikal* substitusjon, må oppgavedelingen skje mellom ulike profesjoner hvor forskjellige kompetanse og ulik grad av utdanningsnivå er tilstede. Det sees ikke nødvendigvis økt status eller økt kompensasjon lønnsmessig med en slik overtakelse av nye oppgaver for profesjonen med lavest utdanningsnivå. Om en fysioterapeut overtar tidligere oppgaver forbeholdt en lege, vil ikke lønnstrinnet til legen bli overført til fysioterapeuten. Vertikal substitusjon kan forekomme begge veier, det vil i praksis si at oppgaver som tradisjonelt sett har vært tilknyttet en profesjon kan adapteres eller delegeres til en annen ansatt med ulik profesjonsbakgrunn og annen posisjon i organisasjonshierarkiet (Nancarrow & Borthwick, 2005). Oppgaveglidning mellom ortopeder og fysioterapeuter vil være et klassisk eksempel på vertikal substitusjon.

Diversifisering blir beskrevet når en profesjon utvider sitt arbeidsområde, for eksempel innenfor behandling eller utførelse av diagnostikk. Dette kan oppstå i flere ulike former. Økt

behov for ytelse av helsetjeneste, utvikling av nye metoder innenfor eksisterende behandling eller ved innføring av ny teknologi kan være faktorer som kan bidra til diversifisering innenfor en profesjon. (Nancarrow & Borthwick, 2005). I denne oppgaven kan fysioterapeutenes nye oppgaver knyttet til oppgaveglidningen forstås i lys av diverifisering.

Spesialisering blir beskrevet når man innad i profesjonen får økt kunnskap og kompetanse innenfor et spesifikt felt. Hos legegruppen finner man en tydelig strukturert og anerkjent spesialisering med høyere prestisje, autonomi og bedre lønnsvilkår. Det finnes både uformell og formell struktur på spesialisering innenfor helseprofesjoner. Man finner tydelig en formell struktur innad i legegruppen. Annet helsepersonell har ofte i større grad mer uformelle strukturer for spesialisering, selv om spesialiseringen er tilstede. Avslutningsvis blir spesialisering beskrevet som en nøkkel for oppgavedeling innen helsevesenet. En spisskompetanse innenfor sitt eget felt er beskrevet nødvendig for å være rustet til å overta nye oppgaver (Nancarrow & Borthwick, 2005). Spesialisering beskrives ofte også som årsaken til delegering av oppgaver, da en profesjonsgruppe spesialiserer seg mer og mer innen eget felt, og delegerer bort mer generiske oppgaver til andre yrkesgrupper. At ortopeder blir mer og mer spesialiserte i sin yrkesutøving, kan resultere i at de delegerer bort enkelte av sine oppgaver til andre profesjoner, som i dette tilfellet; fysioterapeutene.

1.3 Behandlingsmuligheter innenfor det ortopediske fagfeltet

Konservative behandlingsformer innenfor fagfeltet ortopedi har fått en større rolle, der hvor kirurgiske tilnærminger har hatt forrang de siste tiårene. Innenfor artrose er eksempelvis informasjon og trening en av hjørnesteinene i behandlingen (Nelson, Allen, Golightly, Goode & Jordan, 2014). Vi har videre en profesjonsnøytral helsepersonell-lov (Lov om helsepersonell, 2021). Denne loven gir både mer fleksibilitet og et større spillerom for realisering av oppgavedeling. Med pasientsikkerhet, forsvarlighet og kvalitet ivaretatt, kan oppgaver deles på tvers av profesjoner. Jeg anser ortopedi som et aktuelt fagfelt for oppgavedeling, grunnet mangfoldet av behandlingsmuligheter.

Ortopedi er en del av kirurgien som omhandler forebygging, diagnostisering og behandling av skader, deformiteter og sykdommer i muskel- og bevegelsesapparatet (Randsborg, 2021). Opprinnelig var ortopedi begrenset til konservativt (ikke-kirurgisk) behandling av diagnoser som for eksempel skoliose og klumpfot hos barn. Begrepet ble lansert av den franske legen

Nicholas Andry Bois-Regard tilbake i 1791, men i dag dekker ortopedi et større område innenfor helse- og omsorgssektoren (Randsborg, 2021). I dagens ortopedi blir både medfødte og ervervete skader og sykdommer i bevegelsesapparatet ivaretatt. Med bevegelsesapparatet menes skjelett, samtlige ledd i kroppen, muskulatur, sener, bindevev og perifere nerver.

Hovedtyngden i faget finner man innenfor det kirurgiske fagfeltet, men det finnes også rom for medisinsk- og fysikalsk behandling samt andre konservative tilnærminger som ortoser og tilpasset skotøy. I Norge er artrose i hofta og knær, bruddskader og andre traumerelaterte de største diagnosegruppene vi finner innenfor det ortopediske fagfeltet (Den norske legeforening, 2021; Grotle et al., 2008). Behovet for ortopeder er antatt å øke, da andelen eldre mennesker som vil ha behov for ortopedisk behandling stadig øker. Ortopeder finnes på alle sykehus i Norge der man utfører akuttvirksomhet i helsevesenet (Den norske legeforening, 2021).

Ortopedi er i endring og startet som en konservativ disiplin. Etter hvert dreide faget seg mot en mer kirurgisk tilnærmet retning, hvor legene gjennomførte formell spesialisering for å mestre den kirurgiske disiplin. I de siste årene har konservative forløp fått en større plass. Dette er endret i takt med ervervelse av ny kunnskap og kirurgiske fremskritt. Denne nye kunnskapen har eksempelvis vist en dreining mot mer konservative tilnærminger innenfor ulike diagnoser og tilstander, eksempelvis artroskopisk knekirurgi (Jacobsen, 2017). Dette er ikke fordi ortopedene ikke ønsker å gi den beste behandling, men ny kunnskap tyder på at kirurgi ikke alltid er det beste, og nødvendigvis ikke det første tiltaket som bør iverksettes (Bannuru et al., 2019; Myhrvold et al., 2022).

Innenfor artrosebehandling er informasjon, trening og vektreduksjon hjørnesteinene i behandlingen etter diagnosen er stilt (Brosseau et al., 2017; Flugsrud et al., 2010). Da både ortopeder og fysioterapeuter har utdanning som dekker mulighet for å diagnostisere muskel- og skjelettsystemet, er dette et fagfelt som legger til rette for selvstendige vurderinger fra begge profesjonene.

1.4 Forbedringskunnskap

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren ble iverksatt 1. januar 2017.

«Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterlevs.» (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2017)

Forskriften tydeliggjør lederens ansvar og medarbeidernes involvering i kvalitetsforbedring. Den poengterer krav til brukermedvirkning og forsterker kravet til forbedring i helsesektoren. Den fremmer kravet til kvalitet, system og kultur. Paragraf 6 til og med 9 går systematisk igjennom plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter, plikten til å gjennomføre, plikten til å evaluere og plikten til å korrigere (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2017). Forskriften erstatter tidligere forskrift om internkontroll i helse- og omsorgssektoren, men viderefører de fleste kravene. Det kommer nå tydeligere frem at internkontroll er en integrert og naturlig del av virksomhetens styringssystem (Helsedirektoratet, 2017). Forskriften er endret i den retningen at kvalitetsforbedringsarbeid skal være en del av arbeidshverdagen til ansatte i helsesektoren. På denne måten vektlegges det at forbedringsarbeid må ansees som en del av jobben en skal utføre i kraft av å være helsepersonell, ikke noe som kommer i tillegg.

I 2019 kom Helsedirektoratet (2019) med en ny Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Her fremheves det at god kvalitet og pasientsikkerhet best utvikles i kulturer der både ledere og medarbeidere har et eierskap til forbedringsprosessen og ambisjoner om å lære. Dette skal styrkes i kombinasjon av nasjonale, regionale og lokale tiltak. Virksomhetene må utvikle egne strategier for å bygge kompetanse i praksis, med erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende står det videre. Det beskrives også nødvendig støtte fra nasjonalt nivå, som ivareta gjennom kompetansemiljøet I trygge hender 24-7 (Helsedirektoratet, 2019, s. 18). I trygge hender 24-7 omfatter pasientsikkerhetsarbeidet i Norge. Målet er færre pasientskader, bedre pasientsikkerhetskultur og varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren (Helsedirektoratet, 2021).

Det satses fra nasjonalt nivå og beskrives en samordnet innsats i hele helsesektoren for at dette skal lykkes.

Det finnes tydelige føringer, med forankring i lovverket og økt fokus rettet inn mot helsesektoren. På samme tid har det vist seg at så mye som opptil 70 % av forbedringsprosjekter ikke opprettholder resultatene (Daft & Noe, 2001). Dette fordi forutsetningene for å lykkes med det ofte overses i implementeringen (Folkehelseinstituttet, 2015). Suksesskriterier har vist seg å være involvering av nøkkelpersoner fra start, involvering av disse tidlig og ikke forvente at alle ansatte støtter endringene som blir foreslått (Lawson, Weekes & Hill, 2018). Forbedringstiltak har vært preget av initiativ fra enkeltpersoner og til dels lokal entusiasme. Fagkunnskap alene sikrer ikke nødvendigvis forbedring. Det trengs kunnskap om den måten forbedring skjer på, og dette er et grunnleggende poeng i kontinuerlig forbedring (Orvik, 2015, s. 274). Denne forbedringskunnskapen ble først beskrevet av W. Edwards Deming, som var en pioner innenfor kvalitetsutvikling (Deming, 1993).

Forbedringsarbeid har dreid seg fra å være tidligere mer preget av initiativ fra enkeltpersoner, til at det nå er mer sentralt styrt i form av nasjonale kampanjer for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsarbeid (Helsedirektoratet, 2021; Orvik, 2015). Orvik beskriver kontinuerlig forbedringsarbeid som ikke bare fagspesifikk kunnskap. Fagspesifikk kunnskap er nødvendig, men også supplert med forbedringskunnskap som omhandler hvordan forbedring skjer i en organisasjonsenhet. Dette blir beskrevet som forbedringskunnskap i et rammefaktorperspektiv. Det kan sees som et redskap, som ikke bare viser den kliniske enheten som omgir pasienter og helsepersonell, men også hvordan dette systemet påvirker og selv blir påvirket. Dette systemet ansees å være åpent, komplekst og et adaptivt system (Orvik, 2015).

Dette viser til at forbedringskunnskap er en tilleggskompetanse bestående av både refleksjon og handling. Den kan øke klinikers forståelse av hvordan forbedringsprosesser foregår og også styrke handlingskompetansen i selve forbedringsarbeidet (Orvik, 2015). Fagkunnskap alene virker ikke å være fullverdig for å mestre forbedringsarbeid. Med dette som bakteppe, ønsker jeg videre å presentere samt aktualisere prosjektet som oppgaven tar utgangspunkt i.

1.5 «Prosjekt Fristbrudd»

«*Prosjekt Fristbrudd*» er et fiktivt navn for å bevare anonymiteten på et prosjekt pågående ved flere norske sykehus. Dette prosjektet har sitt utspring i fristbrudd og opphopning av henvisninger inn til spesialisthelsetjenesten grunnet stopp i elektiv drift. Elektiv drift, eller elektiv behandling, kan være definert som en planlagt behandling som utføres på et forhåndsbestemt tidspunkt (Kåss & Hem, 2021). Prosjekt Fristbrudd er definert som et forbedringsprosjekt hvor prosjektet skal bidra til at pasienter møter rett profesjon til riktig tidspunkt, men også bidra til reduksjon av fristbrudd og opphopninger av henvisninger. Det som skiller seg ut i dette prosjektet, er at fysioterapeuter møter pasienter som i utgangspunktet er henvist inn til ortoped fra fastlege, såkalte primærhenvisninger.

Etter en prosess hvor henvisningene er vurdert og silt ut, ender en god del av disse pasientene direkte til fysioterapeut, uten nødvendigvis å møte ortoped. Denne utsilingen er gjort på bakgrunn av hvem som kan tenkes å ha best tilbud å gi til pasientene, enten kirurgi eller konservative tiltak. Denne oppgavedelingen og omorganiseringen er gjennomført som et ledd i kvalitetsforbedringsprosjekt ved de aktuelle sykehusene. Prosjektet Fristbrudd vil videre bli omtalt som «*prosjektet*» eller «*prosjekt fristbrudd*» i oppgaven.

I praksis er det føringer for at helseinstitusjoner skal legge til rette for samarbeid mellom ulike yrkesgrupper (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Det er flere eksempler på økt tverrfaglig samarbeid mellom ortopeder og fysioterapeuter. Et eksempel er et prosjekt utført ved Haraldsplass i Bergen (Askvik, 2018) som omhandler en vurderingspoliklinikk for skulderpasienter. Her var målsettingen å kutte ned ventelisten med at oppgaver ble flyttet fra kirurger til fysioterapeuter. Fysioterapeuter undersøkte pasientene og skrev notatet. Ortopeden vekslet på å tilse pasient og fysioterapeut etter klarsignal fra fysioterapeut. Videre fremkommer det at ortopeden kommer inn i konsultasjonen for å kvalitetssikre fysioterapeutens vurdering og tar den endelige avgjørelsen (Askvik, 2018).

I motsetning til vurderingspoliklinikken som tidligere er eksemplifisert (Askvik, 2018), er fysioterapeutene i prosjekt fristbrudd alene med pasienten under utredning. I praksis betyr dette at oppgavedelingen i prosjekt, er bestående av en henvisning som er vurdert av ortoped på forhånd av konsultasjonene med fysioterapeut. Videre gjennomfører fysioterapeuten den kliniske vurderingen og utfører diagnostikk. Fysioterapeut og pasienten legger videre plan

sammen og deretter får ortopedene som har vurdert henvisningen kopi av det journalnotatet som er skrevet av fysioterapeut. Dette notatet blir sendt til ortopedens arbeidsliste i journalsystemet og inneholder en beskrivelse av hva fysioterapeuten har undersøkt og konkludert med. Ortopeden må deretter kvittere ut at dette er lest i sitt elektroniske arbeidsområde i journalen til pasienten.

Sett i lys av de ulike formene for oppgavedeling, beskrevet av Nancarrow og Borthwick (2005), er oppgavedeling et komplekst fenomen. Vertikal substitusjon er gjeldene for prosjekt fristbrudd, da fysioterapeuter overtar tradisjonelle legeoppgaver. Men legene må forholde seg til dette, så vertikal substitusjon vil kunne påvirke deres arbeidshverdag. Dette kan skje i form av diversifisering. Diversifisering vil gjelde for fysioterapeutene også, som utvider sitt arbeidsområde. Spesialisering er beskrevet som en nøkkel for fungerende oppgavedeling. Sett i lys av definisjonene ovenfor, tyder det på at oppgavedeling kan sees fra ulike perspektiver og vil kunne påvirke de involverte aktørene ulikt.

Prosjekt fristbrudd har flere aspekter, men uten endringer og tilrettelegginger med politiske føringer som bakteppe, ville det vært utfordrende for helsesektoren å innføre slike prosjekt om man ser på det økonomiske perspektivet. De senere år er det gjort endringer i både innsatsstyrt finansiering (ISF), kostnadsvekter og diagnoserelaterte grupper (DRG) i spesialisthelsetjenesten. Utviklingen av denne finansieringsordningen er ment å legge til rette for mer fleksibel bruk av helsepersonellgrupper (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 51). Denne ordningen muliggjør også inntekt på polikliniske timer gjennomført av for helsepersonell, slik som fysioterapeuter.

1.6 Problemstilling og forskningsspørsmål

Til nå har jeg belyst en pandemi som skapte en mindre elektiv kapasitet for helsesektoren som første til en lavere kapasitet enn hva etterspørselen krevde. Oppgavedeling er listet opp som et av de anbefalte tiltakene for at sykehus kan møte kravene som stilles til helsesektoren fremover (Forsetlund et al., 2013). En review-artikkel viser til at oppgavedeling mellom leger og sykepleiere kan aksepteres, men at dette avhenger av type oppgave (Karimi - Shahanjarini et al., 2019). Videre viser artikkelen til at sykepleiere som tar på seg oppgaver, ønsker anerkjennelse og samarbeid fra legene. Den viser også at det trengs gode henvisningsrutiner, nok personale, erfarne ledere, tydelige roller og grundig opplæring og overvåkning (Karimi -

Shahanjarini et al., 2019). Temaet er mindre belyst i relasjonen mellom leger og fysioterapeuter, og det er derfor betimelig å undersøke praksiser med oppgavedeling mellom disse profesjonsgruppene også.

Hovedmålet med min oppgave er å kartlegge opplevelser og erfaringer fra ortopeder og fysioterapeuter knyttet til oppgavedeling som et forbedringsprosjekt i en presset helsesektor.

Jeg har tatt utgangspunkt i prosjekt fristbrudd ved norske sykehus. Gjennom oppgaven ønsker jeg å belyse dette utfra intervju med fysioterapeuter som har deltatt i utredningen av ortopediske pasienter, som følge av sine utvidede arbeidsoppgaver. Jeg vil intervju ortopeder som videre har delegert ansvaret for utredning og konservativ behandling hos fysioterapeuter. På denne måten vil begge profesjoner bli representert. Jeg har utformet følgende forskningsspørsmål på bakgrunn av dette:

«Hvilke erfaringer har fysioterapeuter og ortopeder med oppgavedeling i ortopedisk poliklinikk?»

På bakgrunn av oppgavens relevans, hvor det er lagt til rette for oppgavedeling i form av lovverk, finansieringsordninger og helsepolitiske føringer, mener jeg det vil være viktig å utforske prosjekter som innfører oppgavedeling. Helsesektoren trenger mer kunnskap om slike prosjekt, særlig da forbedringsprosjekter ikke alltid opprettholder resultatene og eksisterende forskning på forholdet mellom ortopeder og fysioterapeuter er mangelfull. Resultatene fra oppgaven vil også kunne fungere som inspirasjon til andre som ønsker å starte prosjekter som er lignende.

1.6.1 Avgrensning

Oppgaven vil være avgrenset til prosjektet fristbrudd. Herunder ønsker jeg å studere oppgavedelingen som skjer mellom ortopeder og fysioterapeuter ved ortopediske poliklinikker. Dette vil være fysioterapeuter som utreder pasienter henvist inn til sykehuset fra fastleger som tradisjonelt ville møtt ortoped. Grunnet oppgavens omfang og tidsaspekt, har jeg avgrenset til ortopeder og fysioterapeuter involvert i prosjektet. Jeg har unnlatt pasientperspektivet i denne oppgaven, selv om det er stor relevans hvordan pasienter opplever dette. Jeg har ikke intervjuet ledere eller helsesekretærer, selv om dette også er en gruppe som er involvert. Oppgaven er avgrenset til samspillet mellom aktørene jeg anser har mest

innvirkning og involvering i prosjektet. Denne avgrensningen vil også gi meg mulighet til å gå i dybden på den interprofesjonelle relasjonen som utspiller seg som en følge av oppgavedelingen.

1.7 Tidligere forskning

Jeg ønsker å redegjøre kort for tidligere forskning innenfor feltet oppgavedeling, ortopedi og fysioterapi. For å få en generell oversikt over tematikken og identifisere eventuelle kunnskapshull, startet jeg med å gjøre et innledende litteratursøk på feltet. Til tross for at det er gjort en god del forskning på oppgavedeling i helsetjenestene, finnes det lite litteratur som dokumenterer oppgavedeling mellom ortopeder og fysioterapeuter. I mitt søk fant jeg ingen studier som belyser oppgavedeling ved ortopediske poliklinikker. Dette mener jeg belyser et kunnskapshull og understreker igjen behovet for videre forskning på tematikken.

Søkene startet bredt i søkebasen Oria på jobbgledning i en norsk kontekst. Dette ga meg 10 treff, hvor det meste hadde sett på beskrivende radiologi og billeddiagnostikk. En tidligere masteroppgave (Yttermo, 2013) belyste fysioterapeuters erfaringer om oppgavedeling ved postoperative kontroller. Den sa ingenting om perspektivet til ortopeder eller opplevelser om utredninger. Oppgavegledning som søkeord gav 24 treff. En rask gjennomgang, viste riktig nok at bare to av disse var aktuelle for tematikken jeg ønsker å belyse. En annen masteroppgave ser på klinikers holdninger til oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten. Det fremkommer at klinikere er generelt positive til dette, gitt en rekke forutsetninger (Lie, 2017). Det økonomiske aspektet var sett i kombinasjon med ressursbruk på den andre relevante masteroppgaven jeg fant (Lende, 2019). Oppgaven stilte spørsmålsteget ved om spesialisthelsetjenesten gjorde smarte valg i forhold til ressurser, økonomi og kompetanse. Den forteller at det må en tydeligere overordnet strategi fra nasjonalt hold, for å kunne ta smartere valg i forbindelse med vertikal oppgavedeling (Lende, 2019). Søk ble utført i PubMed, Cochrane og Cinahl. Søkeordene for de aktuelle databasene står i fotnote². En

² Cinahl: «physical therapy or physiotherapy or rehabilitation», «outpatient clinics or ambulatory care or outpatient service or outpatient care» og «orthopedic». Cochrane: «patient experience» og «task-shift»

PubMed: physiotherapy» og «task-shift»

review-artikkel hadde sett på forholdet mellom sykepleier og lege ved oppgavedeling (Karimi - Shahanjarini et al., 2019). En annen artikkel undersøkte pasienttilfredsheten ved utredning hos enten revmatolog eller fysioterapeut, og kunne ikke vise til noen forskjell (Holøyen & Stensdotter, 2018). Det finnes en del forskning som undersøker oppgavedeling mellom andre profesjonsgrupper, som for eksempel sykepleie og lege. Jeg vil presentere noe av dette senere.

Mine søk ble utført våren 2021 i forkant av masterskissen og klarte ikke identifisere samspillet mellom ortopeder og fysioterapeuter ved oppgavedeling i ortopediske poliklinikker, verken ved oppgavedeling eller ved forbedringsarbeid seg imellom.

2 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet ønsker jeg å redegjøre for det teoretiske rammeverket i oppgaven. Her vil teori og begreper bli presentert, da jeg mener det vil bidra til å synliggjøre hvilke perspektiver mitt empiriske materiale kan forstås i. Jeg har identifisert tre ulike temaer som jeg ønsker å presentere. Teori og kunnskap om profesjonsforståelse og forbedringsarbeid vil herunder bli presentert. I intervjuene var det særlig to hovedretninger som pekte seg frem som særlig relevant for studien. Den første omhandler arbeidet med omstillingsprosesser og forbedringsarbeid som en del av praksishverdagen til helsepersonell. Den andre dreier seg om forhandlinger om profesjonelle grenseoppganger som en konsekvens av oppgavedeling. Disse tematikkene vil aktualiseres i lys av teori om organisasjonskunnskap og profesjonskunnskap. Jeg vil her gi en nærmere beskrivelse av de teoretiske perspektivene som vil anvendes i drøftingen av studiens funn.

2.1 Forbedringsarbeid

Forbedringsarbeid har i den senere tiden gått fra å bære preg av initiativ fra enkeltpersoner til å ha en mer overordnet styring både politisk og ved kampanjer (Orvik, 2015). Som fysioterapeut med min yrkeserfaring i spesialisthelsetjenesten, møter jeg stadig vekk prosjekter med forbedring som hovedmål. Subjektivt har jeg erfart at en prosjektgruppe kan beskrive prosjektet som en bedring. Det jeg finner interessant, er spørsmålet om når vet vi om en forbedring faktisk er en forbedring. Dette har blitt beskrevet av flere personer tidligere og W. Edwards Deming var som nevnt en pioner innenfor kvalitetsutvikling (Orvik, 2015). Deming (1993) utviklet den anerkjente modellen Demings sirkel. Denne sirkelen blir kalt for PDSA-sirkelen (Plan, Do, Study, Act). Dette vil si at når man jobber med forbedring, anbefales det å jobbe systematisk gjennom en kontinuerlig prosess med planlegging, utførelse, korrigerende og evaluering (Orvik, 2015). Dette gir fagutøvere en god mulighet til å systematisk jobbe med både fagkunnskap og forbedringskunnskap. Sirkelen systematiserer arbeidsprosessen i ulike faser og deler. På denne måten tilrettelegger sirkelen for at man kan holde en struktur og rød tråd, fra planlegging igjennom utførelse til evaluering og implementering.

I denne sirkelen som kobler fagkunnskap og forbedringskunnskap, først utviklet av Deming, ser man tydelige paralleller til de helsepolitiske føringene som foreligger. Ved nærmere

studering av Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren (2017), finner man stegene i PDSA-sirkelen i paragrafene som er listet opp. Dette sees også forankret i Forbedringsguiden utviklet av I Trygge hender, som tidligere beskrevet. Dette er et rammeverk som tar leseren igjennom forbedringsarbeid med bakgrunn i Demings sirkel (Pasientsikkerhetsprogrammet I Trygge hender 24-7, 2018). Her ligger også en utvidet versjon av sirkelen, beskrevet som småskala-testing. Prinsippene for planlegging, utførelse, korrigerende og evaluering er spesifisert med underspørsmål. Målet er å teste forbedringstiltakene på et mindre antall pasienter, før endringen implementeres i praksis. På denne måten vil man kunne ha kontroll over situasjonen og inneha tilstrekkelig mulighet til å korrigere tiltakene underveis (Pasientsikkerhetsprogrammet I Trygge hender 24-7, 2018).

Det finnes ulike modeller og teorier som bør ligge til grunn for å systematisere forbedring- og endringsarbeid. Jeg har valgt å fokusere på Demings sirkel. Denne kompetansen er beskrevet fra det kliniske perspektivet og ansett som usynlig arbeid (Allen & Birkeland, 2019) som ikke er løftet frem i helsetjenestene. Davina Allen (2014) har beskrevet organisatorisk arbeid som en form for usynlig arbeid som ikke alltid verken blir kommunisert og synliggjort i arbeidshverdagen til klinikere. Allen mener at i en ideell verden, burde organiseringsarbeidet til sykepleiere bli tatt på alvor. Hun beskriver det som en sentral del av sykepleiernes arbeids- og ansvarsområde og mener at det burde bli mer anerkjent. Hun understreker at organiseringsarbeidet gir viktige bidrag til effektivitet, sikkerhet og kvalitet i helsetjenestene. Hun beskriver videre at opptil 70 prosent av en arbeidshverdag til en sykepleier, kan være organisatorisk rettet arbeid (Allen & Birkeland, 2019). Møtevirksomhet, pasientkoordinering, orientering i organisasjonen kan forstås som ulike former for organisatorisk arbeid. Allens studier og beskrivelser av sykepleiernes organisatoriske oppgaver sammenfaller i stor grad med det som aktualiserer seg i omstillingsprosessen mellom fysioterapeuter og ortopeder i denne masteroppgaven. Jeg vil derfor støtte meg til dette teoretiske rammeverket for å drøfte noen av de nye, og til dels usynlige oppgavene som viser seg i kjølvannet av oppgavedeling i denne oppgaven.

I et historisk perspektiv ser man at organisatoriske temaer tradisjonelt sett har vært mindre vektlagt sammenlignet med det kliniske, både i utdanning og praksis (Orvik, 2015). En norsk studie beskriver at overgangen mellom utdanning og yrke skiller mellom fire typer kompetansegap (Havn & Vedi, 1997).

Jeg vil presentere to av kompetansegapene, da de to andre vektlegger utdanningsinstitusjoner. Det første er individuelle gap. Individuelle gap på et organisatorisk område blir sett i sammenheng med egne karriereplaner. Det blir stilt spørsmålstegn ved om det er relevant å lese organisasjonsteori, når målet er å bli en klinisk spesialist. Det neste er introduksjonsgapet som er beskrevet som manglende tilrettelegging og opplæring ved organisasjonen, eller for høye forventninger til nyutdannedes kompetanse i starten av karrieren. Systematisk introduksjon og opplegg fra organisasjoner gir raskere læring og kompetanseutvikling enn tilfeldige opplegg (Orvik, 2015). Dette gapet beskrevet for nyutdannede, mener jeg også kan tilegnes ved nyansettelser eller om man ikke har erfaring eller er komfortabel med å arbeide inn mot forbedringsprosjekter. Organisatorisk kompetanse, fagkunnskap og teori om forbedring er faktorer jeg anser som nødvendige for å bli bedre rustet til å møte prosjektarbeid.

Strukturert forbedringsarbeid mellom fysioterapeuter og ortopeder finner jeg lite litteratur på. Men jeg anerkjenner Deming og Allen sine beskrivelser av forbedringsarbeid, og særlig forholdet mellom sykepleiere og leger er nøye studert (Johannessen, 2018). Jeg mener disse presenterte teoretiske perspektivene kan dras inn i forholdet mellom fysioterapeuter og ortopeder. Jeg ser en overføringsverdi, da jeg finner tydelige paralleller som jeg vil presentere i drøftingen

2.2 Profesjonsforståelse

Eilert Freidson bidro til utviklingen av profesjonsteorien som tilsa at profesjonene både innbefatter en sosial og politisk makt, men som ikke alltid praktiseres med utgangspunktet i interessen for allmennheten. Freidson mente også at en definisjon av profesjoner ville bli mislykket, på bakgrunn av at de ikke er universelle, men alltid fleksible og forandelige (Molander & Terum, 2008b). Mirko Noordegraaf (2016) understøtter dette og viser til at det er utfordrende sette en tydelig definisjon på profesjoner. Han understreker sammenhengen mellom profesjoner og organisering, og mener dette har en innvirkning på hverandre. Det vil også ha en betydning for utviklingen av profesjonene, hvordan samarbeidet mellom de er. Kombinasjonen av nye arbeidsområder, ny teknologi og nye plasser har dyttet profesjonene i forskjellige retninger. Noordegraaf viser til at profesjonene er i endring på lik linje med at samfunnet endrer seg (Noordegraaf, 2016). Ser man profesjonene i lys av pandemien og et

samfunn i stadig endring, ble det konstruert nye muligheter for både økt samarbeid mellom profesjoner og også en mulighet for å studere grenser mellom dem.

For å få en økt innsikt i profesjoner, ønsker jeg å redegjøre for personer som tidligere har sagt noe om det. Profesjonsbegrepet har i senere tid blitt kritisert for å ha mistet sin empiriske gyldighet. Det blir påstått at profesjonene blir flere, og dermed også mindre «profesjonelle». Dette kan tyde på at de nye profesjonene ikke er som profesjonene en gang var (Molander & Terum, 2008a). Dette kan sees på som at profesjonene «utvannes», og det kan begrunnes med at profesjonene i større grad veves inn i større organisasjoner. Gjennom dette kan de miste noe av sin autonomi. Profesjon er tradisjonelt blitt brukt av yrkesgrupper for å konstruere grenser og på denne måte få makt og privilegier (Molander & Terum, 2008a).

Helsevesenet har lenge vært et ettertraktet område for studier av profesjonsgrenser, dette argumenteres på bakgrunn av spesialisthelsetjenestens unike sammensetning av ulike profesjoner, kompleksitet og organisering (Johannessen, 2018). Det er presisert av Abbot (1988) at profesjonsarbeidet ikke bare går under en nedfelt lov, men basert på hvordan profesjoner hevder å være de rettmessige til å utføre arbeidet. Abbot lanserer begrepet profesjonell jurisdiksjon, som han anvender for å beskrive en profesjons utøvelse av et spesifikt arbeidsområde. På denne måten beskriver han en profesjons arbeidsområde som noe mer enn bare det som er nedfelt i loven, men også baserer seg på de utøvende dagligdagse praksiser (Abbott, 1988). Jurisdiksjonen er nært knyttet mot makt, prestisje, økonomi og profesjoners identitet (Lamont & Molnár, 2002). Da denne jurisdiksjonen er knyttet til profesjoners identitet, har enkelte i senere tid antydnet at legers autoritet og skille fra annet helsepersonell, er ferdigheter på å sette diagnoser (Godlee, 2008). Dette i motsetning til eksempelvis sykepleiere, som formelt ikke stiller diagnoser ved vurdering av pasienter (Johannessen, 2018).

Grenser mellom profesjoner, også kalt jurisdiksjon eller jurisdiksjonsgrenser, er i tradisjon etter Andrew Abbott (1988). Han forklarer jurisdiksjon som en profesjons kontroll over bestemte arbeidsoppgaver, eksempelvis legers kontroll over diagnostikk. Disse grensene er forbundet med identiteten til profesjoner. I lys av oppgavedeling i dagens helsetjenester, vil Abbots begrep (1988, s. 75) *intellektuell jurisdiksjon* gjøre seg gjeldende. Dette begrepet beskriver hvordan profesjonsgrupper som delegerer oppgaver til andre, kan opprettholde

kontrollen, og dermed makten over oppgavene ved for eksempel å beholde hegemoni over kunnskapsgrunnlaget for oppgaven, eller beholde en veiledende funksjon ovenfor utøvende aktører. Disse oppgavene kan frivillig være delegert bort, men ikke nødvendigvis bestandig. Dette kan ha blitt besluttet av eksempelvis ledere. Uavhengig av dette, kan man se ved intellektuell jurisdiksjon at for eksempel leger beholder styring eller makt over visse oppgaver, selv om de er delegert bort (Abbott, 1988). Dette kan drøftes i ulike retninger om nytteverdi og hvordan denne kontrollen opprettholdes. Davina Allen beskriver også en viss forskjell i maktbalansen på forholdet mellom leger og sykepleiere (Allen, 2000). Hun tydeliggjør også grenser mellom profesjonene, og beskriver at mange leger anser sykepleiere som aktører som «bare» skal følge instruksene.

Johannessen (2018) har publisert en studie som ser på grenseoppgangene mellom sykepleiere og leger ved en legevakt. Han definerer her formell og uformell jurisdiksjon. Kort fortalt kunne ikke sykepleiere sette diagnoser på pasienter ved legevakten, og dette ble beskrevet som den formelle jurisdiksjonen. Derimot var den uformelle jurisdiksjonen, det som egentlig skjedde på arbeidsplassen, sykepleiere som skjønnsmessig «diagnostiserte» og prioriterte pasientene inn til legevakten. Denne fleksibiliteten og flertydigheten av grenseoverganger i profesjoner, viser til arbeidsplassjurisdiksjon. Med dette menes hvordan arbeidsplassens grenser kan være løsrevet fra tradisjonelle og mer formelle jurisdiksjongrenser (Johannessen, 2018).

Profesjoner kan tolkes som å flertydige grunnet sin universelle utforming og endring i takt med hvordan samfunnet og helsetjenester endrer seg. Ulike profesjoner har som mål å jobbe for pasientens beste og dette kan løses på ulike måter, samt det viser seg at grenseoverganger finnes. Disse grenseovergangene kan bli visket ut, og dette kommer tydelig frem i Johannessen (2018) sin studie og analyse av profesjongrenser på arbeidsplassen.

3 Metode

Dette prosjektet er gjennomført innenfor det kvalitative forskningsfeltet med forankring innenfor et konstruktivistisk perspektiv (Justesen & Mik-Meyer, 2010). Siden konstruktivismen er et paraplybegrep som dekker over ulike perspektiver i samfunnsvitenskapen, bygges oppgaven min rundt erkjennelsen at forståelsen av verden konstrueres i samspillet mellom de involverte aktører. Konstruktivismen er også et perspektiv hvor grupper konstruerer sine identiteter i en prosess som er dynamisk (Prieur, 2004). Identitet kan forstås som noe som skapes av mennesker i en gitt kontekst med andre mennesker. Sentralt i en konstruktivistisk tanke om identiteter, er å anerkjenne at identitet er i bevegelse og foranderlig. Samtidig er det åpent for forskjellig fortolkning og forståelse. Identitet innenfor konstruktivismen er ikke anerkjent som noe fast og uforanderlig (Prieur, 2004). Profesjonell identitet må i så måte også kunne anses som et konstruert fenomen. Sett i lys av konstruktivistisk perspektiv, anerkjenner jeg prosjekt fristbrudd som konstruert som en følge av endrede rammebetingelser i en presset helsesektor. Dette må igjen forstås å kunne skape bevegelse i de profesjonelle identitetene.

Målgruppen for prosjektet er aktører involvert i oppgaveglidning, og metoden jeg benytter meg av skal bidra med å generere relevant og interessant kunnskap om dette feltet av relevans for videreutvikling av helsetjenesten. Den konstruktivistiske vitenskapstradisjonen forutsetter en aktiv, fortolkende forsker som bidrar til produksjon av kunnskap gjennom sin delaktighet i prosjektet. Prosjektet forutsetter derfor at jeg legger frem mine refleksjoner som forsker for leser, men også egen posisjon og erfaring vil det bidra til å bringe lys over min posisjon i feltet. Hvor man i det realistiske perspektivet anser dette som bias, vil man i konstruktivismen anse dette som posisjonering og har betydning for hvilken kunnskap som skapes som en del av undersøkelsen (Justesen & Mik-Meyer, 2010). Refleksivitet over egen forforståelse og posisjonering til feltet har derfor vært sentralt gjennom hele prosjektet. Jeg vil gjøre nærmere rede for dette senere i teksten.

3.1 Forskningsdesign

I oppgaven har jeg benyttet meg av det kvalitative forskningsintervjuet som metode for generering av det empiriske materiale. Kvalitative metoder kan benyttes for å utforske og beskrive opplevelser og erfaring. Jeg ønsket å bringe frem variasjoner, nyanser og

kompleksiteten rundt oppgavedeling. Ved bruk av samtale som forskningsmetode, kan man bringe frem betydningen av aktørenes erfaringer og opplevelser, for å avdekke hvordan de opplever sin praksis. Forenklet sett er intervjuer en samtalesituasjon med en viss struktur og med en hensikt. På samme tid er et forskningsintervju ikke anerkjent som en dialog mellom to likeverdige parter, da forskeren definerer og styrer samtalen. Denne produksjonen av kunnskap og empiri, vil komme fra både intervjuer og den som blir intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.1.1 Intervjuguidene

Det semistrukturerte intervjuet søker å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med en rekke temaer som skal dekket. Samtidig er det i stor grad preget av åpenhet når det gjelder endringer i formuleringer og rekkefølgen underveis, som intervjuer har man mulighet til å forfølge spesifikke svar og historier intervjupersonene forteller (Kvale, 2015b).

Jeg utformet en intervjuguide i tråd med Kvale og Brinkmann sin beskrivelse av skripting av intervjuet (Kvale, 2015b, s. 162). Jeg utformet to ulike intervjuguides, en til ortoped og en til fysioterapeut (vedlegg 1 og 2). Jeg hadde utformet temaer med underspørsmål.

Underspørsmålene var forberedt og hadde en åpen karakter i form av svar som kan oppfølges.

Intervjuguiden til fysioterapeut bestod av fire temaer. Disse var «*håndtering av nye oppgaver*», «*profesjonsgrenser*», «*rolleavklaring*» og «*kompetanse*». Temaene til ortopedene var «*tillit til andre faggrupper*», «*endret praksis*», «*endret rolle*» og «*informasjonsflyt*».

Grunnen til utformingen av to ulike intervjuguides, var fordi jeg intervjuet to ulike profesjoner med ulik rolle i prosjektet. Jeg benyttet meg av introduksjonsspørsmål med inngangsport til oppfølgingsspørsmål og vekslet videre mellom inngående spørsmål og direkte spørsmål (Kvale, 2015b), se vedlegg 1 og 2.

3.1.2 Utvalg

Det ortopediske miljøet i Norge er lite, og for å ivareta informantenes anonymitet, har jeg valgt å ikke oppgi informasjon om kjønn, spesialitet i fagfeltet og alder. Jeg ønsker likevel å si noe om utvalget mitt. Jeg gjorde et strategisk utvalg, da jeg ønsket informanter som kunne belyse forskningsspørsmålet med inngående kunnskap om temaet og gi ulike perspektiver. I praksis vil dette si at jeg etterspurte informanter med relevant innsikt og tilhørighet til Prosjekt Fristbrudd.

Jeg kontaktet ledere ved ortopediske avdelinger og sendte ut informasjonsskriv og samtykkeerklæring (vedlegg 3 og 4) Det var varierende hvor mange som svarte og jeg måtte etterspørre informanter med oppfølgende e-post. Noen svarte også nei til å delta, og på grunnlag av dette mener jeg min beskrivelse og formidling om frivillig deltakelse var vellykket. Fra lederne fikk jeg kontaktpersoner som kunne være aktuelle for å delta i intervju. Jeg fikk etablert kontakt med to ortopeder og to fysioterapeuter som var involvert i prosjektet som beskrevet innledningsvis. Disse fikk også tilsendt informasjonsskrivet og samtykkeskjema, på samme måte som ledere hadde fått orientering. Disse informantene vil videre bli beskrevet som Fysioterapeut A, Fysioterapeut B, Ortoped A og Ortoped B.

Fysioterapeut A er en fysioterapeut med videreutdanning og mer enn ti års erfaring fra yrket. Fysioterapeut B er involvert i prosjektet og har noe kortere erfaring som fysioterapeut. Begge ortopedene er ferdig utdannede spesialister innenfor ortopedi og har mer enn 10 års erfaring fra yrket. Informantene er fra innhentet fra to ulike sykehus i Norge, og sykehusene omtales ikke med navn for å bevare anonymiteten. For å sikre anonymitet til informantene, er sitatene omskrevet til bokmål og til en viss grad renskrevet språket for bedre flyt.

3.1.3 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført fra senhøsten 2021. Alle intervjuene ble utført innenfor arbeidstiden til informantene. På grunn av en varierende smittesituasjon ble to av intervjuene gjennomført via Teams og to intervju ble gjennomført fysisk. Samtykke til deltakelse ble gjennomført før oppstart samt en briefing med inngående informasjon om formål og hensikt med studien. De to digitale intervjuene var med fysioterapeuter og de to fysiske var med ortopeder. Rommene som ble brukt i intervjusituasjoner var kontorer på aktuell avdeling. I forkant av intervjuene, hadde jeg gjennomført et prøveintervju av en medkollega for å sikre at utstyret fungerte og for å bli kjent i rollen som intervjuer. Prøveintervjuet gjorde meg trygg på min faglige bakgrunn innenfor ortopedi, men jeg fikk innspill som gjorde at jeg endret intervjuguiden til mer åpne spørsmål. Jeg oppdaget etter innspillene fra prøveintervjuet at jeg hadde ganske lukkede spørsmål, selv om jeg i utgangspunktet antok at jeg ikke hadde det. Dette ga utslag i korte svar, fra kollegaen som også uttrykte dette. Med justering av spørsmål til den mer åpne karakter, som «kan du fortelle litt om din arbeidshverdag?», ble intervjuguiden mer utforskende med økte muligheter for oppfølgingsspørsmål.

Intervjuene varierte i lengde, fra 24 minutter til 65 minutter. Intervjuguiden ble brukt både som veileder og støtte underveis, men også som en sjekklister for å undersøke om jeg hadde vært igjennom temaene jeg hadde planlagt. Jeg startet med intervju av ortopedene og erfarte at min rolle som intervjuer utviklet seg underveis. Jeg satt igjen med en følelse av at dette var en treningssituasjon. I utgangspunktet hadde jeg en tanke om at det å intervju skulle være ukomplisert, men i situasjonen var jeg meget konsentrert. Jeg tror ikke det var synlig, men innvendig følte jeg et stress på at dette måtte bli en bra situasjon for alle parter.

Etter at opptaket var avsluttet, satt jeg og informanten igjen en stund og snakket litt videre sammen. Det ble lagt opp slik, for å fange opp om det var et behov for evaluering av intervjusituasjonen. Dette er også anbefalt av Kvale og Brinkmann (2009). Det virket som informantene opplevde det som interessant å få dele av sin arbeidshverdag i forbindelse med prosjektet. Jeg oppdaget ikke noe behov for evaluering av intervjusituasjonen, og ser dette i sammenheng med at det var intervju preget av yrkesmessig karakter og ikke på et uttalt personlig og følelsesmessig nivå.

Jeg erfarte en endring i min rolle som intervjuer i løpet av disse fire intervjuene. Jeg skrev logg underveis, evaluerte meg selv og drøftet sammen med veileder. Endringen jeg erfarte som intervjuer, var at jeg ble tryggere og mer komfortabel i rollen. Jeg følte selv at jeg mestret situasjonene bedre og i større grad turte å benytte meg av taushet for å gi rom for dialog. Dette kan naturlig nok tolkes som en svakhet ved det første intervjuet, men samtidig kan det også belyse den utviklingen jeg selv har hatt som intervjuer og den kunnskapen jeg har tilegnet meg underveis i prosessen, som har vært en forutsetning for å komme frem til den kunnskapen jeg sitter igjen med i ettertid.

3.2 Analyse

I dette avsnittet beskrives analyseprosessen fra transkripsjonen frem til presentasjonen av resultatene. Selve resultatene vil bli presentert i et eget kapittel senere.

3.2.1 Transkripsjon

Kvale og Brinkmann (2009, s. 205) beskriver transkripsjoner som dekontekstualiserte gjengivelser av direkte intervjusamtaler. Denne beskrivelsen gjorde at jeg fikk en forståelse av at materialet var velegnet for videre analyse og videre tolkning av analysen. Samme dag eller dagen etter intervjuene var fullførte, ble de transkribert. Jeg intervjuet ortopedene først

og fikk dermed gjennomført intervju og transkripsjon av en profesjonsgruppe. Opptakene bestod av god og tydelig lyd kvalitet. Jeg opplevde det som uproblematisk å få en ordrett gjengivelse av opptakene. For å bevare anonymiteten til alle involverte aktører, måtte enkelte stedsnavn og personer omskrives. På samme grunnlag ble intervjuene transkribert på bokmål, for bevaring av anonymitet slik at ikke dialekter kunne gjenkjennes. Intervjuene av fysioterapeutene ble gjennomført digitalt grunnet en pandemi med varierende grad av smittevernstiltak, og her ble også lydbåndopptaket av god kvalitet. Når intervjuene ble transkribert fra muntlig til skriftlig form, gjorde dette de bedre egnet for videre analyse. Denne skriftlige struktureringen er i seg selv begynnelsen på analysen (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.2.2 Analyse av datamaterialet

Jeg har benyttet meg av en tematisk innholdsanalyse. Da jeg anser analysen av datamaterialet som en kontinuerlig prosess, ville det muligens sett annerledes ut om jeg skulle analysert materialet på ny. Jeg leste datamaterialene gjentatte ganger i helhet for å danne med et godt overblikk over de transkriberte tekstene, uten noen form for koding, tematisering eller støtte fra litteraturen. Dette for å fange opp hva informantene hadde delt av informasjon. Valget av analyse teori falt på Braun og Clarkes seks faser for tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006). Som nybegynner, var denne analyse teorien et godt verktøy som ga meg nyttig struktur. Dette gjorde prosessen håndterlig og forståelig underveis. Analyse teorien består av seks ulike faser. Jeg benyttet meg ikke av noe dataprogram for bearbeiding av kodene og temaene, men utførte dette manuelt gjennom en systematisering i Word og Excel. Under ønsker jeg å beskrive de seks ulike fasene jeg gjennomgikk for å dekontekstualisere materialet.

1. I første fase ble jeg kjent med materialet mitt med **gjennomlesning**. Jeg hørte på nytt igjennom intervjuene for å kontrollere at de stemte overens med materialet. Notater ble skrevet ned om temaer informantene var innom.
2. Andre fase bestod av **koding** av materialet. Jeg kodet sitater som meningsbærende enheter, og kodingen bestod av min fortolkning av hva informantene sa (vedlegg 5).
3. Tredje fase bestod av koder som ble **sortert i temaer** basert på min fortolkning av innholdet i kodene. Det ble få hovedtemaer, som hadde flere undertemaer som passet hovedtemaet.

4. Denne fasen opplevde jeg som mest tidskrevende grunnet en del reorganisering av koder. **Gjennomgang av temaene** ble gjort flere ganger for å lande temaene.
5. Jeg opprettet en endelig **temaliste** og laget illustrasjon av denne (vedlegg 6).
6. Hvert tema fikk en påfølgende **tekst** som rapporterte innholdet i kort versjon.

Denne prosessen med disse seks trinnene ble gjennomført på hver enkelt transkripsjon av hvert intervju. Jeg jobbet manuelt i word og excel, koder ble fysisk adskilt fra den sammenhengende teksten og plassert i temaer og tilhørende undertema. Vedlegg 6 viser et utdrag fra denne prosessen og temaene med undertemaer. Prosessen var ikke lineær. Jeg vil beskrive det som en frem-og-tilbake-prosess. Den lineære fremstillingen av de seks fasene er kun en skjematisk framstilling av de ulike elementene som i praksis foregikk om hverandre.

Jeg erfarte tidlig at materialet jeg satt igjen med var massivt og jeg jobbet med frem og tilbake i materialet. Selv om jeg hadde utarbeidet meg opprinnelige temaer, måtte jeg gå tilbake til kodingen og frem til temaene for å se at det var samsvar med fortolkningen jeg hadde gjort. Underveis ble temaer endret og koder flyttet. Med grunnlag i bearbeiding av rådataen og den empirinære kodingen ble det utviklet kodegrupper eller temaer som jeg fikk benyttet aktuell teori mot. Dette ble gjort for å få en mer helhetlig forståelse av de fenomenene som skal studeres. Da vil ikke kunnskapen som blir skapt kun være forbeholdt det temaet som har blitt studert, men kunne videreføres til andre konsept innenfor samme sjanger.

3.3 Refleksivitet

Kvalitative metoder er forskningsstrategier velegnet for beskrivelse og analyse av karaktertrekk. Det er godt egnet for å frembringe egenskaper og kvaliteter ved de fenomener som skal studeres (Malterud, 2001). Kvalitative forskningsmetoder har velkjente vitenskapsteoretiske forutsetninger for systematisk og refleksiv kunnskapsutvikling. Prosessen skal være tilgjengelig for både innsyn og utfordringer. Resultatene skal ha overførbarhet utover den aktuelle studien (Malterud, 2002). Refleksivitet omhandler overveielser av forutsetninger som omgir kunnskapsutviklingen og som kan bidra til å forme resultatene (Malterud, 2002). Det er beskrevet at forskeren må forholde seg til betydningen av egen rolle. Egen rolle vil bety forutsetninger og konsekvenser knyttet til den systematiske håndteringen av det empiriske materialet og analysen samt utvalget som er gjennomført

(Malterud, 2002). Jeg ønsker å redegjøre for min bakgrunn, motiver, perspektiver og antakelser angående denne oppgaven.

Jeg er utdannet fysioterapeut med omtrent 10 års erfaring fra klinisk arbeid. Jeg jobber innenfor det ortopediske fagfeltet, tilknyttet både drift av sengepost og ortopediske poliklinikker. Jeg har erfaring fra arbeid tilknyttet prosjekter. Motivet for oppgaven min, har endret seg underveis. Dette er noe jeg ønsker å belyse for å være transparent som forsker, slik at mine motiver og endringer av disse kommer tydelig frem. Dette er noe jeg selv er blitt bevisst på underveis i utformingen av oppgaven, fra søknad til NSD og til skrivende stund. Jeg ønsker å være åpen angående min tankegang rundt fysioterapeuters rolle inn mot ortopediske poliklinikker. Det var min nysgjerrighet rundt dette som var starten på oppgaven min. Jeg antok at det var til pasienters beste og at det fantes et ubrukt potensialet rundt oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten. Underveis som empirien ble produsert, så jeg at organisatorisk kompetanse og samhandling på tvers av profesjoner skilte seg ut. Dette ble uttrykt enda tydeligere underveis i analysen. Jeg oppdaget også at informantene omtalte organisatorisk arbeid annerledes på en måte som tilsa at de ikke nødvendigvis var klar over at det var organisatorisk arbeid de beskrev, eller at dette krevde en særegen kompetanse. Temaer i intervjuene jeg på forhånd hadde antatt skulle få stor plass, fikk ikke nødvendigvis det i intervjusituasjonen.

Til tross for at det var mer ubevisst enn bevisst, hadde jeg nok et utgangspunkt i et ønske om å «forsvare» fysioterapeuter som profesjon da jeg gikk inn i arbeidet. Underveis dreide motivet seg riktig nok mer i retning mot å forstå hvorfor prosjekter og forbedringsarbeid kan oppfattes utfordrende, og hvordan dette kan påvirke profesjonsgrensene. Motivet ble et mer søkende og nysgjerrig preg hvor jeg ønsket å forstå hvorfor og hvordan klinikere og organisasjoner fungerer sammen. Dette var en lærerik prosess for meg, da «bastante» antagelser om at oppgavedeling var til det beste for alle parter utviklet seg til å bli en mer åpen og nysgjerrig holdning mot feltet. Jeg vil avslutningsvis i redegjørelsen for min refleksivitet også understreke at denne kunnskapen produsert i oppgaven, mest sannsynlig ikke ville vært tilstede uten min kunnskap om, og kjennskap til fagfeltet.

3.4 Metodekritikk

Fagmiljøet jeg undersøker er lite, og det har vært utfordrende å rekruttere informanter som jeg ikke hadde noen tilknytning til fra før. To av mine informanter har jeg derfor samarbeidet med tidligere. Det skal nevnes at jeg og informantene ikke har samme ledere eller er organisert i samme enhet. Dette var store betraktninger jeg gjorde i forkant av oppgaven og intervjuene. Jeg spurte ikke informantene direkte, men gikk via leder og gjorde meg bevisst på anbefalte forhold i forkant i samsvar med Norsk senter for forskningsdata (NSD) sine retningslinjer. Informantene ble rekruttert via kontakt med lederen og ettertrykkelig klargjort grad av frivillighet. Jeg forsøkte så godt det lot seg gjøre å skille mellom rollen som ansatt og student, og informerte om taushetsplikt (Norsk senter for forskningsdata, 2022). Videre ble det klargjort at informantene kunne trekke seg når som helst i forløpet. Den ene informanten ønsket transkripsjonen til gjennomlesning før analyse, og dette ble etterkommet.

En annen kritikk er at informantene er rekruttert fra to ulike sykehus. Dette vil si at de nødvendigvis ikke omtaler hverandre selv om prosjektet er forankret med samme bakgrunn på begge sykehusene. Fordelen med dette kan riktignok være at informantene lettere kunne åpne seg og sine erfaringer, uten å føle at de «hang ut» sine kollegaer som også var med i prosjektet.

Da intervju er en prosess og treningssituasjon (Kvale, 2015b), må det tas høyde for at jeg var en uerfaren intervjuer og subjektivt sett er det vanskelig å vurdere sin egen grad av tilstedeværelse. Det jeg erfarte, var at jeg følte meg tryggere i rollen underveis som intervjuene gikk. Men det kan tenkes at jeg glemte noen oppfølgingsspørsmål jeg burde ha stilt.

Min refleksivitet og førforståelse kan og skal ha preget oppgaven. Jeg anser min refleksivitet som posisjonering og mener det har betydning for undersøkelsen som er gjort (Justesen & Mik-Meyer, 2010). Det som hadde betydning for meg som forsker, var at denne posisjoneringen endret seg. På bakgrunn av redegjørelsen for min refleksivitet og endring av posisjoneringen, mener jeg oppgaven ble mer fleksibel og mer dynamisk enn jeg først antok.

3.5 Reliabilitet og validitet

Med reliabilitet menes forskningsresultatens troverdighet (Kvale, 2015a). Det menes hvorvidt et resultat kan reproduseres av andre forskere ved et senere tidspunkt. Et for sterkt

fokus på reliabilitet kan redusere den kreative tenkningen og variasjon (Kvale, 2015a), noe jeg anser som særlig sentralt i et prosjekt med konstruktivistisk forankring. Jeg mener at det vil være vanskelig å reprodusere mine resultater, men det vil være mulig å utføre lignende studier på samme området. Min refleksivitet og egne erfaringer vil prege oppgaven og informantene vil nødvendigvis ikke være de samme. Prøveintervju og nødvendige forberedelser var viktig for at jeg skulle kunne forberede intervjusituasjonen så godt som mulig, for å kunne frembringe relevant informasjon. Jeg jobbet også med bevisstgjøring omkring egen situasjon og forforståelse. Ikke for å forsøke å «nullstille» meg selv som forskningsinstrument, men for å stille meg åpen for eventuelt andre perspektiver og fortolkninger enn jeg var innstilt på i forkant av prosjektet. Ved å redegjøre for min bakgrunn, redegjøre metoden som er brukt og tydeliggjøre stegene i analyseprosessen, anser jeg resultatene som troverdige.

Validitet kan sees på i en bredere fortolkning som hvordan en metode undersøker det den er ment til å undersøke (Kvale, 2015a). Med denne oppfatningen av validitet, kan kvalitativ forskning gi gyldig, vitenskapelig kunnskap. Selv vurderer jeg validiteten som tilfredsstillende, da jeg datainnsamlingen er treffende for forskningsspørsmål og oppgavens intensjon. Vurdering av transkripsjonens gyldighet er mer komplisert enn å bringe deres pålitelighet på det rene. Spørsmålet «Hva er korrekt transkripsjon?» er umulig å svare, ifølge Kvale og Brinkmann (2015). Det finnes ingen sann, objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form. På bakgrunn av transkripsjonens gyldighet, er denne redegjort. Samtidig mener jeg selv at jeg har brukt sitater for å fremheve poeng, og mener dette også kommer tydelig frem i oppgaven. Prosjektet baserer seg på uttalelser fra kun fire informanter. Det vil ikke være mulig å fremstille noen statistisk generaliserbarhet basert på et slikt datamateriale. Det har heller ikke vært hensikten i dette prosjektet. En analytisk generaliserbarhet må likevel anses å være gjeldende basert på de teoriinformerte analysene i prosjektet, som bidrar til å generere relevans utenfor den studerte konteksten.

3.6 Forskningsetikk

Jeg benyttet meg av Universitetet i Tromsø (UiT) Norges arktiske universitet sine retningslinjer for administrasjon av data. De forholder seg til Forskningsrådets og EUs prinsipper for forvaltning av forskningsdata (UiT Norges Arktiske Universitet, 2017). Dataen jeg innhentet fra informantene ble klassifisert som kategori gul, da innhentet informasjon er

konfidensiell som kan omhandle personopplysninger som for eksempel kan knyttes til arbeidsplass. For oppbevaring og transkripsjonsmetode benyttet jeg meg av nettskjema-diktafon-appen sammen med Tjenester for sensitive Data (TSD). TSD er et fullt sett med tjenester, fra innsamling av data til analyse, behandling og lagring i sikrede omgivelser. I henhold til UiT sine retningslinjer for informasjonssikkerhet og personvern, oppfylder nettskjema kravene som ved klassifisering fortrolig, som tilsvarer fargekode rød. Informantene ble nøye informert om denne sikkerheten rundt hvordan datamaterialet ble lagret. På denne måten ble også elementet om usikkerhet på fortrolighet ekskludert. De digitale intervjuene ble gjennomført via Teams, som er en kvalitetssikret plattform, også i tråd med UiTs retningslinjer (UiT Norges Arktiske Universitet, 2021). Jeg søkte Norsk senter for forskningsdata (NSD). Deretter satt jeg opp min databehandlingsplan, i tråd med NSDs retningslinjer (Norsk senter for forskningsdata, 2021). Søknaden ble godkjent 02.08.21 (vedlegg 7), og deretter begynte jeg rekruttering av informanter.

4 Presentasjon av resultater

I det følgende kapittel skal jeg redegjøre for mine resultater. Her er informantenes utsagn presentert i lys av min tolkning. På bakgrunn av min refleksivitet og posisjon, vil jeg redegjøre for informantenes utsagn og utfylle disse i lys av egne tolkninger.

For å kunne besvare mitt forskningsspørsmål, består min datainnsamling av erfaringer og opplevelser hos både ortopeder og fysioterapeuter tilknyttet ortopediske poliklinikker.

Fristbrudd og opphopning av henvisninger var en katalysator for økt oppgavedeling og denne organiseringen skapte en ny arena for samhandling mellom profesjonene. Materialet har ført til ny kunnskap om samarbeid mellom ortopeder og fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten. Med utgangspunkt i ortopeder og fysioterapeuter som var positive til prosjektets oppstart, ble det pekt på en endret organisatorisk arbeidshverdag for fysioterapeutene. Fysioterapeutenes arbeidshverdag utpekte seg særlig som med tanke på endrede oppgaver, selv om begge profesjonsgruppene ble intervjuet.

Resultatene fra intervjuene pekte også i retning av at endringsprosessene og omorganiseringen ikke bare krevde klinisk kompetanse, men også organisasjonskompetanse. Det ble aktualisert at oppgavedeling og omorganisering krevde nye roller og en evne til å være fleksibel i sin utøvelse av profesjonen.

4.1 «Jeg føler meg veldig heldig som får være med»

Alle informantene var samstemte på at prosjektet hadde livets rett. Fysioterapeutene mente at denne måten å arbeide på var givende og faglig utfordrende på en positiv overkommelig måte. Hvis henvisningen var av en karakter som tilsa at tilstanden kunne utredes og behandles av en fysioterapeut, påpekte både ortopedene og fysioterapeutene de at det var riktig ressursbruk at fysioterapeutene gjennomførte konsultasjonen. Det hersket ingen motforestillinger til at pasienter som var henvist inn til ortoped kunne møte fysioterapeutene. Fysioterapeut A beskriver tydelig det inntrykket informantene ga i intervjuene om opplevelsen av å være delaktig i prosjektet. Det virket som et veldig godt utgangspunkt for ny organisering i arbeidshverdagen.

«Jeg mener absolutt at fysioterapeuter har en plass og en rolle i et slikt prosjekt som dette her. Det er jo, du føler nesten at jeg har en sånn drømmejobb egentlig. Jeg føler

absolutt at vi gjør en forskjell hos de pasientene jeg har møtt (...) Jeg føler meg veldig heldig som får være med på dette prosjektet og jeg håper det blir videreført»

(Fysioterapeut A)

Forankring hos ledere og initiativ fra fysioterapeutene var noe ortopedene vektla for oppstarten av organiseringen. Det var tydelig at ortopedene ikke hadde noen innvendinger med at fysioterapeutene overtok pasientkonsultasjoner som tradisjonelt ville havnet hos en ortoped. Tvert imot, ortopedene ga inntrykk for at tidligere gode erfaringer med fysioterapeutene var grobunn for å ville være med på videre samarbeid om nye oppgaver. I tillegg til en presset venteliste som stadig økte, var dette noe ortopedene kunne stille seg bak.

«Det var en prosess som egentlig kom som en gavepakke på et tidspunkt der vi hadde et ganske stort etterslep for å vurdere pasienter i poliklinikken på grunn av covid-19. (...) Også kom det et forslag fra fysioterapiavdelingen, at nå var det noe ledig fysioterapiressurser som kunne brukes til elektiv poliklinikk og da tenkte vel min sjef «hurra». (Ortoped B)

Ortopedene virket tilfredse med konkret hjelp inn mot reduksjon av en venteliste som hadde bygget seg opp etter stopp i elektiv poliklinikk, grunnet redusert drift i pandemien. Felles møter for definering av arbeidsoppgaver ble vektlagt, med faste møtepunkter i starten. Her ble pasientgrunnlaget kartlagt og fysioterapeut og ortoped kunne samsnakkes om hvilke pasientgrupper som kunne egne seg til fysioterapeut.

«Fysioterapeutene var med og vurderte henvisningene, da ble vi enige (...) Da fikk vi på en måte siktet oss inn og kalibrert oss litt i forhold til hva de ønsket og hva vi ønsket. Det var grei ansvarsfordeling de første seansene.» (Ortoped A)

Begge ortopedene var tydelige på at oppstartsfasen var viktig for å definere videre arbeid og avklaringer rundt henvisningene. Selv om vurdering av henvisninger tradisjonelt har vært en arbeidsoppgave for en ortoped, ble fysioterapeutene tatt med i starten for å få innblikk i denne type arbeid samt mulighet for å komme med innspill. Med hektiske hverdager både for fysioterapeuter og ortopeder, virket det som evaluering underveis ble tilsidesatt når informantene fikk spørsmål om dette.

«Men det er godt mulig vi skulle ha fortsatt med noen formelle møter for å ha hatt en oppdatering på hvordan det fungerer. Men i starten synes jeg i alle fall det var bra å ha noen konkrete møter på dette.» (Ortoped B)

Det kom frem i intervjuene at ortopedene hadde tillitt til fysioterapeutene og ikke virket å ha noe større betenkeligheter når det gjaldt å delegere fra seg pasienter innenfor de formene det ble organisert under. Ortopedene hadde god oversikt og eierskap til oppgavene i prosjektet, noe som virket å gi ortopedene en form for kontroll. Det ble tydelig at tillitten hadde økt og begge ortopedene så for seg enda flere oppgaver som kunne egne seg for fysioterapeutene. Dette behovet ble belyst tydelig under pandemien med økt etterslep på poliklinisk drift. En gradvis overgang i prosjektet ble tydelig, noe som kan gi en viss form for kontroll over prosessen. Denne overgangen ble beskrevet som et samarbeid med fysioterapeutene over tid, med erfaringer fra pasientbehandling og problemstillinger hvor både ortoped og fysioterapeut jobber sammen for pasientens beste. Et samarbeid over tid virket å bygge tillitt til prosjektet, men også fremtidige oppgaver. Ortoped B synliggjør viktigheten av å ta prosessen stegvis:

«Og litt sånn når vi føler at fysioterapeutene begynner å bli bekvemme og komfortable med vurderinger av noen pasientgrupper så er det naturlig å utvide spekteret med nye diagnoser og problemstillinger.» (Ortoped B)

Ved intervjuene med ortopedene, på spørsmål om det er noe annet enn det allerede tematiserte, nevner begge at det er ønskelig med fysioterapeuter som setter injeksjoner som legens medhjelper. Dette viser at ortopedene stiller seg åpne til delegering av oppgaver som tradisjonelt har vært forbeholdt legeprofesjonen.

«Det er noe jeg ser for meg i fremtiden, at fysioterapeuten begynner å sette diagnostiske injeksjoner. At det kan bli et enda mer fruktbart samarbeid.» (Ortoped A)

Sett fra ortopedens synspunkt, er det naturlig å utvide med flere oppgaver når ortopedene føler at fysioterapeutene begynner å bli bekvemme. Prosjektets oppstart bar tydelig preg av at ortopedene var positive til prosjektet, de videre analysene indikerer likevel at ortopedene opplevde et behov for å opprettholde en viss kontroll og oppsikt over de delegerte oppgavene. Dette vil også diskuteres nærmere senere i oppgaven.

4.2 «Det er vanskelig å være fysioterapeut, prosjektleder, sekretær og ortoped og alt egentlig»

Med endret organisering, noen formelle oppstartsmøter og nye oppgaver møtt med entusiasme fra begge profesjoner, var prosjektet blitt en realitet. Det ble lite til ingen tid til evaluering av prosjektet for de involverte aktører da de mer eller mindre ble «kastet inn» i oppgavene. Det ble tydelig underveis i intervjuene at fysioterapeutene savnet en rolleavklaring. Detaljer, prosesser og rollefordeling var ikke tydelig definert for fysioterapeutene, som plutselig stod i mange nye oppgaver.

«For min egen del, for faktisk å evaluere prosjektet selv i mitt hode. Det har jeg ikke gjort før. Det er akkurat som jeg og du har gjort nå, som vi burde gjort i dette prosjektet på denne måten. At det har vært en person som har hatt overordnet rolle og styrt det hele. Det har jeg savnet for å være helt ærlig.» (Fysioterapeut A)

Selv om ledere til fysioterapeuter og ortopeder hadde forankret prosjektet, ble mye overlatt til fysioterapeuter etter at ortopedene hadde delegert videre pasienter.

«Prosjektet var ikke klart og ferdig, så man måtte på en måte få det opp å stå i tillegg til å være fysioterapeut. Det var den største utfordringen. Det var ikke så mange man kunne spørre om ting i forhold til koding, til hvor man skulle sende notater, i forhold til henvisninger. Så man fikk liksom alt.» (Fysioterapeut B)

Prosjektet ble beskrevet som «uferdig» fra fysioterapeutens side. Det var ingen definert koordinator, ingen som hadde et overordnet ansvar for å følge opp løse tråder. Etter ortopedene hadde silt ut henvisningen, ble det på en måte overlatt til fysioterapeutene å orientere seg i det organisatoriske terrenget. Det brede spekteret med oppgaver som ikke tradisjonelt hadde falt på en fysioterapeut, ble nå beskrevet som overveldende og uoversiktlig. Helt ned til detaljnivå, på å registrere diagnosekode i journalsystemet til en følelse av å lede prosjektet overordnet. Mens fysioterapeutene lot til å antyde at de hadde kontroll på de nye kliniske og faglige oppgavene, ble det tydelig at det var de mer organisatoriske og administrative oppgavene var uoversiktlige og opplevdes utfordrende.

Grunnet prosjektets lite definerte beskrivelse av rollefunksjoner, så det tilsynelatende ut som det var utfordrende med ansvarsfordeling angående hvilke aktører som skulle gjøre hva, og

hvilke roller helsesekretærer, fysioterapeuter og ortopeder egentlig hadde. Fra fysioterapeutenes ståsted, virket det som en frustrerende oppgave å orientere seg i det organisatoriske landskapet. De beskrev videre et jagg med å nå antall pasientkonsultasjoner i løpet av prosjektet, et såkalt måltall for året. Det vil si antall gjennomførte konsultasjoner med pasienter skulle vært gjennomført for at prosjektet ble beskrevet som vellykket, og synliggjorde et reallt innhugg på ventelisten. Dette beskrev fysioterapeutene at de hadde i bakhodet hele tiden, og var helt avhengige av å følge med det administrative samtidig som det kliniske arbeid ble ivaretatt.

«Det er vanskelig å være fysioterapeut, prosjektleder, sekretær og ortoped og alt egentlig. Jeg føler jeg har gjort alt.» (Fysioterapeut B)

Som fysioterapeut B beskriver ovenfor, opplevde begge fysioterapeutene at alle roller i prosjektet tilfalt dem på en eller annen måte. Begge fysioterapeutene ble usikre på hvilken plass de skulle ta i prosjektet. Informant A deler også denne frustrasjonen:

«Litt vanskelig hva slags rolle man egentlig har. Er jeg en utreder eller er jeg en behandler. Skal jeg bare se dem en gang, skal jeg sette dem opp på kontroll? Hvem skal få kontroll? Telekontroll? Hva skal man egentlig bake inn i den timen pasienten er der? Og hvor man skal henviser, synes jeg er vanskelig.» (Fysioterapeut A)

Fysioterapeutene virket trygge og komfortable med den kliniske kompetansen. Men disse nye organisatoriske oppgavene med utredning og administrering av prosjektet, ga dem flere utfordringer knyttet til rolleforståelse. Selv om prosjektet i seg selv var en omfordeling av pasienter, virket det som administrering og organisering i stor grad var en prosess drevet på initiativ fra ansatte, og som oftest tilfalt fysioterapeutene. Fysioterapeutene fortalte om en uoversiktlig situasjon, hvor arbeidsdagen tidvis ble beskrevet til å oppklare administrative oppgaver. Det tilfalt fysioterapeutene en rekke oppgaver utover det rent profesjonsfaglige, herunder administrering av timelister, pasientrekruttering, ansvarsfordeling av oppgaver og møtevirksomhet.

En fysioterapeut presiserte at sykehusets organisering var utfordrende å orientere seg i. Fysioterapeutene og ortopedene var ansatt i forskjellige avdelinger på sykehuset, og hadde derfor ikke samme leder. Det ble satt spørsmålsteget ved manglende struktur, men også

manglende opplæring. Hvordan man henviste en pasient videre til en annen avdeling eller til en annen behandler, var kunnskap som ikke var kjent for fysioterapeuten. Opplæring i det administrative virket å være en ferdighet som tok tid. Dette illustreres av fysioterapeut A:

«Det er jo ingen som har lært meg hvordan jeg skal henvise videre. Det er ingen som har lært meg det. Det tar tid. Ringe ortopedene «Hva tenker du? Skal vi gjøre sånn?». Hvordan fungerer dette i journalsystemet. Alt dette har jeg ikke fått noe opplæring i. Det tar kjempelang tid». (Fysioterapeut A)

4.3 «Det må planlegges godt hvis dette skal flyte perfekt»

Fysioterapeutene opplevde en noe ustrukturert og uplanlagt oppstart av prosjektet. De hadde en beskrivelse av et prosjekt som bar preg av et udefinert rammeverk. Konteksten rundt selve prosjektet var ikke klargjort i forkant av oppstart og det syntes å mangle en definering av rollefordelinger.

«Altså, jeg fikk jo dette her på en måte bare kastet på meg fra lederen min. at nå har vi plutselig fått «go». Og ja, bare heiv oss rund. Kanskje bare uten at det var så veldig mye, sånn klar organisering fra start» (Fysioterapeut A)

Til tross for fysioterapeutenes ambivalente erfaringer med omorganiseringen, rapporterte ortopedene at de var positive til prosjektets organisering og oppstart. En av ortopedene beskrev en god flyt i organiseringen når ortopedene kunne komme inn til timen når pasienten var hos fysioterapeuten og det var behov for konferering eller samarbeid. Om ortopedene var satt på operasjon eller ikke tilgjengelig for samarbeid, var det uheldig at pasienten måtte reise fra sykehuset uten videre plan eller beslutning. Ortopedene selv opplevde ingen videre belastning med dette. Ortopeden beskriver god flyt som god planlegging fra leder og helsesekretærer, slik at samarbeidet mellom fysioterapeut og ortoped blir mulig. Dette understøttes også av fysioterapeutene, men på samme tid følte de det var uoversiktlig hvem av ortopedene de kunne kontakte, da det ikke var prioritert en ortoped med formelt ansvar tilknyttet fysioterapeutene med avsatt tid. Dette kan tolkes som at ortopedene ble invitert passivt med, uten særlig ansvar for det organisatoriske. Det opplevdes som god flyt når det passet, men passet det ikke var det beklagelig for pasienten.

«Eller av og til, hvis jeg er på huset, så kan jeg komme rett ned i konsultasjonen og treffe pasienten for å komme med informasjon og tilbud om operasjon» (Ortoped A)

Dette kan tyde på at ortopedene ikke merket så mye til de gangene fysioterapeuten ikke oppnådde kontakt, men det ble betraktet som god flyt uavhengig av dette. Manglende evaluering kan være en årsak til denne forståelsen. Et annet aspekt kan være at ortopedene er de som overlater sine tidligere oppgaver til fysioterapeutene, og dermed blir en del av ansvaret for det organisatoriske rundt driften av prosjektet etterlatt til fysioterapeutene.

Ortopedene var tydelige på at selektering av pasientene til henholdsvis ortoped eller fysioterapeut avhengig av problemstilling, var til det beste for pasientene. Dette på bakgrunn av henvisningens karakter og utforming. Var henvisningen utformet med en sykdomshistorie og beskrevne symptomer som pekte i retning kirurgi, var det ortoped som var mest egnet profesjon for å ivareta pasienten. Problemstillinger med konservativt forløp, ble satt opp til fysioterapeut. Men underveis i prosjektet gjorde særlig den ene ortoped seg noen erfaring på hvordan denne organiseringen påvirket arbeidshverdagen. Ortoped B forteller om en endret poliklinisk hverdag:

«Jeg opplever det at etter vi begynte å innføre dette, så følte jeg at poliklinikkene mine begynte å bli tyngre og tyngre. Jeg var liksom sånn ordentlig sliten etter en arbeidshverdag. (...) Vi sitter igjen med en litt selektert og litt tyngre materie. Ja, men som sagt er det jo litt en vanesak. Jeg tror det er riktige prioriteringer av ressurser og ikke minst er jeg helt overbevist over at pasienter får et bedre tilbud når vi gjør det slik vi gjør nå». (Ortoped B)

Men en endret hverdag, ble det tyngre flyt når ortopedene hadde poliklinikk. Dette på bakgrunn av en tyngre pasientgruppe til ortopedene. Pasientene som ble fordelt til pasienten, var ifølge ortopedene mer komplekse, gjerne tyngre problemstillinger og flere tilstander som måtte tas hensyn til. Men ved ettertanke, var ortopedene enige i at dette var det riktige for pasientene og for ressursbruken ved sykehusene.

4.4 «Man føler seg kanskje litt til bry»

Med prosjektet som bakteppe, har nye plattformer for samhandling og nye kommunikasjonsformer oppstått mellom fysioterapeuter og ortopeder. Hvor og hvordan

denne kommunikasjonen oppleves, vil være av vesentlig karakter for å kunne vurdere hvordan prosjektet i seg selv oppleves fra begge profesjonene. Informantene har en særdeles ulik opplevelse av dette.

Hos fysioterapeutene gikk det igjen at de kunne føle seg til bry om de tok kontakt. Ved nye oppgaver, økte behovet for kommunikasjonen med ortopedene. Særlig i situasjoner med uavklarte tilstander, nye diagnoser og en videre plan for pasienten virket konferering viktig. Det er viktig å understreke at dette er en følelse informantene satt inne med.

«Så man føler seg kanskje litt til bry. Huff, nå ringer det igjen, nå sendes det gullapp igjen. Jeg kjenner kanskje litt på det.» (Fysioterapeut A)

Samhandlingen blir beskrevet som til dels enveis-kommunikasjon fra fysioterapeutenes side. Men når ortopedene er tilgjengelige, fungerer samhandlingen tilfredsstillende. Spesielt når ortopedene kan komme innom timen, blir dette dratt frem som gode situasjoner.

Ortopedene opplevde det likt som fysioterapeutene og så den samme utviklingen. Før prosjektet startet hadde ortopedene en større andel pasienter som ikke var delegert til fysioterapeut. Da hadde de hatt et større behov for å kontakte fysioterapeut for videre overføring av pasient eller samarbeid rundt pasientene. Det ble ifølge både fysioterapeuter og ortopeder mindre telefoner fra ortopedene sin side. På bakgrunn av dette tolker jeg det dit hen at pasienter i prosjektet i større grad ble ivaretatt av rett profesjon til rett tid, og en konsekvens av dette ble at ortopedene hadde mindre behov for å kontakte fysioterapeut sammenlignet med tidligere.

«Det har nok mest vært fysioterapeutene som har måttet ringe litt rundt for å finne noen som kunne hjelpe der og da. For vi er jo ikke så mange å ta av, også har vi vært litt bemanningsmessig redusert i flekkene.» (Ortoped B)

Mye peker i retning at fysioterapeutene opplever at de ofte må ta kontakt med ortopeder for å konferere pasienter. Ortopedene står også i posisjon til å være utilgjengelige, uten å bli sittende igjen med ansvaret. Dette uavhengig av deres ressurser.

Det illustreres tydelig en ansvarsfordeling og samhandling fra fysioterapeutene som blir enveis. Denne skeivfordelingen som fysioterapeutene opplevde, tydet på utfordrende samhandling og en opplevelse av lite initiativ fra andre aktører involvert i prosjektet.

«Men jeg føler at i dette prosjektet har det vært veldig en-veis. Jeg føler vi fysioterapeuter står veldig på da, at vi har vært veldig på tilbudssiden. Jeg føler ikke det har gått så mye den andre veien.» (Fysioterapeut A)

Jeg tolker dette som en oppfattelse av fysioterapeuter som følte seg tidvis alene om prosjektet og håndtering av ulike oppgaver. Men det virket ikke som ortopedene hadde samme oppfatning. Det tydet på at ortopedene tok mer kontakt før prosjektet, for å få hjelp når de hadde pasienten inne på time hos seg selv. Når rollene nå var snudd, endret det dynamikken på samhandlingen. Ortopedene beskrev endringen i samhandlingen annerledes.

«Det behovet var der allerede før prosjektet. Det er kanskje motsatt nå. Der jeg før kanskje hadde pasienter i poliklinikken, der jeg ringte for å få pasientene i gang med øvelser. Nå er de allerede ivaretatt i prosjektet, så ja. Jeg tror jeg har ringt mindre, egentlig.» (Ortoped B)

Ortopedene har kunnet ta mindre kontakt, fordi pasientene allerede var ivaretatt av fysioterapeut. Ortopedene møtte færre pasienter som trengte fysioterapeut etter oppstart av prosjektet, og virket tilfreds med at disse ble fulgt opp av fysioterapeutene i prosjektet.

Når fysioterapeutene gjorde oppgaver som tidligere var forbeholdt ortopedene, ble behovet for kommunikasjon sterkere. Fysioterapeutene følte de ble sittende igjen med ansvaret om å samarbeide, og følte seg til bry grunnet gjentatte telefoner og kommunikasjon via journalsystemet. Det ble tydeliggjort at denne samhandlingen det kreve tid og oversikt, eksempelvis hvem som skulle kontaktes når.

Ortopedene opplevde flere telefonsamtaler fra fysioterapeutene. De fikk flere notater og gullapper i journalsystemet sammenlignet med tidligere. Ved refleksjon og samtale rundt dette og en rasjonalisering av situasjonen, virket det som ortopedene syntes det var greit.

«Men alternativet, skulle man fått unna de samme pasientene i det samme tidsrommet. Eller i det samme tempoet, så måtte det da gjerne vært en lege i spesialisering som

hadde sett den pasienten og da hadde vi gjerne fått alle de samme telefonene.»
(Ortoped B)

Eksempelet ovenfor illustrerer et behov for samhandling, gitt lik mengde pasienter i samme tidsrom. Dette vil si at om organisasjonen skulle ha hatt den samme mengde pasienter igjennom systemet, ville behovet for kommunikasjon og samhandling vært like mye tilstede. Men som illustrert, ville samhandlingen foregått mellom samme profesjon. Forskjellen i prosjektet, var at behovet for samhandling måtte bli ivaretatt mellom ortoped og fysioterapeut. Resultatene viser også at fysioterapeutene sitter igjen med et større ansvarsområdet sammenlignet med tidligere og på samme tid tyder det på at de føler seg noe underlegne og som en avhengig part.

4.4.1 Lokalisasjoner som barriere

Resultatene fra intervjuene rammer inn lokalisasjon som en barriere mot samhandling. Helsesekretærer, ortopeder og leger i spesialisering sitter samlet i en poliklinikk. Fysioterapeuter er organisert med andre fysioterapeuter og har derfor sine kontorer en annen plass. Dette viste seg å skape en barriere mellom fysioterapeut og andre aktører til prosjektet.

«Kanskje man skulle hatt et kontor. Hatt poliklinikken oppe sammen med ortopedene. Det tror jeg ville gjort underverker.» (Fysioterapeut A)

Fysioterapeutene delte felles synspunkt om hva lokalisering ville gjort for samarbeidet. Noe som kommer frem fra fysioterapeutene er følelsen av manglende tilhørighet. Dette viser seg å skape en distanse for fysioterapeutene som føler seg utenfor fellesskapet.

Fysioterapeut B deler samme erfaringer på hvordan få et økt samarbeid:

«Det har kanskje med lokalisering å gjøre. At jeg sitter på et kontor alene. I en annen etasje enn ortopedene. Jeg har kanskje kjent litt på det at jeg føler meg litt alene.»

Denne følelsen av å være alene og reduksjon av samarbeid viser seg å kanskje være mest belastende og utfordrende for fysioterapeutene. Både fysiske og organisatoriske barrierer mellom fysioterapeutene og ortopedene førte til at fysioterapeutene følte en distanse mellom seg selv og sine samarbeidspartnere. Dette skapte en distanse for fysioterapeutene som virket å være ugunstig, da fysioterapeutene nærmest ble stående alene med driften og administrasjon

av prosjektet. Følelsen av å miste muligheten til å møtes sporadisk i pauser og dele en kaffekopp, ble ansett å redusere mulighetene for økt tverrfaglig samarbeid samt etablere kjentskap til hverandre. Ortopedene nevner ikke lokalisering som noe distansering for samarbeidet.

4.5 Men ortopedene beholder kontrollen

Ortopedene er uttalt positive til dette prosjektet. Men jeg tolker det dit hen at selv om ortopedene delegerer bort en pasient til fysioterapeut, beholdes styringen kontrollen implisitt. Videre vil jeg vise noen eksempler på hvordan ortopedene indirekte opprettholdt styringen gjennom å opprettholde noen sentrale oppgaver som å vurdere henvisninger, signere røntgenbilder og kreve innsyn i behandlingsnotater.

4.5.1 Vurdering av henvisninger

Når jeg intervjuet fysioterapeutene, var det tydelig at de identifiserte et pasientgrunnlag som egnet seg for konsultasjon hos fysioterapeutene. Hovedutfordringen virket i større grad på å fange opp disse pasientene. Henvisningene havnet til vurdering hos ortoped som satt på egenhånd og vurderte henvisningene. Avhengig av ortopedens vurdering, ble henvisningen markert til enten fysioterapeut eller ortoped. Neste steg i prosessen, var helsesekretær som satt opp time til pasienten i henholdsvis fysioterapeut eller ortoped sin timeliste i journalsystemet. Hvordan ortopedene vurderte henvisningene, visste fysioterapeutene lite om. Fra ortopedene sin side var det individuelle vurderinger som var grunnlaget for om pasientene ble satt opp til enten ortoped selv eller fysioterapeut.

«Ja, vi behandler henvisningene hver for oss på kontoret og lite samarbeid oss imellom ved henvisninger.» (Ortoped A)

I tråd med utviklingen av ulike konservative forløp innenfor ortopedien, viser datainnsamlingen at ortopedene ikke hadde store motforestillinger mot å gi fra seg visse typer pasientgrupper. Delegeringen av oppgaver mellom fysioterapeut og ortoped skjedde individuelt hos hver enkelt ortoped, idet henvisningene ble prioritert. Her skjedde utvelgelsen av hvem pasienten skulle møte innenfor hvilken frist som ble satt av vurderer. Fristen ble avgjort utfra henvisningens karakter og alvorlighetsgrad, og kunne variere fra uker til måneder. Dette ble avgjort på bakgrunn av henvisningens karakter og eventuelle røntgen eller MR-bilder. Det avgjørende syntes å være om ortopedene hadde vurdert pasienten som en

operasjonskandidat eller ikke, ut fra henvisning. Hadde de ikke noe tilbud, så det ut til at det var tryggere og mer hensiktsmessig å sende pasienten til fysioterapeut. Denne delegeringsprosessen beskrives:

«Vi selekterer ut en gruppe, der vi egentlig ... i hvert fall der jeg uansett ikke føler jeg kunne gitt pasientene noe tilbud. Så jeg føler med at vi ser igjennom henvisningene, plukker ut de pasientene som åpenbart ikke skal opereres, får møte fysioterapeut først. Det tenker jeg er en måte å gi de et bedre tilbud på.» (Ortoped B)

Denne selekteringen, ga ortopedene en frihet til å velge hvilke pasienter de kunne gi fra seg og dermed ble styringen beholdt på hvem fysioterapeutene skulle utrede. På samme tid stod de i posisjon til å beholde en overordnet kontroll over arbeidsoppgavene til fysioterapeutene.

4.5.2 Ortopedenes sikkerhetsventiler

Når ortopedene ga fra seg oppgaver, har dette blitt beskrevet av informantene mine som trygt. Informantene beskrev gode erfaringer med at pasienter vurderes, utredes og behandles av fysioterapeut. Dette er ortopeder som var involvert i prosjektet og hadde høstet erfaringer underveis. På samme tid kan man ikke utelukke at andre ortopeder som ikke var like involvert i prosjektet, kunne ha andre oppfatninger.

«Men så er det nok sikkert slik at noen av mine kolleger er litt redd i forhold til dette her med profesjon, og hva som er våre spesialistområder (..) Jeg føler jo ikke på noen måte at det er noe trussel. For det er jo en pasientgruppe som har mer nytte av å komme i gang med trening, enn å snakke med ortoped.» (Ortoped B)

Ortoped B utelukket ikke at kollegene kan være noe skeptisk til å gi slipp på oppgaver. Selv om ortopedene i dette prosjektet presiserte at de følte seg trygge på at fysioterapeutene ivaretok pasientene på en god måte, hadde de likevel beholdt en form for «sikkerhetsventil» hvor de opprettholdt kontrollen ved oppgavene. Et eksempel som illustrerer dette, var en praksis hvor alle røntgenbilder måtte innom ortopedene for signering på at bildene er vurdert. Alt av røntgen eller MR-bilder som ble bestilt til pasienter på sykehuset, var det ortopedene som måtte bestille. På bakgrunn av dette, fikk alltid ortopedene bildene tilbake til signering i sitt journalsystem med beskrivelse av bildene som var bestilt. Denne prosessen skjedde uavhengig om ortoped hadde møtt pasientene eller ikke. Dette frembringer en ekstra mulighet

for en endelig kontroll av pasientgruppen ivaretatt i prosjektet. Ortopedene opprettholder muligheten til å kontrollere om undersøkelse og billeddiagnostikk er i samsvar etter deres faglige mening. Det formelle ansvaret for pasienten er delegert bort fra ortopedene, men implisitt satt de igjen med en endelig oversikt over arbeidet som er utført.

«Alt av røntgenbilder som tas, det går jo til signering hos lege. Så hvis det skulle være et eller annet som popper opp der som trenger annen håndtering, så har vi en slags sikkerhetsventil der.» (Ortoped B)

Selv om det fremkom mye positivt, virket det som resultatene pekte i en retning hvor legene satt igjen med signering av notater og signering av røntgenbilder. Dette kan tolkes som informanten beskriver, en sikkerhetsventil hvor fysioterapeutens vurderinger kan bli etterprøvd av ortoped. Det som ikke kommer tydelig frem, er mengden administrative oppgaver som tilfaller ortopedene. Det kom også frem at lik mengde pasienter i poliklinikken gir likt administrativt arbeid for ortopeder. Dette med bakgrunn i at en lege i begynnende spesialisering også hadde behov for konferering med en ortoped som var ferdig med spesialiseringen.

4.5.3 «Men vi raser jo kjapt igjennom dem uansett»

Etter endt konsultasjon, ble notatene angående pasientens time skrevet ferdig av ansvarlig behandler. Fysioterapeutene var behandler, og notatet ble sendt tilbake til både henvisende lege fra primærhelsetjenesten samt ortoped involvert i prosjektet. Ortoped som hadde vært med på vurdering av henvisningen, men ikke nødvendigvis møtt pasienten, fikk kopi av notatet og de vurderinger som hadde blitt gjort. Dette notatet fortalte om utfallet av timen, diagnose satt og videre plan. Fysioterapeutene virket å legge sin flid i utførelsen av notatene sine. Notatet ble for fysioterapeutene et faglig skriftlig produkt fremstilt for å synliggjøre arbeidet som ble utført i konsultasjonen. Dette ble understreket av informantene, som beskrev en tidkrevende og møysommelig bearbeiding av det skriftlige produktet. Det ble for meg tydelig at dette notatet kunne bevise for ortopedene at fysioterapeutene faktisk utfører et klinisk arbeid med godt resonnement.

«Jeg tar meg veldig god tid med notatene. Antagelig litt for god tid. Men da ser de jo at man undersøker alt, at man gjør en god jobb. (...) Men stort sett får man ikke noe

særlig tilbakemelding og da tolker man det slik at man har gjort en grei vurdering.»
(Fysioterapeut B)

Dette skillet virket å gjenspeile erfaringene fysioterapeutene satt igjen med. Fysioterapeutene opplevde sjeldent å få tilbakemeldinger fra ortopedene og fysioterapeut A beskriver lignende erfaringer:

«Jeg har ikke fått noe tilbakemelding på det. Faktisk. Det er ingen ortoped som har kjeftet på meg enda.»

Denne beskrivelsen tolker jeg som en slags ydmykhet og det å ikke bli kjeftet på virket å bli ansett som positivt. Resultatene pekte i retning av at fysioterapeutene savnet tilbakemeldinger og dermed ikke fikk den bekreftelsen som de etterstrebet. Resultatene peker i en retning at det var diskrepans mellom fysioterapeutenes forhåpninger angående notatet som ble sendt som kopi og ortopedenes praksis. Det virket interessant for ortopedene å se hva fysioterapeutene hadde gjort, men samtidig satt de med muligheten for å avslutte notatet raskt. Det var ikke gitt at notatet nødvendigvis ble nøye studert før det ble avsluttet fra arbeidsflyten til ortopedene.

Ortopedene forteller at det er spennende å se hvordan pasientene er ivaretatt.

«For da ser vi hvilke vurderinger som er gjort, hvordan de er testet og hva slags råd de har fått.» (Ortoped B)

Videre i samtalene var det tydelig at ortopedene som hadde lest notatene fortalte om pasienter som får et mye bedre tilbud sammenlignet med hva ortopedene kunne gi. På samme tid er det individuelt hvor mye tid ortopedene bruker på notatet, da det egentlig kan trykkes raskt bort uten særlig gjennomlesning.

«Men når vi får disse notatene til gjennomlesning, så er det jo opp til oss selv hvor mye vi leser. Vi kan jo klikke dem kjapt igjennom. Men vi raser jo kjapt igjennom dem uansett, det er en knapp A4-side.» (Ortoped B)

Dette eksemplifiserer en en-veis-kommunikasjon, hvor ortopeden selv valgte å avgjøre om han eller hun leste notatet eller faktisk responderte på det. Men det kan også bety at ortopedene har en viss interesse for fysioterapeutenes vurderinger. Ortopedene fortalte videre at det var opp til hver enkelt hvor mye de kan lese, for det måtte bare kvitteres på at det var

blitt lest. Dette kan igjen tyde på at det vil kunne variere hvor mye som blir lest og hvor mye som blir bare kvittert ut uten særlig gjennomlesning. Dette eksempelet peker i retning av ortopeder som sitter med beslutningsmyndighet over hvor mye de engasjerer seg i hva fysioterapeutene gjør.

Det kom frem at både ortopeder og fysioterapeuter mente dette prosjektet var til det beste for pasientene. Intervjuene viste at ortopedene var positive til å gi slipp på pasienter som åpenbart ikke skulle gjennomgå kirurgi. Fysioterapeutene manglet bekreftelse, men følte arbeidet som meningsfullt og hadde tro på at de gjorde gode vurderinger av pasientene.

5 Drøfting

I lys av resultatene, er det to hovedfunn som tydelig skiller seg ut. Jeg har valgt å rette fokus mot disse, selv om andre aspekt og perspektiver kunne blitt dratt inn i drøftingen om resultatene hadde vært annerledes analysert og presentert. Redegjørelse av den organisatoriske kompetansen anser jeg som viktig. Dette på bakgrunn av informantene, særlig fysioterapeutene, som tidvis opplever en arbeidshverdag preget av flere uavklarte roller og ivaretagelse av disse. Empirien synliggjør også en utfordring rundt jurisdiksjongrensene mellom de to profesjonsgruppene, og det er behov for en fortolkning og drøfting rundt dette. Resultatene viser til et prosjekt som bar preg av ortopeder som bevarte en form for kontroll, mens fysioterapeutene virket å søke anerkjennelse for sitt arbeid på en «lånt» arena med sine nye oppgaver. Det er disse to hovedfunnene fra mine resultater som vil bli drøftet opp mot aktuell teori vedrørende prosjektet oppgavedeling ved ortopediske poliklinikker. Resultatene vil ikke bli drøftet i retning av en fasit, men heller bære preg av nysgjerrighet og ulike perspektiver for å få en økt forståelse rundt et nytt fenomen. Informantene vil bli ulikt vektlagt, da fysioterapeutene aktualiserte den organisatoriske kompetansen og ortopedenes rolle ble mer synlig sett i lys av forståelsen rundt profesjoner og teori som aktualiserer utfordringer knyttet rundt jurisdiksjon.

5.1 Forbedringskompetanse

Fysioterapeutene beskriver en tydelig endret arbeidshverdag i dette prosjektet. De dro frem nye oppgaver i form av utredning av pasienter med ortopedisk problemstillinger. De følte seg privilegerte og beskrev det som en drømmejobb, men samtidig fremkom det tydelige utfordringer. Disse utfordringene hadde ikke primært utspring fra det kliniske arbeidet, men heller det som utspant seg i konteksten rundt det pasientrettede arbeidet. For det første beskrev informantene at prosjektet ble iverksatt uten tydelig organisering fra start. Fysioterapeutene opplevde dette kaotisk og ortopedene savnet evaluering underveis. Det ble tydelig for meg, da den ene informanten fortalte at de ikke hadde evaluert prosjektet enda og beskrev intervjusituasjonen som en prosess for ettertanke. Ser man på modell for kvalitetsforbedring (Folkehelseinstituttet, 2015) med utgangspunkt i de fem ulike trinnene beskrevet, er det noen viktige punkter som ikke er tilstede under intervjuet med informantene. De fem trinnene for kvalitetsforbedring er forberedelse, planlegging, utførelse, evaluering og oppfølging. Dette er også understøttet i Forbedringsguiden, illustrert av PDSA-sirkelen (plan-

do-study-act). Her skal man planlegge, gjennomføre, studere og evaluere småskala, eksempelvis med 10 pasienter, før man videre implementerer endret arbeidsmåte etter justering underveis (Pasientsikkerhetsprogrammet I Trygge hender 24-7, 2018, s. 15). Disse to modellene beskriver tydelige steg i forbedringsarbeid, noe som virker å være fraværende i prosjektet.

For det andre, kan det tyde på at siden fysioterapeutene opplevde et prosjekt uten noe definert rammeverk og tydelige føringer, ble det vanskelig å orientere seg i organisasjonen. Hvem som skulle kontaktes til hvilket tidspunkt og hvordan organisasjonen var bygd opp, var det uklarerhet rundt. De manglet for eksempel opplæring i praktiske oppgaver som å henvise videre til andre aktører i systemet. Informantene etterlyste også en struktur rundt evaluering av prosjektet. Dette var ny kunnskap og ferdigheter som det var forventet av aktørene i prosjektet skulle inneha, men uten at det var gitt adekvat opplæring for å evne å gjennomføre det i praksis. Dette ble synlig i form av manglende kommunikasjon og evaluering.

Deming utviklet det han kalte system of profound knowledge (Deming, 1993), som på norsk kalles det helhetlige kunnskapssystemet (Wig, 2018). Dette systemet gir en forståelse ved hjelp av fire ulike perspektiver for å studere virkeligheten. Det første perspektivet viser til at man må forstå sammenhengene i systemet ting er en del av. Fysioterapeutene måtte forstå sammenhengen i organisasjonen i form av henvisninger, rekruttering av pasienter og administrering for å oppnå måltallene for å sikre videreføring av prosjektet. Ortopedene fikk indirekte beholde en overordnet status, enten de var bevisst eller ubevisst på dette i form av signering av bilder. Overført til prosjektet, så må det være en forståelse av hvordan organisasjonen henger sammen og dette virker varierende. Resultatene pekte i retning av en kaotisk oppstart, noe som kan medføre mindre tid til opplæring og tid til orientering for de involverte aktørene i prosjektet. Her kan det godt tenkes ledere har en slik oversikt, men det er ikke utelukkende slik at klinikere har denne oversikten i utgangspunktet. Særlig fysioterapeutene rapporterte at de savnet en tidligere involvering i prosjektet. Til tross for lav medvirkning i utviklingen av prosjektet, opplevde de at de i stor grad stod med ansvaret for å drifte og organisere prosjektet. Forskning viser at tidlig involvering av aktuelle aktører i forbedringsprosjekter er essensielt (Lawson et al., 2018), og dette steget virker ikke ivaretatt i prosjekt fristbrudd.

Ortopedene beskrev at henvisningene ble vurdert av hver enkelt ortoped. Fysioterapeutene virket usikre på hvordan henvisningene ble vurdert. Dette kan forstås i lys av det andre perspektivet som viser at man må forstå variasjon av prosessen (Wig, 2018). I prosjektet var det en variasjon i om pasienter var oppsatt i timeboken til fysioterapeutene. Inngående oversikt over disse variasjonene og forståelsen bak, kan være med å synliggjøre den bakenforliggende mekanismen som førte til at pasienter ikke ble satt opp. Informantene virket stresset over måltallene som var satt. Dette var definert som en driver for om prosjektet skulle bli videreført eller ikke. For å forstå variasjonen i antall pasienter som ble henvist, kunne det nok med fordel vært evaluert hyppigere. Evalueringsmøter ville kunne vært en fin arena for oppklaring av variasjoner (Pasientsikkerhetsprogrammet I Trygge hender 24-7, 2018), eksempelvis hvorfor noen uker bar preg av lite pasienter satt opp til fysioterapeut selv om det var like mange henvisninger.

Det fremkom tydelig ved analyse av empirien at fysioterapeutene søkte både bekreftelse og tilbakemelding fra ortopedene på arbeidet de gjorde. Selv om fysioterapeutene hadde dette behovet, fremkom det ikke på samme måte for ortopedene. Ortopedene på sin side, savnet en mer ordnet form for evaluering av prosjektet. De følte også en tyngre arbeidshverdag, i form av mer kompliserte pasienter. Det virket ikke som om fysioterapeutene var klare over den endringen til ortopedenes arbeidshverdag. Det tredje perspektivet i det helhetlige kunnskapssystemet er at vi må forstå menneskene og hvorfor ulike aktører tenker og føler det de gjør. Deming beskriver dette perspektivet som det viktigste av de fire, og kan gi en forståelse hva som motiverer og gjør at man ønsker å være gode kolleger (Wig, 2018). Det er flere faktorer som muligens kunne vært styrket for å øke denne forståelsen på tvers av profesjoner, herunder samkjørt lokalisering, strukturert evaluering og møtevirksomhet og i etterpåklokskap et prosjekt oppstartet med avklarte roller. Her kunne eksempelvis Demings sirkel og småskala-testing vært benyttet i større grad før implementering, for å sikre en gradvis overgang og tilnærming til en ny måte å arbeide på sammen (Folkehelseinstituttet, 2015; Pasientsikkerhetsprogrammet I Trygge hender 24-7, 2018; Wig, 2018).

Fysioterapeutene som var overlatt mye av det administrative og organisatoriske arbeidet, følte tidvis de hadde mange roller å fylle. De virket å etterstrebe resultater i et prosjekt som ikke var fullstendig implementert. Indikatorer som måltall, bekreftelse på arbeid utført og mangelfull opplæring og evaluering skilte seg ut. Følger man forskriften om ledelse og

kvalitetsforbedring (2017) eller orienterer seg i pasientsikkerhetsprogrammet, finnes det både modeller og verktøy for igangsettelse av forbedringsprosjektet. Det siste perspektivet i kunnskapssystemet er å forstå hvordan vi utvikler kunnskap. Dette gjenspeiles i at det kan finnes en modell, men når resultatene uteblir er dette et resultat av en virkelighet som forteller oss at denne modellen trenger å tilpasse seg virkeligheten (Wig, 2018). Da empirien er en fragmentert del av prosjektet, vet jeg ikke hvordan resultatene for prosjekt fristbrudd ble til slutt. Men mine analyser og fortolkninger ville anbefalt en grundigere trinnvis gjennomgang av rolleavklaringer, struktur for opplæring og forståelse for andre profesjoner tilknyttet et prosjekt. Og muligens en tydeligere forankring til hvem som har eierskap til prosjektet. Dette understøttes også i forskning gjort på området. En systematisk gjennomgang (Lennox, Maher & Reed, 2018) viser til at forbedringsprosjekter og opprettholdelse av resultater er utfordrende, og at dette er et kjent fenomen. Selv om det er mange tilnærminger og modeller for forbedringsarbeid, viser denne gjennomgangen til et hovedbudskap hvor forbedring- og kvalitetsarbeid bør være gjennomtenkt, planlagt og vies oppmerksomhet (Lennox et al., 2018).

Informantene var positive til prosjektet, men klarte likevel ikke å identifisere eller synliggjøre hvilken kompetanse eller organisatorisk blikk som er fraværende. De hadde kontroll på det kliniske arbeidet, men oversikt over organisatoriske rammer var mangelfulle. Ved å slå sammen de fire ulike perspektiver beskrevet ovenfor og sette dette i system for å løse utfordringer med forbedringsarbeid i organisasjonen, vil man tenke seg at informantene ville kunne studert virkningen og utfra disse observasjonene forme en ny forståelse i felleskap. Beskrevet fra et ståsted med systemtenkning som bakgrunn, er ikke uteblivelse av resultater negativt, men et nødvendig steg for å tilegne seg ny kunnskap (Wig, 2018). Dette tolker jeg som at uavhengig om prosjektet blir videreført eller ikke, kan man bruke den kunnskapen og erfaringene til et eventuelt neste prosjekt.

For å oppsummere, så pekte fysioterapeutene i min oppgave på manglende form for planlagt oppstart. Samtlige informanter, både ortopeder og fysioterapeuter, var enige om at det kunne vært tydeligere evaluering. Dette understøttes fra tidligere forskning hvor både klinikere og ledere deler erfaring for å få en dypere og inngående oversikt og læring over hverandres

arbeidsområder (Hovlid, Bukve, Haug, Aslaksen & von Plessen, 2012). Disse rammene ser jeg som forutsetninger for å lykkes, og kom lite til syne under intervjuene. Prosjektet ble beskrevet til aktørene uten noen form for strukturert plan for forbedringsarbeid med en spontan ustrukturert oppstart. Forskning viser til at så mye som 70 prosent av forbedringsarbeidet i helsesektoren ikke opprettholder resultater, nettopp fordi man glemmer ivaretagelsen av viktige forutsetninger for å lykkes med dette (Doyle et al., 2013; Folkehelseinstituttet, 2015)

Deler av resultatene mine tydeliggjør at fravær av strukturert kvalitetsforbedringsarbeid kan være en faktor som vanskeliggjør prosjekter i helsesektoren og minsker forutsetninger for å lykkes. I verste fall kan manglende kompetanse rundt forbedringsarbeid bidra til at prosjekter vedlikeholder den nedslående statistikken på forbedringsarbeid som foreligger. Det er tidligere beskrevet at innføring av modeller og arrangere felles workshop kan være en effektiv måte for å implementere kliniske retningslinjer for artrose (Dziedzic, 2015). Slike tiltak kunne vært effektive for å øke samarbeidet på tvers av profesjonene, også for informantene som virker å ha en viss avstand seg imellom.

5.1.1 Ikke bare kliniker

Selv om det kliniske arbeidet ble beskrevet av fysioterapeutene som nyttig for pasientene og givende for arbeidshverdagen, viser resultatene at fysioterapeutene ikke kun identifiserte seg som klinikere i prosjektet. En av informantene vedkjente seg rollen som prosjektleder, og dette fant jeg interessant. Dette var en beskrivelse som gikk igjen hos fysioterapeutene, som beskrev følelsen av å lede, drifte, kalle inn til møter og finne løsninger. Prosjektleder har en viktig rolle som integrator og er den personen som samler trådene i alle nivå i prosjektet. Dette er ansett som en krevende ledelsesform som er situasjonsbestemt og preget av stadige endringer (Hauken, 2010). Fysioterapeutene uttrykte både frustrasjon og en følelse av å ta på seg for mange roller for å få arbeidshverdagen til å gå rundt. Det kan virke selvsagt at helsepersonell må være faglig dyktige klinikere i møte med pasienter, men vi vet fra tidligere kartlegginger at endringer medfører nye oppgaver for klinikere i norske sykehus (Trygstad & Andersen, 2015). Nye oppgaver i form av, om ikke en prosjektleder, men ansvar for ivaretagelse av et prosjekt, vil være mange. Faktorer beskrevet som er viktig å påse i et prosjekt er om det er uklare mål, for høyt ambisjonsnivå, uklar rollefordeling, prosjektets livssyklus, samarbeid, for dårlig medvirkning i oppstarten, dårlig oppfølging underveis og

prosjektets usikkerhetsgrad (Hauken, 2010). Disse faktorene beskrevet i litteraturen, kan virke som en gjenspeiling av fysioterapeutenes opplevelse av prosjekt fristbrudd. Nye oppgaver i form av å følge opp dette, virket ikke selvsagte og om mulig burde det vært forebyggt i en tidlig fase med medvirkning og oppfølging underveis. På samme tid viser forskningen at vedvarende systematisk opprettholdelse av forbedringsarbeid er utfordrende (Doyle et al., 2013).

Det kliniske møtet med pasienter virket derimot som kjent farvann for mine informanter, men de pekte implisitt og gjentakende på det organisatoriske aspektet som en barriere for arbeidet videre. Orvik beskriver uttrykket dobbeltkompetanse (Orvik, 2015, s. 17), og viser til at klinisk kompetanse og organisatorisk kompetanse ikke er motsetninger av hverandre. Han beskriver videre en dynamisk prosess, hvor klinisk og organisatorisk kompetanse er avhengig og utfyllende av hverandre. Det argumenteres videre for at denne dobbeltkompetansen og forståelsen rundt den, er en del av selve faginnholdet av profesjonsutøvelsen. På samme tid kan behovet for organisatorisk kompetanse påvirkes av utviklingstrekk i samfunnet (Orvik, 2015). Dette kan man se i lys av et prosjekt med bakgrunn i et samfunn under omstilling i en pandemi. Denne omstillingen ga helsesektoren et etterslep av henvisninger, og førte til en omstillingsprosess for flere aktører i helsesektoren deriblant mine informanter. Jeg tenker at et økt fokus og å rette søkelyset mot klinikerens organisatoriske kompetanse, kan være et steg i riktig retning for å øke forutsetninger for å lykkes i omstillingsprosesser.

Den vanligste formen for endring i norske sykehus er å få nye oppgaver (Trygstad & Andersen, 2015), og mine resultater eksemplifiserer at det ikke bør tas for gitt nye oppgaver er proporsjonalt med verken organisatorisk kompetanse eller dobbeltkompetanse. Dette er heller ikke begrep mine informanter bruker. Verken dobbeltkompetanse eller organisatorisk kompetanse blir brukt, men implisitt forstått i denne oppgaven ved at de belyser denne kompetansen med ord, uten å definere det så tydelig som man finner beskrevet i litteraturen. Det virker ikke som informantene og særlig fysioterapeutene, selv er klar over at de kanskje mangler denne kompetansen, eller at det i det hele tatt er en type kompetanse. I disse endringene, er utvekslingen av kompetansen som ledere og klinikere innehar (Hovlid et al., 2012) en forutsetning for at forbedring skal vedvare. Det kan tenkes at utveksling av kompetanse, kan tydeliggjøre organisatoriske oppgaver og hvilke premisser som bør vektlegges den organisatoriske kompetansen.

Det som derimot er godt beskrevet i litteraturen, er kritiske suksesskriterier for prosjektarbeid i helsesektoren. Disse er god tid i prosjektets oppstart og nok tid til ansatte og medvirkende i prosjektet (Jessen, 2005; Kolltveit & Reve, 2002). En nøye og spesifikk planleggingsfase med gode vurderinger som samsvarer med en prosjektbeskrivelse samt felles forståelse er nøkkelfaktorer for suksess (Hauken, 2009). Da helsepolitiske føringer legger til rette for at dette skal være en måte klinikere skal arbeide på, må de være bevisste disse faktorene uavhengig av om de fungerer som prosjektleder eller medvirkende i prosjektet. Mine informanter virket letende, og om de var rustet med en organisatorisk kompetanse innledningsvis, ville det tenkes at oppgavene ville flyte bedre.

5.1.2 Usynlig arbeid

Om man ekskluderer det kliniske arbeidet til informantene, sitter man igjen med flere oppgaver som de tidligere ikke var vant til å administrere. Det var ukjent farvann med oppgaver knyttet til ventelister eller fremdrift i et prosjekt som en del av en større organisasjon. Det vil være naturlig å anta at Davina Allen sine beskrivelser av sykepleiernes komplekse arbeidshverdag (Allen, 2014) kan være overførbart til informantenes beskrivelse av sin oppgavedeling mellom fysioterapeuter og ortopedier. Hun beskriver at sykepleierket ikke bare består av pasientbehandling, men løfter opp den organisatoriske kompetansen som kreves for å utøve sykepleierket på en god og forsvarlig måte (Allen, 2014). Hun beskriver det usynlige arbeidet utført av sykepleierne som det organisatoriske arbeidet som ikke alltid blir sett eller kommunisert, og dermed forblir såkalte «usynlige oppgaver» i systemet (Allen & Birkeland, 2019).

Fysioterapeutene understrekte en arbeidshverdag bestående av komplekse organisatoriske komponenter. Det organisatoriske aspektet med administrering av ventelister, innhente informasjon, formidle informasjon og henvise pasienter videre, kalle inn til møter og evaluere prosjektet var oppgaver som ikke var kjente for fysioterapeutene. Det virket heller ikke beskrevet eller definert i prosjektet i en forberedende fase, hvem som hadde ansvar for dette. Dette endte med at ansvaret med å følge opp disse oppgavene til slutt falt på fysioterapeutene. Dette kom tydelig frem da undersøkelse, behandling og sikring av videre oppfølging ble ivaretatt av fysioterapeut. Et annet aspekt var det arbeidet informantene la ned som kanskje ikke ble synlig eller tydelig i arbeidshverdagen. Det er beskrevet i litteraturen, at sykepleiere mangler godt språk for å beskrive arbeidshverdagene sine (Nelson & Gordon, 2006). Jeg ser

sammenhenger med informantene, og tror økt oppmerksomhet og synliggjøring av arbeidshverdagens kompleksitet vil gjøre det lettere å kommunisere hva klinikere faktisk gjør. Det å kommunisere sin arbeidshverdag tror jeg vil kunne føre til tydeligere avklaring av arbeidsforhold og forventninger i nåværende og fremtidige prosjekter i helsetjenesten. Om fysioterapeutene gjøres bevisste på disse oppgavene som tilfalt dem og forstår at disse organisatoriske oppgavene er reelle oppgaver, og ikke bare noe i tillegg, som faktisk krever kompetanse. Denne organisatoriske kompetansen anser jeg som en kompetanse som må løftes opp og frem i organisasjoner for å øke suksessraten med å lykkes i forbedringsarbeid og prosjekter (Hauken, 2009).

Informantene virket å mangle et tydelig språk for å beskrive arbeidshverdagen sin. Selv om det organisatoriske arbeidet er lite definert i litteraturen for fysioterapeuter, er relasjonen mellom medisin og sykepleie et særlig nøye studert fenomen (Allen & Birkeland, 2019; Johannessen, 2018). Allen argumenterer for at organiseringsarbeidet er limet i pasientarbeidet, og at sykepleiere ofte har et ansvar om å følge opp behandling påbegynt av andre profesjonsgrupper (Orvik, 2015). Patricia Benner understøtter dette, og argumenterer for at det paradoksale i at organisatoriske roller er lite tydeliggjorte da organisatorisk dyktighet er en viktig del av pasientarbeidet (Benner, 1984; Orvik, 2015, s. 20). Allen mener at i en ideell verden, burde organiseringsarbeidet til sykepleiere bli tatt på alvor. Ifølge Allen er dette en sentral del av sykepleiernes arbeids- og ansvarsområdet og burde bli mer anerkjent. Hun understreker at organiseringsarbeidet gir viktige bidrag til effektivitet, sikkerhet og kvalitet i helsetjenestene. Hun beskriver også at opptil 70 prosent av en arbeidshverdag til en sykepleier, kan være organisatorisk rettet arbeid (Allen & Birkeland, 2019). Resultatene mine peker i retning av at informantene mangler språk for å kommunisere denne kompetansen og videre forstå hvilken kompleksitet i arbeidsoppgaver de gjennomfører og har ansvar for. Dette mener jeg vil være viktig å løfte opp for å øke synligheten rundt ansvarsområdet og kompetanse.

Både Orvik og Allen presiserer viktigheten av det organisatoriske arbeidet. Fragmentert er oppgavedelingen ved ortopediske poliklinikker en henvisning som flyttes fra ortoped til fysioterapeut. I virkeligheten beskriver informantene et prosjekt hvor roller, ansvarsområder og organisering brått ble snudd etter innføring av prosjektet. Ved å studere denne virkeligheten i tråd med eksempelvis PDSA-sirkelen, for å synliggjøre hvorfor

endringsarbeidet kunne oppleves som utfordrende eller uoversiktlig for informantene til tider. Det vil kunne gi økt fokus på å evaluere den komplekse arbeidshverdagen slik at det usynlige arbeidet blir synligere og dermed enklere å definere og delegere som oppgaver i den praktiske hverdagen.

5.2 Jurisdiksjongrensener

Videre ønsker jeg å belyse forholdet mellom profesjonene i dette prosjektet. Det første jeg ønsker å drøfte, er sammenhengen mellom hvem som vurderer henvisningene og hvilken posisjonering dette kan gi. Jeg ønsker deretter å belyse det jeg har valgt å kalle ulike «sikkerhetsventiler» som er definert i resultatene og videre drøfte om hvorvidt denne ansvarsfordelingen kan se ut tilvære hensiktsmessig. Avslutningsvis vil jeg fortolke hva som kan skje når ortopeder og fysioterapeuter er involvert i samme prosjekt, for å øke innsikten i hvordan profesjongrensener kan påvirkes av oppgavedeling.

5.3 Beslutningstaking og uformelle grenser

Ortopedene vurderte henvisningene for å se hvilke pasienter fysioterapeutene skulle møte. I dette ligger det en indirekte styring og en beslutning over oppgavene. Det er også beskrevet fra resultatene at det er opp til hver enkelt ortoped å vurdere henvisningene og det gjøres alene. Samspillet ortopedene imellom er uklar, men det er klart at henvisningene vurderes hver for seg. Ortopedene involvert i prosjektet virker positive til prosjektet og fordelingen, men kan ikke utelukke at kolleger ikke er like positive. Da dette er et utvalg informanter som har sagt ja, kan det heller ikke utelukkes at andre meninger eksisterer blant ortopedene.

Ortopedene sitter med beslutningstakingen for hvilke pasienter som «slipper» igjennom til fysioterapeut for utredning. Paradokset her er at fysioterapeuter skal utrede pasienter, som i utgangspunktet skulle til ortoped. Dette er et viktig poeng å huske på, da ortopedene i dette prosjektet må slippe pasienter videre for å få ned venteliste og unngå fristbrudd.

Sett i lys av at det tradisjonelt er leger som har diagnostisk beslutningsmyndighet, kan denne holdningen i nyere tid forstås som en institusjonell myte (Johannessen, 2018; Meyer & Rowan, 1977). Dette studiet viser uformelle grenser praktisert på en arbeidsplass i en større organisasjon. Her er det tilslørte grenser som kan tolkes som vertikal substitusjon (Nancarrow & Borthwick, 2005), altså oppgavedeling mellom profesjoner. Artikkelen viser også til sykepleiere som er spesialiserte innenfor sitt arbeidsområde. Dette samarbeidet mellom

profesjoner, hvor profesjongrenser tilsløres og oppgavedeling skjer både i form av vertikal substitusjon og spesialisering (Nancarrow & Borthwick, 2005), bidrar til å skape uformelle grenser og profesjoner kan sees som flertydige med en fleksibilitet hva arbeidsoppgaver angår (Johannessen, 2018).

Samarbeidet mellom ortopedene og fysioterapeutene virket tveegget. Flyten ble beskrevet som god fra ortopedenes side. Selv om fysioterapeutene beskrev prosjektet som en drømmejobb, virket de søkende etter mangelen på tilbakemeldinger. Dette kan sees i lys av et hierarki som er beskrevet mellom sykepleiere og leger, hvor leger troner øverst (Allen, 2000). Jeg anser denne opplevelsen av god flyt og manglende tilbakemelding, som en skeivfordeling. Når fysioterapeutene gjør inntog i tradisjonelle legeoppgaver, viskes noen formelle jurisdiksjongrenser ut. For det første, kan det antas at ortopeder som er vant til å gjøre denne jobben, og har gjort denne jobben lenge, ikke er bevisst fysioterapeutenes behov for bekreftelse på arbeidet de gjør innenfor de nye rammene. For det andre, om fysioterapeuter skal løsrive seg og stå alene i denne jobben, må kanskje hyppige tilbakemeldinger vike. Sist, så må det overveies om det er gunstig at ortopeder har ulike sikkerhetsventiler. Og om mulig i en startfase, slik at oppgavene kan forstås i lys av prosjektets hensikt og evalueres etterpå, i tråd med Demings sirkel (1993).

5.4 Formell kompetanse og jurisdiksjon

Ortopedene som ble intervjuet var spesialister og har gjennomgått en spesialisering i feltet, og som anerkjennes dermed i form av høy autonomi og prestisje (Nancarrow & Borthwick, 2005). Hos legegrupper finner man en tradisjonsrik struktur i denne formelle oppnåelsen av kompetanse (Den norske legeforeningen, 2021; Nancarrow & Borthwick, 2005). Ortopedene hadde allerede en spesialisering i feltet hvor fysioterapeuter hadde fått overta oppgavene som opprinnelig tilhørte dem. Selv om ortopedene omtalte fysioterapeutene som dyktige klinikere i intervjuet, tolket jeg empirien som at det var satt grenser som kunne tilsløre fysioterapeutens arbeid. Ved å klikke seg kjapt igjennom notater, kan fysioterapeuters kliniske kompetanse usynliggjøres og på samme tid etterprøves ved behov. Dette var opp til ortopedene å vurdere.

Da fysioterapeuter ikke har fast lokalisasjon og ikke er organisert sammen med ortopedene, anser jeg ikke denne styringen av maktbalansen som nødvendigvis bevisst fra ortopedenes side. Det kan være flere faktorer som spiller inn, for eksempel lokalisasjoner og manglende

samarbeid. Da vertikal substitusjon (Nancarrow & Borthwick, 2005) er en klassifikasjon av oppgavedeling som betyr at en yrkesgruppe som tradisjonelt befinner seg lavere i organisasjonens hierarkiske nivå, overtar oppgaver tidligere utført av aktører høyere i arkivet. Til tross for at fysioterapeutene gjennomfører en vertikal substitusjon, altså overtar oppgaver som tidligere har vært assosiert med en profesjonsgruppe med høyere status, vil ikke dette automatisk tilskrive fysioterapeutene økt status eller høyere lønn (Nancarrow & Borthwick, 2005). Uavhengig av dette, fant jeg aspekter ved prosjekter som ble viktigere å rette oppmerksomhet mot. Dette var de formelle strukturene innad i organisasjonen som aktørene i prosjektet utførte. Det var notater fysioterapeutene sendte til ortopedene for gjennomlesning og ortopedene var alltid ansvarlig for signering av bilder. Dette anser jeg også som en form for sikkerhetsventil, som sikret ortopedene muligheten til å kvalitetssikre arbeidet som ble gjort. Det er også beskrevet fra tidligere prosjekter (Askvik, 2018), som har beskrevet at det ble gjennomført en kvalitetskontroll ved fysisk tilstedeværelse av ortoped.

Måten ortopedene opprettholdt såkalte sikkerhetsventiler med kontrollmuligheter av fysioterapeutens praksis, tyder på at ortopedene fortsatte å opprettholde kontroll over oppgavene. Dette kan sees i lys av Abbots (1988) begrep institusjonell jurisdiksjon, som dreier seg om hvordan profesjoner kan beholde styringen indirekte selv om oppgaver er delegert bort. En av ortopedene sa at forslaget om prosjektet kom fra fysioterapiavdelingen. Altså en avdeling organisatorisk adskilt fra legegruppen. Pandemien var katalysator for oppstart. Det fremkom ikke at prosjektet var initiert fra ortopedenes side. Ortopedene gav likevel uttrykk for at de var positive til omleggingen, og at det frigav mer tid til andre og mer relevante oppgaver. Til tross for dette opprettholder de visse elementer i praksisen som knytter de til en viss makt over feltet. Hvorvidt disse sikkerhetsventilene i form av bevaring av kontroll er nødvendige eller ikke, er ikke noe oppgaven kan besvare.

Norsk fysioterapeutforbund (2015) skriver at fysioterapeuter tilknyttet spesialisthelsetjenesten skal kunne overta tradisjonelle legeoppgaver. Min oppgave viser i retning at dette er en komplisert oppgave, men innslag av oppgavedeling, profesjonsforståelse og kunnskap om forbedringsarbeid for forankring og implementering. Ved distansert samarbeid og lokalisering, kan dette skape en unødvendig avstand profesjoner imellom. Beslutningsmyndigheten til legen står høyt og enkelte har antydning at legers diagnostiseringsferdigheter snart er det eneste som skiller dem fra andre helsearbeidere

(Godlee, 2008; Johannessen, 2018). Ved overtakelse av henvisninger hvor pasienter skal utredes og diagnostiseres, trår fysioterapeuter inn på ortopeders arbeidsplass. Det er også utført færre studier og viet mindre oppmerksomhet til denne arbeidsplassjurisdiksjonen (Johannessen, 2018). Arbeidsplassjurisdiksjon er definert som jurisdiksjongrensener ved organisasjonens arbeidsplass på makronivå (Abbott, 1988). Dette vil si at organisasjonen har tydelige avgrensninger for hvordan profesjoner skal forholde seg til sine arbeidsområder. Men i praksis beskriver Johannesens (2018) studie at disse grenseovergangene til profesjoner blir tilslørte på mikronivå, altså i praksis mellom aktørene i arbeidssituasjoner.

Selv om fysioterapeuter har trådd inn i jurisdiksjonsområdet tradisjonelt tilknyttet ortopeder, og ortopedene beskrev fysioterapeutene som flinke, er det samtidig ulike faktorer som tilslører fysioterapeutenes eierskap til disse oppgavene. Disse tilsløringen virker å gjøre fysioterapeutene avhengige av ortopedenes bekreftelse og mindre selvstendige som profesjon i dette prosjektet. Ved økt rolleforståelse, samlokalisering, strukturert opplæring og hyppigere møter, kunne man tenke seg at fysioterapeutene opplevde situasjonen som mer tryggende uten ventende på bekreftelse fra ortopedene. Resultatene sier lite om hvordan situasjonen kunne blitt, men viser til et prosjekt som bærer preg av ortopeder som fremdeles innehar sikkerhetsventiler hvor fysioterapeutens beslutning til enhver tid kan etterprøves. Også kan spørsmålet stilles om det er nødvendig med mer spesialisering innad hos fysioterapeutene for å jobbe selvstendig uten noen form for kontrollorgan av andre aktører. På samme tid bør man vurdere kontrollorgan i form av beskrevne sikkerhetsventiler er det mest hensiktsmessige for pasienter, organisasjonen. Videre bør det vektlegges grad av nødvendighet og vurdere om det kan skape avstand for samarbeid eller kunne fungere som en katalysator for økt samarbeid.

Avslutningsvis ønsker jeg å belyse prosjektets kontekst og profesjoner med grenseoverganger i tråd med Johannesens (2018) studie. Empirien fra oppgaven antyder også at fagpersonene, da særlig fysioterapeutene omskriver profesjonen når de engasjerte seg i disse lokale endringene som prosjekt fristbrudd tilrettela for. De fikk nye ansvarsområdet hvor hovedtyngden bestod av utredning av pasienter henvist til ortoped. Dette er også understøttet i forskningen, hvor slikt engasjement og lokale endringer kan være med å påvirke profesjonsidentiteter (Hotho, 2008). I oppgaven og empirien som er innhentet, sees grenseoverganger i profesjonene. Disse overgangene kan bidra til endring, oppgavedeling i tråd med klassifikasjoner (Nancarrow & Borthwick, 2005) og også en endret innstilling til

profesjonens utøvelse av sitt tradisjonelle jurisdiksjonsområdet. På samme tid antyder oppgaven at fysioterapeutene ikke ønsker å stå helt alene i dette arbeidet og tilbakemelding, involvering og planlegging synes essensielt. Noe som også er beskrevet som suksesskriterier (Brandrud et al., 2011).

5.5 Flexibilitet i profesjonen og organisatorisk kompetanse

Jeg har beskrevet en kliniker som virket å mangle språk for sine organisatoriske oppgaver og redegjørelse for sin organisatoriske kompetanse. Jeg har beskrevet et forbedringsprosjekt som mangler elementære elementer for optimal gjennomførelse i henhold til prosjektledelse.

Prosjekt fristbrudd virker å være sammensatt og komplekst, med aktører som er fleksible og utforsker de profesjonelle grensene oppgangene til hverandre. Det er også et prosjekt forankret med forbedring som formål.

Prosjektet har vært velegnet for å studere fleksibiliteten i profesjonene og hvordan jurisdiksjongrensene på arbeidsplassen har gått fra formelle og tradisjonelle bestemmelser til praksiser preget av mer uformelle grenser. Dette er i tråd med det Johannessen (2018) finner når han undersøker arbeidsplassjurisdiksjoner mellom sykepleiere og leger ved legevaktstjenester. Parallelt med dette, finner jeg spørsmålet om informantene er innforstått med at de gjennomfører organisatorisk arbeid uten å være det bevisst. Mye av det organisatoriske- og det usynlige arbeidet (Allen & Birkeland, 2019; Orvik, 2015) har tilfalt fysioterapeutene i prosjektet, og viser til en stor fleksibilitet i profesjonen, men samtidig illustrerer det et behov for å tilegne seg økt organisatorisk kompetanse. Hvem som er ansvarlige for denne tydeliggjøringen og opplæringen av forbedringsarbeid i tråd med helsepolitiske føringer, kan ikke denne oppgaven besvare, men i alle fall tørre stille spørsmålsteget ved. Klinikere i organisasjoner er ikke bare klinikere, men også ansvarlig for administrative oppgaver i tilknytning til kontinuerlige endringsprosesser i organisasjonen. Dette fordrer at vi må se profesjonene i nytt lys. Allen (2014) beskriver hvordan dette i aller høyeste grad aktualiserer seg for sykepleiere. Jeg anser hennes beskrivelse tilfallende for resultatene i dette prosjektet.

5.6 Videre forskning

Det finnes lite aktuell forskning på fysioterapeuters organisatoriske kompetanse, hvorav jeg har benyttet meg av litteratur rundt sykepleiernes rolle i prosjektarbeid. Dette har hatt en overføringsverdi til resultatene i denne oppgaven. Oppgavedeling som fenomen mellom ortopeder og fysioterapeuter er ikke godt studert, og for å videreutvikle potensialet mellom to profesjoner som innehar god klinisk kompetanse på muskel- og skjelettsystemet bør dette utforskes videre. På bakgrunn av oppgaven, litteratursøk og orientering i litteraturen vil jeg anbefale videre forskning på innenfor dette feltet. På samme tid er andre aktører involvert i prosjektet utelukket i min oppgave. Brukerperspektivet, ledere, mellomledere og helsesekretærer er etter mitt syn viktige aktører som bør inkluderes i fremtidig forskning for forbedringsarbeid og oppgavedeling. Disse vil også kunne bidra til å dekke kunnskapshullet. Hvorvidt pasientene får et tilfredsstillende behandlingstilbud som følge av endringsarbeidet, er ikke gitt resultatene i dette prosjektet, og bør vies mer oppmerksomhet i videre forskning.

6 Oppsummering

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hvilke erfaringer ortopedier og fysioterapeuter hadde med oppgavedeling. Disse aktørene var tilknyttet ortopediske poliklinikker. Basert på analysen og intervjuene var det særlig to hovedtema som ble relevant å forfølge videre, og disse var organisatorisk kompetanse og profesjonsgrenser.

Oppgaven har gitt et innblikk i et forbedringsprosjekt hvor oppgavedeling var et sentralt mål. Forbedringsprosjektet som ble iverksatt hadde som formål å redusere fristbrudd og at pasientene skulle møte riktig profesjon innenfor rett tid. Selv om både ortopedier og fysioterapeuter anser dette som et nyttig prosjekt og aksepterer hverandre som profesjoner, har oppgaven beskrevet et komplekst landskap med organisatoriske oppgaver og uklare grenseoppganger for arbeidsplassjurisdiksjon.

På samme tid beskriver oppgaven teori som bør anvendes for forbedring- og prosjektarbeid, og benytter seg av Demings sirkel for å understøtte dette. Oppgaven har belyst at det finnes organisatoriske oppgaver tilknyttet dette arbeidet. Disse organisatoriske oppgavene trenger organisatorisk kompetanse, noe resultatene viser til ikke alltid er like godt kommunisert. Dette manglende språket for kommunikasjon av organisatoriske rammer, bør synliggjøres i større grad.

Resultatene fra oppgaven viser også til at informantene ikke nødvendigvis er klare over at de mangler en organisatorisk kompetanse. Denne organisatoriske kompetansen virket som vanskelig å uttrykke språklig for informantene, særlig gjeldene for fysioterapeutene hvor en stor del av de organisatoriske oppgavene tilfalt. Organisasjonene bør vektlegge denne kompetansen som en faktisk kompetanse hos ansatte som involveres i prosjekter.

Prosjektet som ble studert, virket å hoppe over viktige faser i oppstarten. Litteraturen viser at dette ikke er unikt og videre så viser resultatene vi oppgaven at oppgavedeling mellom profesjoner i et prosjekt er en sammensatt og komplisert prosess. Informantene virket å mangle en nøye planleggingsfase og denne fasen av prosjekter viser forskning er et av suksesskriteriene. Planleggingsfasen og styrende dokumenter bør vektlegges i en tidlig fase, i kombinasjon med småskala-testing. Dette kan sikre uklarheter som har oppstått, gi rom for refleksjoner og øke bevisstheten rundt hva aktørene i prosjektet har vært igjennom.

7 Referanseliste

- Abbott, A. (1988). *The system of professions : an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Allen, D. (2000). Doing Occupational Demarcation: The “Boundary-Work” of Nurse Managers in a District General Hospital. *Journal of contemporary ethnography*, 29(3), 326-356. 10.1177/089124100129023936
- Allen, D. (2014). Re-conceptualising holism in the contemporary nursing mandate: From individual to organisational relationships. *Social Science & Medicine*, 119, 131-138. 10.1016/j.socscimed.2014.08.036
- Allen, D. & Birkeland, E. U. (2019). *Sykepleiernes usynlige arbeid : organisering av sykehus og pasientomsorg* (1. utgave. utg.The invisible work of nurses : hospitals, organisations and healthcare). Bergen: Fagbokforlaget.
- Askvik, K. (2018). Oppgaver flyttes fra kirurger til fysioterapeuter. *Fysioterapeuten*, (3/18). Hentet fra <https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-3-18/4/>
- Bannuru, R. R., Osani, M. C., Vaysbrot, E. E., Arden, N. K., Bennell, K., Bierma-Zeinstra, S. M. A., . . . McAlindon, T. E. (2019). OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*. 10.1016/j.joca.2019.06.011
- Beaufils, P., Becker, R., Kopf, S., Matthieu, O. & Pujol, N. (2017). The knee meniscus: management of traumatic tears and degenerative lesions. *EFORT Open Rev*, 2(5), 195-203. 10.1302/2058-5241.2.160056
- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert*: Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.
- Brandrud, A. S., Schreiner, A., Hjortdahl, P., Helljesen, G. S., Nyen, B. & Nelson, E. C. (2011). Three success factors for continual improvement in healthcare: an analysis of the reports of improvement team members. *BMJ Qual Saf*, 20(3), 251-222,255,225. 10.1136/bmjqs.2009.038604
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. 10.1191/1478088706qp063oa
- Brean, A. (2022). Når er det slutt? *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*. 10.4045/tidsskr.22.06.01
- Brosseau, L., Taki, J., Desjardins, B., Thevenot, O., Fransen, M., Wells, G. A., . . . McLean, L. (2017). The Ottawa panel clinical practice guidelines for the management of knee osteoarthritis. Part two: strengthening exercise programs. *Clinical Rehabilitation*, 31(5), 596-611. 10.1177/0269215517691084
- Daft, R. & Noe, R. (2001). *Organizational behavior*: Harcourt College Publishers.
- De Maeseneer, J., Bourek, A., McKee, M. & Brouwer, W. (2019). Task shifting and health system design: report of the expert panel on effective ways of investing in health (EXPH).
- Deming, W. E. (1993). *The new economics for industry, government, education*: MIT press.
- Den norske legeforening. (2021). Hvorfor ortopedi? Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-ortopedisk-forening/om-oss/hvorfor-ortopedi/>
- Doyle, C., Howe, C., Woodcock, T., Myron, R., Phekoo, K., McNicholas, C., . . . Bell, D. (2013). Making change last: applying the NHS institute for innovation and improvement sustainability model to healthcare improvement. *Implement Sci*, 8(1), 127-127. 10.1186/1748-5908-8-127

- Dziedzic, K. (2015). Implementing osteoarthritis guidelines in UK primary care: Mosaics cluster randomised controlled trial *Osteoarthritis Cartilage*, 23, A30-A30.
- Flugsrud, G. B., Nordsletten, L., Reinholt, F. P., Risberg, M. A., Rydevik, K. & Uhlig, T. (2010). Artrose. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 130(21), 2136-2140. 10.4045/tidsskr.09.1054
- Folkehelseinstituttet. (2015, 20.08.2015). Modell for kvalitetsforbedring. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>
- Forsetlund, L., Vist, G. E., Dalsbø, T. K., Straumann, G. S. H., Underland, V., Norderhaug, I. N., . . . Nasjonalt kunnskapssenter for h. (2013). *Effekter av oppgavedeling for noen utvalgte helsetjenester i sykehus* Rapport fra Kunnskapssenteret, bd. nr 12-2013. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2013/rapport_2013_12_oppgavedeling_i_sykehus.pdf
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2017). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (FOR-2016-10-28-1250). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>
- Godlee, F. (2008). What skills do doctors and nurses need? *BMJ*, 337(sep18 2), a1722-a1722. 10.1136/bmj.a1722
- Grotle, M., Hagen, K. B., Natvig, B., Dahl, F. A. & Kvien, T. K. (2008). Obesity and osteoarthritis in knee, hip and/or hand: An epidemiological study in the general population with 10 years follow-up. 9(1). 10.1186/1471-2474-9-132
- Hauken, M. A. (2009). Hva er godt prosjektarbeid?
- Hauken, M. A. (2010). Sykepleier som prosjektleder. *Tidsskriftet sykepleien*, 98(1), 55-57. 10.4220/sykepleiens.2010.0006
- Havn, V. & Vedi, C. (1997). *På dypt vann : om nyutdannede sykepleieres kompetanse i møtet med en somatisk sengepost* (SINTEF rapport (Institutt for industriell miljøforskning : trykt utg.), bd. STF38 A97516). Trondheim: SINTEF IFIM.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)* (Meld. St. 11 (2015-2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *NOU 2016: 25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten — Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-25/id2522062/?ch=1>
- Helse Norge. (2022). Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Hentet fra <https://www.helsenorge.no/rettigheter/sykehus-og-spesialist/rett-til-nodvendig-helsehjelp/>
- Helsedirektoratet. (2014). *Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten : utarbeidelse av opplegg for pilotprosjekter* Rapport (Helsedirektoratet). Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/oppgavedeling-i-spesialisthelsetjenesten-opplegg-for-pilotprosjekter/Oppgavedeling%20i%20spesialisthelsetjenesten%20%E2%80%93%20opplegg%20for%20pilotprosjekter.pdf/_/attachment/inline/29b254d5-aa49-4833-9ee4-7b58f9ff52d0:867aa844b83502fb7a117cdc071459a8356ace69/Oppgavedeling%20i%20spesialisthelsetjenesten%20%E2%80%93%20opplegg%20for%20pilotprosjekter.pdf

- Helsedirektoratet. (2017). Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Helsedirektoratet. (2019). Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023). Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf
- Helsedirektoratet. (2021). Om I trygge hender. Hentet fra <https://www.itryggehender24-7.no/om-i-trygge-hender-24-7>
- Hjemås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T. & Stølen, N. M. (2019). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035* (0806-2056 825379925X,9788253799254): Statistisk sentralbyrå.
- Holøyen, P. K. & Stensdotter, A. K. (2018). Patients with spondyloarthritis are equally satisfied with follow-up by physiotherapist and rheumatologist. *Musculoskeletal Care*, 16(3), 388-397. 10.1002/msc.1241
- Hotho, S. (2008). Professional identity - product of structure, product of choice Linking changing professional identity and changing professions. *Journal of organizational change management*, 21(6), 721-742. 10.1108/09534810810915745
- Hovlid, E., Bukve, O., Haug, K., Aslaksen, A. B. & von Plessen, C. (2012). Sustainability of healthcare improvement: what can we learn from learning theory? *BMC Health Serv Res*, 12(1), 235-235. 10.1186/1472-6963-12-235
- Høvik, Ø., Amlie, E. & Korsvold, A. M. (2011). Evaluering av hoftekontroll utført av fysioterapeut. *Høstmøteboken*. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/contentassets/3aab31ee7f824da096ca04813f52f0c1/nof-hostmoteboken-2011.pdf>.
- Jacobsen, L. D. (2017). Kirurgi versus trening – ortopedi anno 2016. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 137(2), 127-127. 10.4045/tidsskr.16.0813
- Jessen, S. A. (2005). *Mer effektivt prosjektarbeid i offentlig og privat virksomhet* (3. utg. utg. Mer effektivt prosjektarbeid). Oslo: Universitetsforl.
- Johannessen, L. E. F. (2018). Flertydighet og fleksibilitet: En etnografisk studie av legevaktens profesjonsgrenser. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 2(3), 242-258. 10.18261/issn.2535-2512-2018-03-04
- Justesen, L. & Mik-Meyer, N. (2010). *Kvalitative metoder i organisations- og ledelsesstudier*. København: Hans Reitzel.
- Karimi - Shahanjarini, A., Shakibazadeh, E., Rashidian, A., Hajimiri, K., Glenton, C., Noyes, J., . . . Colvin, C. J. (2019). Barriers and facilitators to the implementation of doctor - nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). 10.1002/14651858.CD010412.pub2
- Kolltveit, B. J. & Reve, T. (2002). *Prosjekt : organisering, ledelse og gjennomføring* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Kvale, S. (2015a). Validitet som sosial konstruksjon. I J. Rygge, T. M. Anderssen & S. Brinkmann (Red.), *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg., s. 272-294). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kvale, S. (2015b). Å utføre et intervju. I J. Rygge, T. M. Anderssen & S. Brinkmann (Red.), *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg., s. 156-171). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg. Interview[s] learning the craft of qualitative research interviewing). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kåss, E. & Hem, E. (2021). Elektiv. Hentet fra <https://sml.snl.no/elektiv>
- Lamont, M. & Molnár, V. (2002). The Study of Boundaries in the Social Sciences. *Annual review of sociology*, 28(1), 167-195. 10.1146/annurev.soc.28.110601.141107
- Lauritsen, K. (2020, 05.10.2020). Tiltak for å begrense fristbrudd og ventetid under pandemien. Hentet fra <https://helse-nord.no/nyheter/tiltak-for-a-begrense-fristbrudd-og-ventetid-under-pandemien>
- Lawson, T., Weekes, L. & Hill, M. (2018). Ensuring success and sustainability of a quality improvement project. *BJA Educ*, 18(5), 147-152. 10.1016/j.bjae.2018.02.002
- Lende, T. H. (2019). *Oppgaveglidning i spesialisthelsetjenesten. gjør vi de smarte valgene i forhold til ressurser, kompetanse og økonomi?* Hentet fra <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-72243>
- Lennox, L., Maher, L. & Reed, J. (2018). Navigating the sustainability landscape: a systematic review of sustainability approaches in healthcare. *Implement Sci*, 13(1), 27-27. 10.1186/s13012-017-0707-4
- Leonardsen, A.-C. L. (2020). Oppgaveglidning kan gi bedre helsetjenester. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (80852), e-80852. 10.4220/Sykepleiens.2020.80852
- Lie, A. E. (2017). *Klinikeres holdninger til oppgaveglidning i spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/handle/10852/57317>
- Lov om helsepersonell. (2021). *Helsepersonelloven* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Malterud, K. (2001). The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet*, 358(9279), 397-400. 10.1016/S0140-6736(01)05548-9
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*.
- McKnight, P. E., Kastle, S., Going, S., Villanueva, I., Cornett, M., Farr, J., . . . Zautra, A. (2010). A comparison of strength training, self - management, and the combination for early osteoarthritis of the knee. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 62(1), 45-53. 10.1002/acr.20013
- Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *The American journal of sociology*, 83(2), 340-363. 10.1086/226550
- Molander, A. & Terum, L. I. (2008a). Profesjonsstudier. I (s. 13-27). Oslo: Universitetsforl., cop. 2008.
- Molander, A. & Terum, L. I. (2008b). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforl.
- Myhrvold, S. B., Brouwer, E. F., Andresen, T. K. M., Rydevik, K., Amundsen, M., Grün, W., . . . Hoelsbrekken, S. E. (2022). Nonoperative or Surgical Treatment of Acute Achilles' Tendon Rupture. *N Engl J Med*, 386(15), 1409-1420. 10.1056/NEJMoa2108447
- Nancarrow, S. A. & Borthwick, A. M. (2005). Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology of Health & Illness*, 27(7), 897-919. 10.1111/j.1467-9566.2005.00463.x

- Nelson, A. E., Allen, K. D., Golightly, Y. M., Goode, A. P. & Jordan, J. M. (2014). A systematic review of recommendations and guidelines for the management of osteoarthritis: The Chronic Osteoarthritis Management Initiative of the U.S. Bone and Joint Initiative. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 43(6), 701-712. 10.1016/j.semarthrit.2013.11.012
- Nelson, S. & Gordon, S. (2006). *The Complexities of Care: Nursing Reconsidered* (The culture and politics of health care work). Ithaca: Ithaca: Cornell University Press.
- Noordegraaf, M. (2016). Reconfiguring Professional Work: Changing Forms of Professionalism in Public Services. *Administration & Society*, 48(7), 783-810. 10.1177/0095399713509242
- Norsk Fysioterapeutforbund. (2015). Hva er fysioterapi? - utdypet. Hentet fra <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>
- Norsk senter for forskningsdata. (2021). Lag en datahåndteringsplan. Hentet fra <https://www.nsd.no/lag-en-datahandteringsplan>
- Norsk senter for forskningsdata. (2022). Forske på egen arbeidsplass. Hentet fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/forske-pa-egen-arbeidsplass/>
- Nugus, P., Greenfield, D., Travaglia, J., Westbrook, J. & Braithwaite, J. (2010). How and where clinicians exercise power: Interprofessional relations in health care. *Soc Sci Med*, 71(5), 898-909. 10.1016/j.socscimed.2010.05.029
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Pasientsikkerhetsprogrammet I Trygge hender 24-7. (2018). Forbedringsguiden. Hentet fra https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/forbedringskunnskap/forbedringsarbeid/her-kan-du-laste-ned-forbedringsguiden/_/attachment/inline/c4726dfa-407b-49c8-b141-6ee3ff384871:c32236efd604d926b9803254ff6ca25121108570/forbedringsguiden-juli-2018-lavoppl.pdf
- Prieur, A. (2004). *Balansekunstnere : betydningen av innvandrerbakgrunn i Norge*. Oslo: Pax.
- Randsborg, P.-H. (2021). ortopedi. Hentet 14.09.2021 fra <https://sml.snl.no/ortopedi>
- Strøm, S. & Rømo, F. (2021, 26.01.21). Økte ventelister på norske sykehus: Anne-Mari aner ikke når hun blir operert. Hentet fra <https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/ventelister-pa-norske-sykehus-har-okt-etter-at-koronaen-rammet-norge--pasienter-fortviler-1.15332887>
- Trygstad, S. C. & Andersen, R. K. (2015). *Arbeidsmiljø i norske sykehus*. Hentet fra <https://www.faf.no/images/pub/2015/20422.pdf>
- UiT Norges Arktiske Universitet. (2017). Prinsipper og retningslinjer for forvaltning av forskningsdata ved UiT. Hentet fra https://uit.no/Content/523436/Policy_forskningsdata_UiT_090317.pdf
- UiT Norges Arktiske Universitet. (2021). Informasjonssikkerhet og personvern ved UiT. Hentet fra https://uit.no/om/informasjonssikkerhet#innhold_675089
- van Schalkwyk, M. C. I., Bourek, A., Kringos, D. S., Siciliani, L., Barry, M. M., De Maeseneer, J. & McKee, M. (2020). The best person (or machine) for the job: Rethinking task shifting in healthcare. *Health Policy*, 124(12), 1379-1386. 10.1016/j.healthpol.2020.08.008
- Wig, B. B. (2018). *Lærende organisasjoner : på vei mot organisasjon 5.0*. Oslo: Gyldendal.
- World Health Organization. (2008). Task Shifting - Global Recommendations and Guidelines. Hentet fra

https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/taskshifting_guidelines/en/

Yttermo, S. (2013). *Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten. Hvilke synspunkter har fysioterapeutene til oppgavedeling på Lovisenberg Diakonale Sykehus?*

Vedlegg 1: Intervjuguide ortoped

Tillit til andre faggrupper

Kan du fortelle litt om samarbeidet med andre faggrupper i prosessen med oppgavedeling? Føler du samarbeidet til fysioterapeuter har fungert godt? Hva har fungert mindre godt? Hva er det som skjer når du samarbeider med fysioterapeuten? Er dere sammen i vurdering? Hva er samarbeidet i deres arbeidshverdag? Fortell om en hendelse som ikke fungerte godt? Hvordan får du innblikk i sykehistorien til pasienter hvor du har vurdert henvisningen og fysioterapeut overtar?

Endret praksis

Kan du si noe om hvordan denne nye praksisen har fungert for deg? Når du har delegert pasienter til fysioterapeuter, hvordan oppleves dette for deg?

Endret rolle

Har du noen tanker om at fysioterapeuter møter pasienter som du ville møtt i utgangspunktet? Hvordan har denne endrete oppgavefordelingen gitt utslag i din arbeidshverdag? Møter du i større omfang komplekse pasienter sammenlignet med tidligere?

Informasjonsflyt

Kan du si noe om informasjonen du mottar på pasienter som er utredet av fysioterapeut? Er det tilfredsstillende? Fysioterapeut som vurderer pasient til operasjon, har du vært erfart dette? Hvordan løses dette i praksis? Kan du fortelle om opplevelsen av å gi fra seg tradisjonelle oppgaver til en annen faggruppe?

Vedlegg 2: Intervjuguide fysioterapeut

Håndtering av nye oppgaver

Kan du fortelle om din dag ved ortopedisk poliklinikk? Kan du fortelle om hvordan du opplever nye oppgaver på din arbeidsplass? Hva har vært dine oppgaver tidligere? Hva er dine oppgaver nå? hva er arbeidssituasjonene nå, hva gjør du når du samarbeider med noen? Har dere dialogmøter? Dette høres spennende ut, hva med dette gjør at du liker dine oppgaver – eksempler?

Kan du fortelle om noen utfordringer knyttet til dette?

Har nye oppgaver gått utover tilbudet til eksisterende oppgaver?

Profesjonsgrenser

Kan du dele erfaringer med nye oppgaver knyttet til din utdanning?

Har du eksempler på utfordringer knyttet til utredninger av pasienter på ortopedisk poliklinikk?

Kan du si noe om hvordan samarbeidet har vært med andre aktører i arbeidet? Eksempelvis ledere, helsesekretærer, ortopeder?

Rolleavklaring/samarbeid

Kan du fortelle om hvordan du opplever din rolle i utredning av pasienter?

Har du eksempler på utfordringer knyttet til oppgavedeling på ortopedisk poliklinikk?

Kan du fortelle om noen episoder hvor oppgavedeling fungerte bra etter din mening bra – kan du fortelle om dette? Hjelpstikkord, oppgavedeling som ikke fungerte bra? Har du erfart noen utvikling fra dette?

Kompetanse

Har du støtt på utfordringer som du føler er utenfor din kompetanse/fagområde?

Kan du dele noen eksempler på situasjoner som fungerte mindre godt?

Vedlegg 3: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet Ortopediske lidelser og oppgavedeling

«En kvalitativ studie om oppgavedeling mellom fysioterapeuter og ortopeder»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å *undersøke hvordan Covid-19 pandemien har bidratt til oppgavedeling på ortopediske poliklinikker*. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å belyse hvordan ortopeder og fysioterapeuter opplever og erfarer nye arbeidsoppgaver i kjølvannet av Covid-19 på ortopedisk poliklinikk. Jeg har formulert følgende forskningsspørsmål;

«Hvilke erfaringer har fysioterapeuter og ortopeder med oppgavedeling i ortopedisk poliklinikk?»

Herunder ønsker jeg å avgrense situasjonen til oppgavedeling under Covid-19, hvor fysioterapeuter utreder pasienter henvist inn til sykehuset fra fastleger som tradisjonelt ville møtt ortoped. Oppgavedeling mellom fysioterapeut og ortoped er et lite studert fenomen, og det er denne organiseringen som ønskes belyst i min masteroppgave

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Dette prosjektet er en masteroppgave i helsefaglig utviklingsarbeid, som gjennomføres av undertegnede, ved UiT – Norges arktiske universitet i perioden august 2021 til mai 2022

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta etter at jeg har kontaktet din leder, og anser deg som en relevant informant med tanke på å kunne gi informasjon/data knyttet til min problemstilling. Jeg anser deg som relevant for omorganisering og erfaring med denne type praksis. Etter forespørsel til din leder, er du en aktuell kandidat for å svare på min problemstilling. Min tanke er at dette materialet skal belyse nye oppgaver for fysioterapeuter og hvordan dette spiller inn på samarbeid, fag, ansvarsområdet og profesjonsgrensene.

Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg ønsker å gjennomføre intervju i løpet av perioden høsten 2021, hvor jeg vil benytte meg av lydbandopptaker. Dette vil ta omtrent 45 minutter.

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. *Det vil ikke påvirke ditt forhold til arbeidsplassen, kolleger eller arbeidsgiver.*

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres og data slettes når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er *juni 2022*

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Veileder
-mastergradsstudent UiT. Helsefakultet - Helse- og omsorgsfag

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) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Vedlegg 4: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Oppgavedeling på ortopedisk poliklinikk*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i *intervju*
- at mine personopplysninger lagres til prosjektslutt og bestått prosjekt/masteroppgave

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, estimert juni 2022

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 5: Utdrag av tematisk analyse

Meningsbærende enhet	Koder	Tema / Subtema
VELDIG VIKTIG DET MED OPPLÆRING SÅNN FRA START. AT MAN ER SIKKER PÅ HVORDAN DE FORSKJELLIGE TILSTANDENE SKAL BEHANDLES.	Opplæring og trygghet i behandling	Nye oppgaver Underkategori: organisering
DET SYNES JEG HAR VÆRT LITT VANSKELIG, HVEM MAN SKAL KONTAKTE. MAN MÅ NESTEN BARE SE PÅ VAKTLISTEN, HVEM SOM ER LEDIG.	Undersøke vaktliste for å se hvem som er ledig	Nye oppgaver Underkategori: Samhandling
ALTSÅ HVIS DET HADDE VÆRT EN KORRIDOR HVOR ORTOPEDEN HADDE VÆRT VEGG I VEGG HADDE DET VÆRT NOE HELT ANNET. JEG SITTER JO. JEG FØLER AT JEG SITTER HELT ALEINE, I EN SÅNN FLØY SÅNN HELT ALENE. SÅ DET SAVNER JEG LITT, AT JEG SKULLE VÆRT DEL AV ET TEAM.	Følelse av å være alene, savne tilhørighet	Nye oppgaver Underkategori: samhandling
SÅ DET SAVNER JEG KANSKJE OGSÅ LITT FRA START, AT DET SKULLE VÆRT UTARBEIDET KLARERE RETNINGSLINJER I FORHOLD TIL HVORDAN ROLLE MAN SKAL HA.	Savner rolleavklaring fra starten	Nye oppgaver Underkategori: Prosjektets oppstart
OG ALT AV RØNTGENBILDER SOM TAES, DET GÅR JO TIL SIGNERING HOS LEGE, SÅ HVIS DET SKULLE VÆRE ET ELLER ANNET SOM POPPER OPP DER SOM TRENGER ANNEN HÅNDBETING SÅ HAR VI DER EN SLAGS SIKKERHETSVENTIL DER	Sikkerhetsventil hos ortoped med signering av røntgen	Men ortopedene beholder styringen Underkategori: Sikkerhetsventil
NEI, FYSIOTERAPEUTENE GJØR SELVSTENDIGE VURDERINGER. OGSÅ HAR VI IHVERTFALL NÅ I STARTEN FÅTT KOPI AV NOTATENE	Kopi av notater til ortopedene	Men ortopedene beholder styringen Underkategori: Kopi av notat
DET ER LITT SPENNENDE, FOR DA SER VI HVORDAN VURDERINGER SOM ER GJORT OG HVORDAN DE ER TESTET OG HVA SLAGS RÅD DE HAR FÅTT.	Spennende med notater til gjennomlesning	Men ortopedene beholder styringen Underkategori: Kopi av notat

Vedlegg 6: Tematisk analyse kart



Vedlegg 7: Godkjent søknad NSD

Referansenummer

860322

Prosjekttittel

En kvalitativ studie om oppgavedeling mellom fysioterapeuter og ortopeder

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatte/veileder eller stipendiat)

Xxxxxx

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Xxxxxx

Prosjektperiode

16.08.2021 - 30.06.2022

Vurdering (1)

02.08.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 2.8.2021. Behandlingen kan starte.

