



Masteroppgave

”Når noe går av seg selv, er det nok en kontoransatt som gjør det”

En studie av kontorfaglig ansattes rolle og funksjon i profesjonelle organisasjoner
av

Siri Jensen

Sammendrag

Dette er en studie av kontofaglig ansattes rolle og funksjon i profesjonelle organisasjoner, belyst gjennom feltet psykisk helsevern for barn og unge. Dagens organisasjoner er i stadig endring; nedskjæringer og omorganiseringer internt og eksternt skjer ofte, raskt og med vekslende resultater. Fordi kontoransattes rolle og funksjon i organisasjoner er lite tematisert og forstått utover den tradisjonelle betegnelsen som støttefunksjon, blir organisasjonsendringer gjerne gjennomført uten å ta høyde for betydningen av og for kontoransattes funksjoner. Problemstillingen i denne oppgaven er hvordan en kan forstå og begrepsfeste kontofaglig ansattes rolle og funksjon på systemnivå. Bedre forståelse av funksjoner kan legge grunnlag for mer informerte beslutninger på alle nivåer.

Kontofaglig ansattes rolle og funksjon er belyst gjennom en empirisk undersøkelse med referanse til resultater fra andre studier av kontoransattes arbeid. Studien er en oppfølging av en intervjuundersøkelse forfatteren gjorde av kontoransattes kompetanse fra 2005 (Jensen, 2006). Denne, og andre tidligere studier bygger nesten utelukkende på materiale der kontoransatte selv er informanter. Denne nye undersøkelsen er derfor rettet mot andre faggruppers beskrivelse og opplevelse av kontoransattes rolle. Den er gjennomført som fokusgruppeintervjuer. Metodisk tar undersøkelsen utgangspunkt i grounded theory slik den er videreutviklet av konstruktivistiske teoretikere.

Tidligere undersøkelser viser at kontoransatte i stor grad forstås som noen som *er*, ikke noen som *gjør*, og at deres kompetanse og arbeid oppfattes som personlige egenskaper. Dette overskygger deres kompetanse og arbeid. Studien legger derfor vekt på å forstå hva kontofaglig ansatte gjør, som utgangspunkt for begrepsfesting av deres funksjoner i organisasjonene de arbeider innenfor. Aktør-nettverk teori (ANT) har vist seg å være et egnet analyseverktøy til å sette fokus både på kontoransattes handlinger og konteksten handlingene foregår i. Videre har ANT gjort det mulig å få øye på den store betydningen av teknologi i kontoransattes daglige arbeid. Handlingenes kontekst analyseres også ved hjelp av begrepene styringsrasjonalitet og driftsrasjonalitet, som har gjort det mulig å forstå spenninger og motsetninger i organisasjonene og i kontoransattes arbeid. Fletchers (1999) begrep om at

relasjonelt arbeid *forsvinner* i organisasjoner anvendes for bedre å forstå hvorfor kontoransatte kan framstå som noen som *er*.

Undersøkelsen analyserer fram fem sentrale funksjoner som kontorfaglig ansatte har på systemnivå. For det første skaper de flyt gjennom gode rutiner, løpende problemløsning og formidling mellom teknologi og klinikere, både på system- og individnivå. For det andre skaper kontoransatte system og struktur gjennom å forvalte klinikkens pasientregistreringsprogram, og gjennom å forvalte ”hvordan vi gjør det her” i forhold til alle ansatte, både formelt og uformelt. En tredje funksjon er at kontoransatte utøver kontroll nedenfra på en måte som vever sammen klinikkens styringsrasjonalitet og driftsrasjonalitet. Sammenvevingen bidrar til at mye av kontrollen framstår som hjelp, samtidig som den gjør det vanskeligere for klinikerne å reise en faglig debatt om kontrollens innhold. For det fjerde fungerer kontoransatte som hub eller kommunikasjonsknutepunkt, gjennom formidling, koordinering og oppbygging av en uformell kunnskapsbase. Sist, men ikke minst, utformer de grensen inn til klinikken og bidrar i det direkte pasientarbeidet gjennom å løse de som henvender seg inn i klinikkens verden. Felles for funksjonene er at de bare kan utføres i tett samspill med klinikerne og at de krever grundig kjennskap til klinikkens virksomhet og tenkemåte.

Underproblemstillingene i undersøkelsen handler om å utfordre etablerte forståelser av kontoransattes rolle: kontoransatte som klinikernes hjelpere og som støttefunksjon i organisasjonsteoretisk forstand. Hjelpesforståelsen settes opp mot det brede spekteret av handlinger og kompetanse som intervjuene beskriver. En konklusjon er at hjelpesforståelsen bidrar til å usynliggjøre kontoransattes arbeid bl.a. gjennom å gjøre det til personlige egenskaper. Forståelsen må utfordres gjennom å sette ord på og anerkjenne kontoransattes funksjoner på systemnivå og dermed fagliggjøre kontoransattes arbeid som grunnlag for en mer likeverdig relasjon mellom kontoransatte og klinikere. Støttefunksjonsbegrepet settes opp mot de fem sentrale funksjonene, og studien konkluderer med at støttefunksjonsbegrepet ikke har grunnlag i undersøkelsen, tvertimot kan det begrunne organisasjonsendringer som ikke ivaretar klinikkens og pasientenes behov. Kontorfaglig ansatte står ikke utenfor primærvirksomheten, men må forstås som en faggruppe som er integrert i klinikkens arbeid, med samme mål som resten av arbeidskollektivet og klinikken som helhet.

En implikasjon av undersøkelsen er at det trengs egne konsekvensanalyser ved organisasjonsendring som ser på virkninger for kontoransattes funksjoner for å unngå negative effekter. Likheten mellom konteksten for kontoransattes arbeid i poliklinikker i PHBU og andre profesjonelle organisasjoner legger grunnlag for generalisering til andre felt.

Forord

Bakgrunnen for at jeg begynte på masterstudiet var min interesse for kontorfaglig ansattes rolle. Jeg ønsket å skrive en oppgave om dette tema som kunne bidra til å sette ord på og fagliggjøre både denne gruppas funksjoner og samspillet med andre faggrupper. Jeg er derfor veldig glad for å få denne muligheten, og det er mange jeg vil takke. Tradisjonen på Nic Waals Institutt (NWI) med å kombinere praksis, undervisning og utviklingsarbeid har vært en forutsetning for arbeidet; og både ledelse og kollegaer har gitt full støtte. Midler fra ”Grete Hoffs- og Ruth Fugleruds legat” på NWI og ”Legat til forskning ved Lovisenberg diakonale sykehus” har gjort arbeidet økonomisk mulig. Professor Anne Marie Berg på Høgskolen i Lillehammer har vært en engasjert og grundig veileder, helt nødvendig for at det store materialet og mine mange tanker forhåpentligvis har fått en sammenhengende struktur. Hvis ikke, er det bare mitt ansvar. Liv Mette Gulbrandsen ga inspirasjon på et tidspunkt det buttet imot; Turid Horgen og Trine Waaktaar har lest og gitt oppmuntrende tilbakemeldinger. På Regionsenteret for barn og unges psykiske helse (R.BUP) har Anne Andersen gitt meg frihet i disponering av studieledertid, biblioteket har skaffet litteratur og Sølvi Biedilæ har sett gjennom referansene. En stor takk til dere alle!

En særlig takk går til klinikerne som har stilt opp til intervjuer midt i en travel hverdag, og også til mine kontorkolleger og alle kontorstudentene på R.BUP som gjennom mange år har bidratt med sine erfaringer og vært en aldri sviktende kunnskapskilde. Uten dere hadde oppgaven ikke vært mulig. Til slutt vil jeg takke Finn for stor tålmodighet med en alltid arbeidende Siri og mitt barnebarn Fanny som de siste månedene har vært en ekstra inspirasjon.

Oslo, april 2012

Siri Jensen

Innhold

Sammendrag	ii
Forord	iv
1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn og begrunnelse	1
1.2 Felt og framgangsmåte	3
1.3 Oppbygging av oppgaven.....	5
2 Kunnskapsstatus	7
2.1 Generelt om kontoryrket	7
2.2 Studier av innholdet i kontoryrket.....	8
2.3 Kontorfaglig ansattes rolle og funksjon på systemnivå – problemstillinger	16
2.3.1 Å utfordre det som tas for gitt – fra noen som er til noen som gjør	16
2.3.2 Å utfordre hjelpeforståelsen	17
2.3.3 Å utfordre støttfunksjonsbegrepet	17
2.4 Problemformuleringer	18
3. Valg av analytiske begreper	19
3.1 Organisasjonsbegreper - styringsrasjonalitet og driftsrasjonalitet	19
3.2 Begreper fra Aktør-nettverk teori (ANT).....	20
3.3 Forståelse av relasjonelt arbeid i organisasjoner – ”å forsvinne arbeid”	22
4. Feltet: Poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (BUP).....	23
4.1 Kontorfaglig ansatte – oppgaver og organisering	23
4.2 Styringsrasjonalitet i psykisk helsevern for barn og unge.....	24
4.3 Kontoransattes rolle i pasientregistrering og rapportering	26
5. Metode.....	29
5.1 Valg av kvalitativ metode og grounded theory	29
5.2 Valg av BUP som felt og mulighet for generalisering	30
5.3 Forskning i eget felt – innenfra og utenfraperspektiv	32
5.4 Design.....	33

5.4.1 Valg av fokusgruppemetodikk	33
5.4.2 Utvalg	35
5.4.3 Opplegg og gjennomføring av fokusgruppene.....	37
5.4.4 Observasjon	40
5.4.5 Materiale fra kontoransatte.....	40
5.4.6 Litteratursøk	41
5.4.7 Bruk av dokumenter	41
5.5 Analysearbeidet	41
5.6 Ethiske dilemma	44
6 Resultater – hva gjør kontorfaglig ansatte?	45
6.1 Integrert i det direkte pasientarbeidet gjennom sentralbord og resepsjon.....	46
6.1.1 Mer enn å ”sitte på sentralbordet”	47
6.1.2 Mer enn ”ansikt utad”	48
6.2 Løpende problemløsning - en del av klinikernes arbeidsprosesser.....	49
6.2.1 Tid og prosess.....	50
6.2.2 Gjensidig og toveis.....	51
6.3 Integrert i pasientadministrasjon	51
6.4 Forbindelsesledd til teknologi og det praktiske.....	53
6.4.1 Hvor ble det av BUP-data?.....	54
6.5 Oppsummering	55
7. Hjelpere, systemoppretholdere, mellommenn og HUB	57
7.1 Gode hjelpere	57
7.1.1 Personlig tjeneste.....	58
7.1.2 Forhandlinger	58
7.1.3 Hjelp eller samarbeid	61
7.2 Systemoppretholdere.....	62
7.2.1 Å holde orden på formelle krav - sikkerhetsnett.....	62
7.2.2 ”Det hadde vært verre hvis du følte at dette kom rett fra sjefene ...”	63
7.2.3 Å ramme inn arbeidsplassen	67

7.3 Kontoransatte som hub og mellommenn.....	69
7.3.1 Hub som arbeid og samspill	70
7.3.2 Mellommannsarbeid.....	71
7.4 Oppsummering	73
8. Begrepsfesting av kontorfaglig ansattes funksjoner på systemnivå.....	75
8.1 Fra noen som er til noen som gjør.....	75
8.2 Å skape flyt	76
8.2.1 Å få øye på tingene.....	77
8.2.2 Å sette ord på en flytfunksjon	78
8.2.3 Å lukke gapet mellom intenderte og reelle brukere	79
8.2.4 Konklusjon	81
8.3 Å skape struktur og system	82
8.3.1 Ramme og sikkerhetsnett som resultat av handlinger	82
8.3.2 BUP-data som infrastruktur	83
8.3.3 Struktur- og systemskapere	84
8.4 Å gjøre kontroll nedenfra	85
8.4.1 Nøytrale kontoransatte?.....	86
8.4.2 Ikke alle forstår kontrollen som hjelp	89
8.4.3 En utydelig kontrollfunksjon gir handlingsrom	91
8.4.4 Organisering av kontroll som hjelp.....	92
8.4.5 Konklusjon	93
8.5 Å gjøre HUB/kommunikasjonsknutepunkt.....	93
8.5.1 Kommunikasjonsknutepunkt –både sted og aktivitet.....	94
8.5.2 En del av et helhetlig informasjonssystem	95
8.5.3 Å bearbeide og formidle informasjon	95
8.5.4 Å koordinere og skape en kunnskapsbase.....	97
8.5.5 Konklusjon	98
8.6 Hva er det med sentralbordet?.....	98
8.6.1 Å gjøre grense og grenseovergang i samspill med pasientene.....	99

8.6.2 Å motvirke byråkrati	101
8.7 Oppsummering	101
9. Hjelp og støtte – hvordan utfordre etablerte forståelser?	103
9.1 Hvordan utfordre støttefunksjonsbegrepet?	103
9.1.1 Sentrale funn bryter med støttefunksjonsbegrepet	103
9.1.2 Står støttefunksjonsbegrepet i veien for forståelsen?	103
9.1.3 Er det mulig å rokke ved støttefunksjonsbegrepet?	104
9.2 Hvordan forstå og utfordre hjelpeforståelsen?	105
9.2.1 Hjelpeforståelsen er ikke enhetlig	106
9.2.2 Hva opprettholder hjelpeforståelsen(e)?	108
9.2.3 Fagliggjøring som brudd med hjelpeforståelsen(e).....	109
Kapittel 10. Konklusjon og videre forskning	112
10.1 Hovedkonklusjoner – kontoransattes funksjoner på systemnivå	112
10.2 Nyten av de analytiske begrepene	113
10.2.1 Handlinger, teknologi og nettverk.....	113
10.2.2 Styringsrasjonalitet og driftsrasjonalitet.....	114
10.2.3 Å hindre at arbeid forsvinner	115
10.3 Implikasjoner.....	115
10.3.1 Generalisering til andre profesjonelle organisasjoner	115
10.3.2 Implikasjoner for organisasjonendringer	116
10.3.3 Videre forskning.....	117
Litteraturliste	118
Vedlegg 1 Intervjuguide	xi
Vedlegg 2 Skjema til informantene	xiii
Vedlegg 3 Godkjenning av forprosjektet.....	xv
Vedlegg 4 Godkjenning av hovedprosjektet	xviii

1. Innledning

Dette er en studie av kontorlig ansatte og deres rolle og funksjon i profesjonelle organisasjoner. Målet for undersøkelsen er å finne måter å beskrive og forstå deres rolle og funksjon på. Dette kan være nyttig i arbeidet med å utforme organisasjoner på en måte som er hensiktsmessig både for brukere, pasienter og kunder og for de ansatte. Kontorlig ansattes rolle og funksjon skal belyses gjennom å fokusere på kontoransatte og klinikere i poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Funksjonen på systemnivå, og samhandlingen mellom kontoransatte og klinikere, er spørsmål som ikke normalt tematiseres i klinikkene utover det daglige praktiske arbeidet. Jeg vil i metodekapitlet argumentere for at et grundig studium av rollen i et avgrenset felt som BUP kan gi kunnskap som også er relevant for kontorlig ansatte i andre virksomheter.

1.1 Bakgrunn og begrunnelse

I 2009 ble det slått alarm fordi flere hundre pasienter ved Sykehuset Asker og Bærum ikke var innkalt til behandling eller kontroll, og sykehuset – og kirurgisk avdeling – ble utsatt for full granskning. Mindre kjent er det at sykehuset i tiden før hadde skåret ned på antall lege-sekretærer som var knyttet til avdelingen og at legene mente at dette kunne være en viktig årsak til rot med oppfølging av pasientene (Dagsrevyen, 24.01.2010). Dette viser betydningen av sekretærfunksjonen, en betydning en kanskje ikke har vært seg så bevisst før det oppstår problemer.

Helseforetakene er i stadig omorganisering. Mest i fokus er nedlegginger, nedbemanning og funksjonsfordelinger både mellom helseforetak og internt, men i skyggen av dette lanseres også interne prosjekter for endret organisering av kontorlig ansatte. Dels er dette begrunnet med de øvrige endringene, dels med innføring av elektronisk pasientjournal (EPJ). I tillegg kommer talegjenkjenning som reduserer behovet for skriving av journaler. Sentralisering av kontorfunksjoner og samling av kontorlig ansatte i ulike former for pooler ser ut til å være populære forslag. Dette innebærer at kontoransatte i større eller mindre grad trekkes ut av avdelingene de tidligere har tilhørt for å kunne disponeres uavhengig av lokal ledelse. Mangelfull kunnskap eller oppmerksomhet omkring sekretærens rolle i systemet har kanskje også ført til endringer som noen ganger får utilsiktede, eller uforutsette, negative konsekvenser. Denne uklarheten eller mangelfulle forståelsen kan henge sammen med den

rådende oppfatning av kontorfaglig ansatte som en "støttefunksjon" i organisasjonen. Det er denne mangelfulle forståelsen som det settes søkelys på i denne oppgaven.

Begrepet støttefunksjon ser ut til å fungere som tankemodell for forståelsen av kontorfaglig ansattes arbeid og for slike organisasjonsinitiativer. Dette begrepet gir assosiasjoner til at én gruppe ansatte - som står utenfor den sentrale virksomheten, - støtter opp om andre faggruppers virksomhet som forstås som kjernevirksomheten. Det ligger dermed i begrepet at støtten skjer fra en posisjon utenfor eller på siden av kjernevirksomheten. En slik tolkning av begrepet understøttes av at støttefunksjoner i ulike typer virksomheter i dag i stor grad settes ut til eksterne virksomheter eller privatiseres.

En forståelse av kontorfaglig ansattes rolle som støttefunksjon utenfor kjernevirksomheten står i motsetning til forskningslitteratur som plasserer kontoransatte midt inne i denne virksomheten. Bertelsen (2005) beskriver bl.a. kontorfaglig ansattes rolle som et logistisk knutepunkt. En annen undersøkelse (Jensen, 2006, 2008) konkluderer med at kontorfaglig ansatte, bl.a. gjennom sin rolle i pasientmottak, pasientadministrasjon, samhandlingen med klinikerne og den daglige dataregistreringen er plassert inn i pasientarbeidet, og at de er avhengig av intim kjennskap til klinikkens og avdelingens virksomhet for å gjøre jobben sin på en god måte. Også andre forskere (Lockhart, 2010; Pringle, 1989) understreker betydningen av at kontoransatte gjør sitt arbeid i nær relasjon til sin sjef eller til andre ansatte. Likevel er det min erfaring at støttefunksjonsforståelsen er vanskelig å utfordre.

På denne bakgrunn er jeg blitt opptatt av at dagens organisasjonsinitiativer kan bygge på en foreldet og ufullstendig forståelse av kontorfaglig ansattes funksjon. Dette kan føre til endringer som får store konsekvenser, som i tilfelle Sykehuset Asker og Bærum, både for pasienter og ansatte. I forskningslitteraturen kommer det fram mange ulike begreper om kontoransattes arbeid og rolle. Det er imidlertid mangel på analyse av dette sett i forhold til virksomhetens overordnede organisasjon og systemer. Det er etter mitt syn behov for en bedre forståelse av, og bedre begreper for, rollen og funksjonen kontorfaglig ansatte har på systemnivå, begreper som fanger opp også de mer uformelle og ubenevnte sidene. Den overordnede problemstillingen for denne oppgaven blir derfor: **Hvordan forstå og finne dekkende begreper for kontorfaglig ansattes rolle/funksjon på systemnivå?**

Opgaven har videre to underproblemstillinger:

* Står bruken av begrepet hjelp om kontorfaglig ansattes arbeid i veien for en forståelse av deres rolle og funksjon i klinikkene, og hvordan kan denne forståelsen eventuelt utfordres?

* Står begrepet støttfunksjon i veien for forståelsen av kontorfaglig ansattes rolle og funksjon og hvordan kan dette begrepet eventuelt utfordres?

Problemstillingene blir begrunnet og utdypet i kapittel 2.

1.2 Felt og framgangsmåte

Jeg har valgt å konsentrere meg om kontorfaglig ansattes rolle og funksjon i poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge; offisielt forkortes feltet PHBU, men jeg har valgt å bruke forkortelsen BUP som særlig brukes for poliklinikkene. Jeg jobber selv som konsulent på en poliklinikk, og jeg er studieleder for en videreutdanning for kontoransatte i dette feltet, drevet av Regionsenteret for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør (R.BUP) i samarbeid med Høgskolen i Sør-Trøndelag. Denne utdanningen har gitt meg god kontakt med kontorfaglig ansatte fra hele landet gjennom 10 år og dermed tilgang til kunnskap om deres arbeid og rolle. I tillegg har jeg gjort en undersøkelse av kontoransatte i BUP (Jensen, 2006, 2007, 2008, 2010), som reiste flere spørsmål å gå videre på. Denne oppgaven kan sees som en videreføring av dette arbeidet.

Forskning om kontoransattes arbeid og rolle bygger stort sett på materiale der kontoransatte er informanter (Bertelsen, 2005; Jensen, 2006; Lockhart, 2010; Solbrække, 1999). For å forstå funksjonen på systemnivå i BUP er det også nødvendig å finne ut hvordan samhandlingen ser ut fra klinikernes ståsted. Jeg har derfor valgt å gjøre en empirisk undersøkelse av hvordan klinikerne beskriver og forstår samhandlingen med kontoransatte. Fordi dette er et samarbeid som i stor grad tas for gitt og ikke snakkes om, har jeg valgt å gjøre fokusgruppeintervjuer med klinikere, slik at de sammen kan bruke tid på å snakke fram sine erfaringer og refleksjoner. I analysen har jeg valgt både å se på det som kommer fram i intervjuene om hva kontoransatte faktisk gjør og på hvordan klinikerne tenker om hva som skjer i samhandlingen. I drøftingen sammenholder jeg dette med data fra undersøkelser av kontoransatte.

Kontoransatte har vide oppgaver og en sentral oppgave for mange er å ha ansvar for administrative oppgaver i tett samarbeid med leder, som budsjett, personal og lønn. Disse oppgavene er ikke i fokus i denne oppgaven, og jeg har heller ikke intervjuet ledere. Likevel vil også kontoransatte i disse funksjonene ha uformelle oppgaver som blir belyst i oppgaven.

Teoretisk er arbeidet inspirert av nyinstitusjonell organisasjonsteori og særlig begrepene styringsrasjonalitet og driftsrasjonalitet (Berg, Heen, & Hovde, 2002), og disse vil fungere som sentrale analytiske begreper. *Styringsrasjonalitet* er knyttet til og springer ut av ledelsens behov for og arbeid med oversikt, kontroll og styring. *Driftsrasjonalitet* er knyttet til og springer ut av utførelsen av oppgavene på det operative nivået (Berg et al., 2002, s. 7-9). Begrepene beskriver ikke bare at topp og bunn i organisasjoner har ulike arbeidsoppgaver, men at dette også fører til ulike logikker og måter å tenke på. I analysen vil jeg videre benytte meg av Aktør-Nettverk-teori (ANT) (Monteiro, 2000) for å synliggjøre kontoransattes handlinger og sammenhengen de står i. For å fange opp det relasjonelle arbeidet, vil jeg anvende begreper fra Fletcher (1999). Teori og begreper vil utdypes ytterligere i kapittel 3.

Metodisk bygger oppgaven på en forståelse av kvalitativ forskning som en dans/runddans mellom datainnsamling, data, analyse og teori (Janesick, 2000; Jensen, 2010). Den empiriske undersøkelsen har utgangspunkt i grounded theory, - slik denne er videreutviklet av konstruktivistiske teoretikere (Charmaz, 2005). Dette innebærer bl.a større vekt på bruk av teorier til å informere analysen enn den klassiske forståelsen av at teoriene nærmest vokser ut av empirien. Studien bygger på 4 fokusgruppeintervjuer og ett intervju med to deltakere, til sammen 16 klinikere fra 8 ulike klinikker, én heldags observasjon, offentlige dokumenter og materiale fra intervju og organiserte diskusjoner med kontoransatte.

Jeg har valgt å bruke begrepet *kontorfaglig ansatte* om denne yrkesgruppen for å tydeliggjøre både for meg selv og leserne at dette er en faggruppe. Det oppleves særlig viktig på bakgrunn av at gruppa tradisjonelt har vært omtalt som de ikke-faglige, slik det også på universitetene heter ikke-vitenskapelig personale. Kontorfaglig ansatte er imidlertid langt og tungt i en tekst som denne, slik at jeg også vil bruke både kontoransatte og sekretærer. Sekretærer har imidlertid en litt snevrere betydning da det også er andre yrkesgrupper blant kontoransatte, som kontorledere og ulike former for konsulenter. Skillet mellom arbeidsoppgavene for disse gruppene er imidlertid flytende.

I min tidligere undersøkelse (Jensen, 2006) viste det seg at kontoransatte i stor grad ble karakterisert ved noe de *er* (tilstede, hjelpsomme, uunnværlige), ikke ved hva de *gjør* og kan, og dette bidro til å skjule det faktiske arbeidet. Dette er bakgrunnen for at jeg i denne oppgaven vil bruke uttrykk som å *gjøre* hjelp, å *gjøre* samhandling framfor å hjelpe/samhandle. Når vi f.eks. sier hjelpe, ligger det en klar normativ betydning innbakt, å hjelpe

har en klar positiv hensikt og betydning. Uttrykket *å gjøre hjelp* bidrar til fokus på selve gjøringen og åpner muligheten for å studere ulike betydninger av handlingen nærmere, både hvordan hjelpen gjøres og hvordan den gjøres til hjelp. Dette er i tråd med West og Zimmermann (1987) som introduserte begrepet *å gjøre kjønn*.

1.3 Oppbygging av oppgaven

I kapittel 2 vil jeg oppsummere kunnskapsstatus når det gjelder kontorfaglig ansattes rolle/funksjon og utdype problemstillingene. Kapittel 3 gjør rede for relevante analytiske begreper. I kapittel 4 presenteres BUP-feltet og hvordan de sentrale analytiske begrepene styringsrasjonalitet og driftsrasjonalitet kan forstås her. Kapittel 5 redegjør for og drøfter metodespørsmål.

I kapittel 6 og 7 presenterer jeg funnene i undersøkelsen. Presentasjonen er todelt. I kap. 6 svarer jeg på spørsmålet om hvordan kontoransattes arbeid kan beskrives og ser beskrivelsene i forhold til tidligere kategoriseringer av kontoransattes arbeid. I kap. 7 viser jeg hvordan klinikerne forstår samhandlingen med kontoransatte gjennom presentasjon av noen sentrale begreper informantene bruker og utvikler. Resultatene analyseres og drøftes i kapittel 8 og kapittel 9; kap. 8 svarer på den overordnede problemstillingen, kap. 9 på de to underproblemstillingene. Siden dette er en kvalitativ undersøkelse der funnene til dels analyseres fram, er det vanskelig å skille strengt mellom redegjørelsen for funnene og analysen av hvordan de kan forstås, og det vil derfor være overlapping mellom kap. 6/7 og 8/9. Konklusjon følger i kapittel 10. Her vil jeg også oppsummere hva de valgte analytiske begrepene har bidratt med og vurdere implikasjoner av undersøkelsen, både for organisasjonsendring, andre felt enn BUP og videre forskning.

2 Kunnskapsstatus

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for status på feltet, både litteratur om kontoryrket generelt og innholdet i arbeidet. Litteraturgjennomgangen skjer i 2.1 og 2.2. Jeg har valgt å gjøre relativt detaljert rede for tidligere beskrivelser av kontoransattes arbeid fordi disse inngår som data i studien. Hensikten med gjennomgangen er videre å begrunne og utdype problemstillingene i oppgaven, dette gjøres i 2.3, med selve problemformuleringene i 2.4.

2.1 Generelt om kontoryrket

Kontoransatte/sekretærer og deres rolle får særlig oppmerksomhet i litteratur fra tida rundt 1980 -tallet. Flere har analysert kvinners inntog i kontoryrket og kjønnsdelingen av kontorarbeidet (Davies, 1982; Lowe, 1987; McNally, 1979) på bakgrunn av økende interesse for kvinner i arbeidslivet, skillet mellom mannsyrker og kvinneyrker og klasseanalyse av (kvinner i) serviceyrkene. McNally (1979) og Simonton (1998) viser i historiske gjennomganger at bakgrunnen for at kvinnene i stadig større grad fikk arbeid på kontor fra slutten av 1800-tallet, var økende etterspørsel etter billig arbeidskraft i kontorene med utvidelse av industri og handel. Parallelt ble det utviklet teknologi som ble ansett passende for kvinner, som stenografi, skrivemaskin og telefon, samtidig med at enslige middelklassekvinner fikk behov for å kunne forsørge seg sjøl. Fra første verdenskrig ble etterspørselen breiere, og kontoryrket ble også åpent for kvinner fra arbeiderklassen. Simonton understreker at det ikke var teknologien i seg sjøl, men kjønnede oppfatninger av arbeid som ga kvinner en åpning. Synet på hva som var passende arbeid for kvinner og menn fungerte både til å diskriminere og til å ansette. Kvinnene gikk i stor grad inn i lavlønte rutinejobber og ble stengt ute fra menns karrierestiger. Fra 2. verdenskrig kom de gifte kvinnene inn i kontoryrket; i en tid da standardisering og rutinisering ble forsøkt på samme måte som i industrien. I USA var kvinner i solid flertall i underordna kontorjobber fra 1951. McNally beskriver to ulike typer kontorjobber – den personlige sekretæren og kontorproletariatet med mer rutinisert arbeid. Lowe (1987) understreker at det også fantes kontorjobber i mindre kontorer som var mer allsidige og sjølstendige, kanskje likere den gruppa som denne oppgaven skal handle om.

Greenbaum (2004) beskriver i store trekk utviklingen på de store kontorene i USA fra 1950-tallet til 1990-tallet. Hun skildrer både økt tempo, nedskjæringer i antall ansatte, større bruk av midlertidig ansatte, innleie og outsourcing av dataarbeid til andre deler av verden, og viser

at I at jobbene ble polarisert, noen ble mer kvalifiserte, mange mindre. Hun går imidlertid ikke konkret inn på kontoransattes funksjon på arbeidsplassene.

Når det gjelder kontoransattes rolle i profesjonelle organisasjoner, er støttefunksjonsbegrepet forankret hos Mintzberg (1989) der han beskriver organisasjonsformen profesjonelle byråkratier med relativt autonome profesjoner med høy kompetanse. Disse er dyr arbeidskraft, det var derfor rasjonelt med et stort antall ulike funksjoner utført av billigere arbeidskraft rundt dem. Når det gjelder kontoransatte bruker Mintzberg (1979: 31; 1989: 177) arkiv, postrom, lønningskontor og sekretærer som eksempler. Utover at de står utenfor den operative flyten og støtter opp om virksomheten, gis ingen videre beskrivelse av støttepersonale. Seinere har Mintzberg gått vekk fra tradisjonelle organisasjonskart og over til å tegne opp prosesser - interaksjonen mellom mennesker, produkter og informasjon (Mintzberg & Hayden, 1999). Slike kart tegner et annet bilde, men jeg har ikke funnet at han har behandlet støttefunksjoner i dette perspektivet. Jeg har heller ikke funnet annen organisasjonsteoretisk litteratur som mer samla drøfter utviklingen av kontoransattes rolle i profesjonelle organisasjoner.

2.2 Studier av innholdet i kontoryrket

Kanter (1977) beskriver i boka ”Men and women of the corporation” hvordan sekretærene utgjør et menneskelig innslag i byråkratiet. Hun er opptatt av hvordan sekretærene *blir* gjennom relasjonene de plasseres inn i, mer enn av det konkrete arbeidet. Et relevant poeng er at arbeidet karakteriseres ved *prinsipiell vilkårlighet*, sekretærer kan spørres om hva som helst når som helst, bare begrenset av vaner og generelle oppfatninger om rettferdighet.

Pringle (1989) gikk i sin klassiker ”Secretaries talk” nærmere inn på innholdet i arbeidet til sekretærene – i betydningen personlige sekretærer – og funksjonene de fylte. Hun fant at funksjonen de hadde var vag, og at dette kunne skyldes at de ikke ble definert gjennom hvilket arbeid de gjorde, men hva de *ikke* var. De ble også definert gjennom sin relasjon til sjefene. Hun utfordret videre tre sentrale stereotypier: kontorhusmoren, den sexy sekretæren og karrierkvinnen. I analysen av selve arbeidet bruker hun bevisst profesjonelle begreper, og hun trekker opp temaer som går igjen hos andre: kontoransatte som del av et uformelt kommunikasjonssystem, formell og uformell administrasjon og organisering og ikke minst betydningen av skjønn og kjennskap til organisasjonen. Hun beskriver hvordan hun selv innhentes av stereotypiene: ”I forsøket på å beskrive hva hun (sekretæren) *gjør*, blir vi drevet

tilbake til stereotypiske begreper om hva hun er” (Pringle, 1989, s. 26, min oversettelse). Dette er også min erfaring og et sentralt tema i denne oppgaven.

En viktig forskningstradisjon knytter seg til konsekvensene av datateknologiens inntog for kvinner i kontorene. Delvis var denne knyttet til utprøving av Bravermans (1974) tese om at utviklingen av kapitalismen fører til deskilling: mer rutinisert og mindre kvalifisert arbeid. Andre gikk nærmere inn i selve kontorarbeidet for å se på hva som kunne /ikke kunne erstattes med datamaskiner. Lie og Rasmussen (1983) bruker begrepene informasjons-overføring, og tjenesteyting innad og utad for å beskrive kontoransattes virksomhet. For å kunne tilfredsstille dataprogrammenes krav til entydige meldinger ”foregår en tolknings-prosess som krever kombinasjonsevne, bransjekunnskap og evne til behovsrettet kommunikasjon med andre mennesker” (Lie & Rasmussen, 1983, s. 86). De viser til Wynn (1979) som undersøkte alle samtaler på kontor, og fant at disse til sammen bidro til kunnskapsutvikling og til å skape og videreutvikle felles verdier – og et felles tolknings-grunnlag for rutiner og saksbehandling. Hun så denne kunnskapen både som et middel og et mål i kontorarbeidet. Wynn identifiserte tre kunnskapsbaserte sfærer i kontorarbeidet:

- å inkorporere de som er utenfor institusjonen i kontorets kunnskapsform så de kan komme med sin informasjon i riktig form,
- å lære og lære bort rutiner og kultur og
- forklare ytringer og å kontekstualisere og forklare hendelser og ytringer mens de skjer for å unngå misforståelser (Wynn, 1979, s. 27, min oversettelse).

Suchmann (1983) har gjort studier av kontorarbeid og funnet at det ligger mange vurderinger selv i enkelt rutinearbeid.

Rantalaiho (1990) bruker begrepet reproduksjon av dagliglivet som en sosial helhet til å sammenfatte kontoransattes (kvinner) funksjon. Med dette mener hun at kontoransatte kvinner sikrer alt som er nødvendig for at arbeidsplassen skal fungere neste dag, både praktisk utstyr, rutiner og felles verdier, og hun sammenlikner med husmorens rolle. Kontoransatte gjør ikke bare enkeltstående oppgaver, men tar et helhetlig ansvar for arbeidsplassen som sitt territorium – dersom organisasjonen gir rom for dette. Relasjoner står sentralt. Rantalaiho hevder at en grunn til at kontorarbeid er lite utviklet som tydelig profesjon, er at det ikke har egne målsettinger, målene er bestemt av organisasjonens mål.

Utover fra 90-tallet er det lite oppfølgingsstudier av hva som faktisk ble konsekvensen av innføring av datateknologi i stor stil (Lockhart, 2010), og i det hele tatt færre sosiologiske

studier av konkret arbeid på kontorarbeidsplasser. Hughes (1996) fant imidlertid at PCen har undergravet tasting som kvinnearbeid, og åpnet for mulige endringer i arbeidsdelingen mellom ledere og kontoransatte. Truss, Goffee and Jones (1995) hevder at sekretærene tenderer til å falle utenfor både i de klassiske analysene av sekretærarbeid og av kjønn. Selv gjør de en sammenliknende undersøkelse av sekretærarbeid i Tyskland, Frankrike og England hvor de utforsker stereotypier omkring kontoryrket: at oppgavene likner på husarbeid og at de innebærer lav status og stor grad av underkastelse under sjefen. Konklusjonen er at arbeidet til dels passer med disse stereotypiene, men at det er forskjeller både i oppgaver, underordning og status mellom de ulike landene. De fant videre at sekretærene har et handlingsrom til å utforme sin egen rolle, og at den viktigste faktoren når det gjaldt endring/utvidelse av rollen var sekretærens egen holdning til arbeidet. Handlingsrommet i rollen kommer også fram i en undersøkelse av legesekretærer på legekontorer (Paulsen & Leonhardsen, 2000) som viste at der legen og sekretæren hadde samarbeidet over tid, kunne sekretæren utføre flere oppgaver – arbeidsdelingen var avhengig av relasjonen.

Wichroski (1994) er opptatt av at mye av kontoransattes arbeid er usynlig, og presenterer følgende typologi over sekretærarbeid: Rasjonelt arbeid, emosjonelt arbeid og perifert arbeid. Rasjonelt arbeid handler som regel om formelt anerkjente oppgaver i organisasjonen. Emosjonelt arbeid inndeles i politisk arbeid, latent arbeid og sosial støtte til kolleger og sjefer. Politisk arbeid er manøvre for å tilfredsstille kunder, dekke over for sjefer, få ting til å gli og skape en riktig atmosfære. Latent arbeid er uformell praksis og prosedyrer som er nødvendig for å gjøre jobben, når de formelle ikke strekker til. Wichroski viser til Howard (Howard 1985 i Wichroski, 1994) som kaller disse en ”verden av praktisk handling”. Perifert arbeid handler om å oppfylle arbeidsgiverens personlige behov. Wichroski understreker at alle disse formene for arbeid er viktige funksjoner for organisasjonen, ikke bare for den enkelte. Hun er også opptatt av at kontoransattes intellektuelle og emosjonelle arbeid bidrar til å avgifte byråkratiet, som bare kan fungere når det utføres av mennesker.

Solbrække (1999) plasserer kontoryrke som kvinneyrke inn i diskusjonen om det moderne arbeidsliv – i forhold til diskurser om mer fleksibelt arbeid og personlig kompetanse. Hun peker på at en form for underliggende kjernekompetanse for kontoransatte, på tvers av differensiering i yrket og ulike teknisk-administrative oppgaver, er å *være for andre*, og at dette gjør at organisatoriske oppgaver kan gjøres ” på en så fleksible og samtidig menneskelig måte som antakelig ingen automatisering kan ivareta på samme vis” (Solbrække, 1999, s. 32).

Solbrække viser til Hochschild som satte ord på *det emosjonelle arbeidet* i frontlinjeposisjoner, der egne følelsesuttrykk må brukes som en del av jobben (smile og være hyggelig). Forståelsen av følelsesarbeid som krevende kroppsarbeid er særlig relevant for sentralbord/resepsjonsposisjonen i BUP. Solbrække viser til krav om ”total tilstedeværelse og oppmerksomhet rettet mot andres behov” og hevder samme sted at det i en viss forstand er mulig å hevde at i disse jobbene er ”tilstedeværelse selve jobben” (Solbrække, 1999, s. 30). Solbrække knytter følelsesarbeidet videre til et annet kjennetegn ved kontoransattes arbeid; kontoransatte blir, som talerør for bedriften, mestere i å kommunisere på vegne av andre.

Kenelly (2006) utfordrer oppfatningen om at kvinner av natur er relasjonelle og omsorgsfulle som ligger under i forståelsen av kvinneyrker. Hun finner i sin undersøkelse av 49 sekretærer noen få som opptrer som mødre på jobben, dette forklarer hun ut fra hendelser i livene deres, som f.eks. barnløshet. Videre finner hun at nesten halvparten av sekretærene presenterer en forståelse av arbeidet sitt som kan se ut som ”nurturing”, men som heller kan forstås som en serviceetikk, dvs. et ønske om å bidra til samfunnets beste (public service) ved å hjelpe andre. Dette bidrar til at de strekker seg utover den formelle jobb-beskrivelsen og gjør dem sårbare for utnytting.

Lockhart (2010) undersøker kjønn, identitet og karriere blant kontoransatte kvinner. Hun finner tre hovedmåter å begrepsfeste deres beskrivelser av arbeidet sitt på: Omsorg, service og det hun kaller *managing and organizing*, som jeg har valgt å oversette med administrering og organisering. Det siste begrepet inneholder bl.a. underpunktene kontorledelse, prosessledelse, teknologikoordinator og å ta kontroll (taking charge). Lockhart viser hvordan den samme konkrete oppgaven, f.eks. med å følge opp andres arbeid på vegne av ledelsen, av noen kunne forstås som *mothering*, av andre som ledelse.

Studier i sykehus

Evans (1987) konkluderer med at hennes undersøkelse, som omfattet dybdeintervjuer med 25 sekretærer i et statlige psykiatrisk sykehus, avdekket mangler i organisasjonsteorien. Hun fant at kontoransatte virket som uformelle og ikke anerkjente forbindelsesledd og buffere mellom administrasjonens og det kliniske personalet, særlig når det gjaldt rapportering.

Bertelsen (2005) har foretatt en omfattende kartleggingsundersøkelse av legesekretærenes arbeidspraksis. Kartleggingen tar bl.a. sikte på et bedre kunnskapsgrunnlag for organisasjons-

endringer i forbindelse med innføring av EPJ i danske sykehus. Mange av resultatene refereres fordi de er særlig relevante for BUP. Forskerne anvender ulike metoder som observasjoner, intervjuer med nedtegning av arbeidsgang og kontoransattes egne fotografier for å få fram de uformelle arbeidsoppgavene, i betydningen de som ” ikke er systematisert, standardisert, nedskrevet og italesatt” (Bertelsen, 2005, s. 8). Ofte er disse oppgavene implisitte eller avledet av andres handlinger (f.eks. avlysninger). Uformelle arbeidsoppgaver forekommer særlig innenfor områder som kommunikasjon, kontinuitet og koordinasjon. Dette er videre arbeid som forbrukes der og da og ikke lagres som produkter i organisasjonen. Eksempler på kategorier som får fram disse uformelle oppgavene er *bagstopper* og *brobygger/tovholder* (ankermannen på et tautrekkingslag, eller en som holder trådene i en prosjektgruppe). Bakstopper, eller den røde tråd, betyr f.eks. å følge opp beskjeder som er gitt og å fange opp feil. Brobygger/tovholder handler bl.a. on å formidle beskjeder til eller mellom annet personale, om å besvare henvendelser internt og om opplæring i lokal praksis. Bertelsen bruker begrepet *et sentralt logistisk knutepunkt*. Videre beskrives oppgaver som handler om overblikk over andres arbeid. De uformelle oppgavene er rettet mot å få arbeidet til å gli

I konklusjonen legger Bertelsen vekt på at kontoransatte i danske sykehus er forankret i den enkelte avdeling, Organisasjonsformen utgjør en styrke fordi sekretærene utvikler kunnskap om et spesielt klinisk behandlingsområde og om det Berteøsem kaller avdelingens forretningsgang og arbeidspraksis. I tillegg har de kjennskap til personalet og til de øvrige avdelinger på sykehuset, og de kan representere kontinuitet i forhold til skift og vekslende klinikere. Legesekretærene dekker et behov for ”en logistisk og infrastrukturell forretningsorden (...)” (Bertelsen, 2005, s. 73)” Bertelsen peker på et behov for å formalisere de uformelle oppgavene slik at det er mulig å kartlegge arbeidsprosesser. En utfordring er at ”mye av det uformelle arbeidet ikke eksisterer i seg selv, men som en uskrevet kontrakt mellom to eller flere personer, lægen og lægesekretæren, patienten og lægesekretæren.” (Bertelsen, 2005, s. 73)

Armstrong, Armstrong og Scott-Dixon (2008) viser hvordan kontoransatte og andre personalgrupper som ikke vanligvis forstås som helsepersonell, er avgjørende for – og en integrert del av - behandlingen pasientene får. De viser at undervurdering av disse gruppene kan få alvorlige konsekvenser for pasientene bl.a. gjennom eksempler på privatisering. Forfatterne knytter betegnelsen hjelpepersonell (ancillary personell) til en snever medisinsk forståelse av selve helsebegrepet, og hevder at dette står i motsetning til dagens bredere

politiske forståelse av hvilke faktorer som fremmer helse. Utskillingen av støttefunksjoner settes videre inn i en kontekst der både kjønn, rasialisering, og utviklingen i økonomi og helsevesen globalt spiller en viktig rolle. Utgangspunktet deres for en revurdering av støttefunksjonenes rolle, er forståelsen av det særegne ved å arbeide med helse, aller viktigst at helse er en menneskerett. Forfatterne legger vekt på at det emosjonelle arbeidet i helsesektoren foregår i forhold til folk som er avhengige og sårbare, og betydningen av det enkelte møtet kan være større enn ellers. Begge sider i relasjonen er følelsesmessig involvert, helsearbeidere er ofte identifisert med pasientene, samtidig kan kunnskapsgapet og maktforskjellen være stor. Fordi den som mottar helsehjelp i varierende grad selv er aktiv i prosessen, er omsorgen vanskeligere å standardisere og involverer ofte et stort nettverk av mennesker, både profesjonelle og familie/venner. Konkret beskriver forfatterne kontorfunksjonen som ”i sentrum for et komplekst og hektisk system som både krever kjennskap til behovene for helsehjelp og ferdigheter i å håndtere pasienter, familier, administratorer og forhandlere (Armstrong et al., 2008, s. 19-20, min oversettelse).

Armstrong mfl peker på at interaksjonen som kreves mellom ulike faggrupper bidrar til å utviske grensene mellom arbeidsoppgavene. Det samme gjør pasientene behov for personlig kontakt, også med personale utover de som vanligvis defineres som helsepersonell. Disse kan også fungere som øyne og ører for behandlergrupper. Mange vurderinger og oppgaver må gjøres her og nå fordi menneskers behov varierer, og dersom ikke rette person er tilgjengelig, er det andre som må trå til. Forfatterne hevder at kjønn er en kritisk faktor for å forstå devalueringen av støttepersonalet og at uklare grenser mellom lønnet og ulønnet kvinnearbeid og mellom jobb og hjem også bidrar til å gjøre grensene utydelig.

En studie av kontoransatte i BUP

Min egen studie av kontoransatte i BUP i 2005 var innrettet på å forstå og sette ord på deres kompetanse, først og fremst i samhandlingen med klinikerne (Jensen, 2006, 2007, 2008, 2010). Siden dette i stor grad handler om praktisk kunnskap ble det nødvendig å gå nøye inn på det konkrete arbeidet for å få tak i kompetansen. Selv om rapporten konkluderer med at funksjonen er sammensatt og mangfoldig og ikke kan beskrives med et enkelt begrep, gir den likevel mye materiale til å forstå kontoransatte funksjon. Siden denne oppgaven bygger videre på dette arbeidet, vil jeg her referere de viktigste funnene (Jensen, 2008).

- Begrepsparene benevnt/ubenevnt, synlig/usynlig og anerkjent/ikke anerkjent var egnet til å analysere kontoransattes kompetanse. Disse begrepene ble utviklet på grunnlag av en forståelse av mye av kontoransattes kompetanse som taus kunnskap (Janik, 1996; Johannessen, 1999). Siden kompetanse og rolle glir over i hverandre kan disse begrepene også være relevante for kontoransattes rolle og funksjon.

- Kontoransatte forstår arbeidet sitt som hjelp til klinikerne – slik at de kan hjelpe pasientene. Hjelpforståelsen knytter kontoransatte til klinikkens sentrale virksomhet, pasientarbeidet, og bidrar til å gi arbeidet mening. Denne hjelpen gjøres i stor grad som det jeg har kalt *tilgjengelighetsarbeid*, et dobbelt arbeid som består både av å gjøre seg tilgjengelig og å prioritere og løse et mangfold av små og store problemer underveis i klinikkens arbeid. Dette arbeidet er synlig som enkelte episoder, men ubenevnt som samlet arbeidsoppgave og dermed lite anerkjent. Tilgjengelighet oppfattes som noe kontoransatte er, ikke noe de gjør og dermed som personlige egenskaper; den profesjonelle kompetansen forsvinner.

- Undersøkelsen avdekket at det bak/under hjelpen skjulte seg ulike typer samhandling som opplæring, både formell og uformell, kvalitetssikring, oversettelse og formidling og samskaping av lokal praksis. Noe av dette var delvis synlig og benevnt, som visse deler av opplæringen og kvalitetssikringen, mens de to siste punktene verken var synlig, benevnt eller anerkjent. Hjelpforståelsen bidro til å skjule kompetansen og bredden i arbeidsoppgavene.

Kvalitetssikring betyr i denne sammenheng arbeidet med å sikre pasientdata gjennom gode registreringer i pasientregistreringssystemet BUP-data, som grunnlag både for pasientadministrasjon og eksterne rapporteringer, gjennom å se over, minne på og følge opp klinikkens registreringer. Dette kan forstås som kontroll, men kontoransatte definerte også dette arbeidet som hjelp til klinikerne og mente at klinikerne bekreftet dette ved at de ble glade for påminningene – som handlet om hva, hvor, når, hvordan og hvorfor de skulle registrere. På tross av dette refererte alle informantene til ubehag eller småkonflikter knyttet til oppfølgingen; dette kan forstås som en spenning mellom den innbakte kontrollen og rollen som hjelper. Ubegrepet blir i undersøkelsen bl.a. knyttet til at oppfølging/kontroll ble gjort fra en posisjon uten formell makt; i stedet ble den konstruert som en oppdragergjerning – til dels med individuelle strategier i forhold til den enkelte kliniker og varierende personlig autoritet hos kontoransatte. Kontoransatte ble dermed avhengig av ikke å opptre på en måte som kunne undergrave relasjonen. Det varierte hvor mye og på hvilket tidspunkt ledere ble involvert.

Oversettelse og formidling ble analysert fram ved hjelp av sosiokulturell teori med utgangspunkt i kontoransattes forvaltning av pasientregistreringssystemet BUP-data. Kontoransatte oversetter – begge veier - mellom dataspråk og klinisk praksis som skal registreres i systemet, og de formidler begrunnelser og retningslinjer for registrering og rapportering fra myndighetenes side. Slik medierer de mellom ulike logikker og ulike språk: myndighetenes, datasystemets og den kliniske virksomhetens. Integrasjonen av pasientbehandling, pasientadministrasjon og styringsdata gjennom BUP-data plasserer kontoransatte i økende grad inn i kjernevirksomheten (Jensen, 2007).

Samskaping av lokal praksis handler om områder/møtepunkter der lovverk, rutiner og krav til registreringer skal settes ut i livet i konkrete situasjoner og dermed tillempes til klinikernes erfaringer. Regler og rutiner læres – og tillempes og endres – gjennom å brukes i praksis. Kontoransatte tilegner seg, gjennom stadig å få spørsmål, det jeg har kalt ”det kommer an-på – kunnskap” som er et eget kunnskapsfelt som handler om ”hvordan gjør vi det her”. Denne bygges opp i samhandling med klinikerne og deres konkrete spørsmål og eksempler.

- Sist, men ikke minst var et sentralt funn at kontoransatte trenger og utvikler *fortrolighetskunnskap* (Johannessen, 1999) om hele virksomheten, også behandlingsvirksomheten, og at dette kanskje er den kompetansen som er minst synlig, benevnt og anerkjent. Denne kunnskapen videreutvikles ytterligere i rollen som teamsekretær der kontoransatte jobber nærmere klinikerne og øker kontoransattes arbeidsfelt. Behovet for fortrolighetskunnskap ses også som et argument mot at kontoransatte forstås som støttefunksjon utenfor kjernevirksomheten.

Beskrivelsen av kontoransattes arbeid var innrettet på å sette ord på kontoransattes *kompetanse* og denne måtte analyseres fram på grunnlag av hva de kontoransatte faktisk gjør. Selv om dette til en viss grad også innebar beskrivelse av funksjoner, ble konsekvensene av kontoransattes arbeid for organisasjonen ikke systematisk utforsket. Undersøkelsen gir ikke noe samlet bilde av rolle og funksjoner på systemnivå. Dette har blitt tydelig i arbeid med formidling av resultatene i ulike typer organisasjoner. F.eks. har begrepet tilgjengelighetsarbeid gjort det mulig å tematisere arbeidet med løpende problemløsning som en samlet arbeidsoppgave, men det har ikke vært tilstrekkelig til å plassere arbeidet på systemnivå og løfte det ut av en forståelse som hjelp til klinikerne.

2.3 Kontorfaglig ansattes rolle og funksjon på systemnivå – problemstillinger

I dette avsnittet vil jeg oppsummere litteraturgjennomgangen i noen sentrale punkter som utgangspunkt for problemstillingene i denne oppgaven. Tidligere undersøkelser spenner over et langt tidsrom, et vidt felt av bransjer og både personlige sekretærer og kontoransatte med fellesfunksjoner. Kontoryrket utformes i stor grad i de respektive felt og inneholder mange detaljoppgaver som vil variere. De ulike arbeidsoppgavene er vevd inn i hverandre, inngår i ulike roller på en gang og blir forstått og kategorisert ut fra ulike teoretiske perspektiver. Oppsummeringen vil derfor konsentrere seg om noen få sentrale problemområder.

2.3.1 Å utfordre det som tas for gitt – fra noen som er til noen som gjør

Det er enighet om at kontoransattes både har formelle og uformelle oppgaver og at mye av det de gjør er usynlig og/eller ikke anerkjent. Også formelle oppgaver har uformelle aspekter, og det uformelle arbeidet bidrar til at rollen kan forstås som vag og/eller vanskelig å få tak på, også fordi kontoransatte også kan være definert ved hva de ikke er, de er ikke sjefer (Pringle, 1989), men ikke-faglige (Jensen, 2006). Vagheten kan forsterkes av at kontoransatte har et personlig handlingsrom (Truss et al., 1995), og at grensen til andre yrkesgrupper gjøres uformelt i relasjon til/som avtale med enkeltpersoner (Bertelsen, 2005) eller i situasjoner der formelle grenser overskrides fordi noe bare må gjøres der og da (Armstrong et al., 2008). Videre ser det ut til å være en uklar grense mellom kompetanse og personlige egenskaper; kontoransatte blir ofte karakterisert ved hva de er, ikke hva de gjør, som f.eks. *å være for andre* (Solbrække, 1999) eller *å være tilgjengelige* (Jensen, 2008). Det er derfor nødvendig både å utfordre denne ”være-forståelsen” og det ubenevnte, usynlige og ikke anerkjente for å finne gode begreper på kontoransattes funksjon på systemnivå.

Å sette ord på sentrale funksjoner

Arbeidsområder som peker seg ut for nærmere analyse av funksjonen på systemnivå kan sammenfattes som kommunikasjon, utad og innad, problemløsning, administrering og organisering. Kommunikasjon er delvis knyttet opp mot arbeid med data og karakterisert ved begreper som tolkning, oversettelse og formidling mellom datamaskinens og virksomhetens språk (Lie & Rasmussen, 1983). Begrepet innkorporering av utenforstående (Wynn, 1979) innebærer tolkning og oversettelse i kommunikasjon eksternt. Kontoransattes rolle i datasystemer og konsekvensene av databruken er imidlertid lite analysert siden 1980-tallet, på tross av at de fleste kontorfunksjoner nå har blitt datorisert, informasjonsflyten i stor grad blitt elektronisk og kontroll- og telleregimene eksplodert. Undersøkelser peker imidlertid på at kontoransatte driver opplæring og/eller spiller en rolle i arbeid med telling og rapportering

(Bertelsen, 2005; Evans, 1987; Jensen, 2008; Lockhart, 2010); og antyder både en uklar kontrollfunksjon som også kan forstås som hjelp (Jensen, 2008) og en bufferfunksjon (Evans, 1987). Oppfølging av andre medarbeidere direkte eller indirekte på vegne av ledelsen eller organisasjonen som helhet er også benevnt i andre studier som eksempler på administrering og uformell ledelse (Bertelsen, 2005; Lockhart, 2010), men også betegnet med begrepene barnevakt og mothering (Lockhart, 2010; Wichroski, 1994). Når det gjelder organisering og problemløsning, beskrives hvordan kontoransatte tar kontroll og ordner opp i situasjoner som ikke følger den faste rutinen, i tillegg til den løpende håndteringen av henvendelser fra andre yrkesgrupper (Bertelsen, 2005; Lockhart, 2010; Wichroski, 1994), av Jensen (2008) kalt tilgjengelighetsarbeidet. Felles for arbeidsområdene som er trukket fram er at det er beskrevet mange ulike *oppgaver* mens det mangler tydelige begreper for *funksjonene på systemnivå*.

2.3.2 Å utfordre hjelpeforståelsen

Et fellestrekk ved de fleste undersøkelsene er at viktige deler av kontoransattes arbeid kategoriseres som omsorg og sosial støtte, at informantene forstår arbeidet som hjelp eller service og/eller at arbeidet sammenliknes med husarbeid. Denne forståelsen er godt sammenfattet i Solbrækkes (1999) *å være for andre* og ligger også i sammenlikninger med husarbeid/morsrollen (Lockhart, 2010; Rantalaiho, 1990; Wichroski, 1994). Hjelpe- og omsorgsbegreper ser ut til å sluke arbeidsoppgaver som kunne vært forstått på andre måter. Wichroski (1994) kategoriserer f.eks. arbeid med situasjonsbetingede løsninger i den praktiske verden som en form for emosjonelt arbeid, sosial støtte omtales også som *mother-confessors*. Jensen (2008) viser at det meste av kontoransattes arbeidsoppgaver forstås som hjelp til klinikerne. I *å være for andre* ligger også fokuset på hva kontoransatte *er* framfor hva de *gjør*. Noen av undersøkelsene utfordrer den dominerende forståelsen av kontoransatte som omsorgspersoner/hjelpere ved å sette profesjonelle ord på hva kontoransatte faktisk gjør (Bertelsen, 2005; Jensen, 2006, 2008; Pringle, 1989). Jensen (Jensen, 2010) erfarer imidlertid at utfordring av hjelpeforståelsen møter motstand. Denne undersøkelsen tar mål av seg til å fortsette arbeidet med å utfordre denne forståelsen, bl.a. gjennom å gå videre fra beskrivelse av kontoransattes arbeid til å sette ord på rolle/funksjon på systemnivå. Samtidig vil undersøkelsen sette søkelys på hvorfor det er så vanskelig å utfordre den dominerende forståelsen både av kontoransatte som omsorgspersoner eller hjelpere og som noen som *er*.

2.3.3 Å utfordre støttefunksjonsbegrepet

Et siste gjennomgående trekk er vekten på at kontoransattes arbeid krever grundig kjennskap til virksomheten de jobber i som grunnlag for å utøve skjønn (Bertelsen, 2005; Jensen, 2008;

Lockhart, 2010; Pringle, 1989; Rantalaiho, 1990; Wichroski, 1994). En slik kjennskap er det vanskelig å tenke seg at de kan få uten å være tilknyttet det Mintzberg (1989) kaller den operative virksomheten. Flere undersøkelser de siste årene utfordrer da også den organisasjonsteoretiske forståelsen av kontoransatte som støttefunksjon. Armstrong mfl. (2008) viser at støttepersonell gjør viktig pasientarbeid og argumenterer for å inkludere dem som en del av helsearbeiderne; de foreslår ikke nye begreper på en særlig funksjon for disse gruppene. Jensen (2006) plasserer kontoransatte inn i pasientvirksomheten, og viser at måten å organisere kontoransatte inn i virksomheten på har konsekvenser både for fortrolighetskunnskap og oppgaver. Bertelsen (2005) konkluderer med at alt arbeid sekretærene utfører har avdelingens spesialområde og behandling som omdreiningspunkt. Hun advarer mot ugjennomtenkte kutt i antall legesekretærer, og argumenterer for at kontoransatte dekker behovet for en logistisk og infrastrukturell forretningsorden. Dette kan forstås som et motbegrep til støttefunksjon og plasserer kontoransatte midt inni virksomheten. Med dagens hyppige organisasjonsendringer der også kontoransatte settes i spill er det nødvendig å finne ut hvordan det er mulig å utfordre den rådende støttefunksjonsforståelsen, som ser ut til å videreføres på tross av at den står i motsetning til undersøkelser av det konkrete arbeidet.

Felles for det aller meste av den gjennomgåtte litteraturen er at en har intervjuet kontoransatte og ikke sett kontoransattes arbeid og rolle fra andre faggruppers side. Siden mye av litteraturen framhever den relasjonelle karakteren som dette arbeidet har, er dette en mangel i kunnskapsgrunnlaget. Dette er bakgrunnen for at jeg har valgt å gjennomføre en empirisk undersøkelse bygd på intervjuer med klinikere for videre å utforske kontoransattes funksjon.

2.4 Problemformuleringer

Gjennomgangen over gir følgende hovedproblemstilling: **Hvordan forstå og finne dekkende begreper for kontorfaglig ansattes rolle og funksjon på systemnivå?**

Drøftingen over leder videre til følgende underproblemstillinger:

* Står bruken av begrepet hjelp om kontorfaglig ansattes arbeid i veien for en forståelse av deres rolle og funksjon i klinikkene og hvordan kan denne forståelsen eventuelt utfordres?

* Står begrepet støttefunksjon i veien for forståelsen av kontorfaglig ansattes rolle og funksjon og hvordan kan dette begrepet eventuelt utfordres?

3. Valg av analytiske begreper

Jeg har valgt tre inntak til tolkning og forståelse av resultatene. Begrepene styrings- og driftsrasjonalitet kan bidra til å få øye på ulike logikker og mulige motsetninger i kontoransattes arbeid og i klinikkene (Berg et al., 2002). Aktør-nettverk teori (ANT) er egnet til å synliggjøre handlinger som tas for gitt og stille spørsmål ved rådende kategorier, samt til bedre å forstå teknologiens rolle i arbeidet (Latour, 1999; Law, 1999; Monteiro, 2000). En analyse av hvordan relasjonelt arbeid aktivt forsvinner i organisasjoner kan bidra både til å løfte fram kontoransattes arbeid og til forståelsen av hvorfor og hvordan arbeidet framtrer som hjelp (Fletcher, 1999). Det hadde vært mulig å velge andre teorier som kunne ført til vektlegging av andre aspekter ved materialet og forståelsen av kontoransattes arbeid.

3.1 Organisasjonsbegreper - styringsrasjonalitet og driftsrasjonalitet

Styringsrasjonalitet og driftsrasjonalitet er begreper hentet fra Berg, Hovde og Heen (Berg et al., 2002). De ønsker med begrepet rasjonalitet ikke bare å beskrive at topp og bunn i organisasjoner har ulike arbeidsoppgaver, men at dette også fører til ulike logikker og måter å tenke på. *Styringsrasjonalitet* er knyttet til og springer ut av ledelsens behov for og arbeid med oversikt, kontroll og styring. *Driftsrasjonalitet* er knyttet til og springer ut av utførelsen av oppgavene på det operative nivået (Berg et al., 2002, s. 152). Berg, Hovde og Heen (2002) er opptatt av at styringsrasjonalitet og driftsrasjonalitet er to ulike forståelsesmåter som skaper spenning i alle organisasjoner. Dette handler delvis om ulikt perspektiv hos ledelse og ansatte, men begrepsparet kan også forstås som ulike måter å tenke på som mer eller mindre er tilstede i alle deler av organisasjonen, knyttet til ulike sider ved oppgavene. Det kan videre forstås som ulike perspektiver en bruker for å analysere organisasjoner (Morgan i Berg m. fl. 2002: 152), om en ser organisasjoner som rasjonelle aktører (styringsrasjonalitet) eller er opptatt av de konkrete problemene organisasjonen skal løse (driftsrasjonalitet).

Berg mfl. trekker opp flere skiller mellom disse to formene for rasjonalitet: Driftsrasjonaliteten er orientert mot det konkrete, partikulære, kvalitative her og nå, mens styringsrasjonaliteten er mer abstrakt og generell, i betydningen at den forholder seg til helheten i organisasjonens virksomhet, er kvantitativ og med en lengre tidshorisont. Spenningen kan også forstås som forholdet mellom et nedenfra og et ovenfraperspektiv. For min diskusjon av situasjonen i PHBU er særlig følgende forskjell relevant: driftsrasjonaliteten er orientert mot brukere, enkeltindivider og grupper, mens styringsrasjonaliteten forholder seg til et politisk

oppdrag, styringslinjer og offentlighet. I BUP dreier dette seg om en rasjonalitet knyttet til arbeidet med og behovene til det enkelte barn og den enkelte familie. De to begrepene driftsrasjonalitet og styringsrasjonalitet vil særlig bli brukt til å drøfte kontoransattes kontrollfunksjon.

3.2 Begreper fra Aktør-nettverk teori (ANT)

ANT er en sosiologisk teori med røtter i Science and Technology studies (STS), utviklet av Latour, Callon, Law og Akrich (Monteiro, 2000). ANT gir et godt utgangspunkt for å utfordre forståelsen av kontoransatte som noen som *er*; teorien oppfatter kategorier og system som resultat av handlinger, av sosiotekniske prosesser over tid, ikke noe som eksisterer i seg selv (Monteiro, 2000). Aktør-nettverk handler om å se en handling i sammenheng med alt som påvirker den, det er ”en handling forbundet/lenket sammen med alle influerende faktorer (som igjen er lenket sammen), som skaper et nettverk” (Monteiro, 2000, s. 4 , min oversettelse). Alle enheter i nettverket får ”sin form og får sine attributter som et resultat av relasjonen til andre enheter” (Law, 1999, s. 3, min oversettelse). Sentralt i ANT er at både tekniske og menneskelige enheter deltar i slike nettverk, og at de tilkjennes samme status når det gjelder å forklare handlingene. Et aktørnettverk kan også forstås som de virksomme elementene i konteksten, og både hele aktørnettverk og de enkelte elementene i nettverket vil igjen inngå som enheter i andre nettverk (Monteiro, 2000).

Latour (1999) understreker at nettverksbegrepet i ANT ikke handler om den typen to-klikk nettverk som er kommet med internett, men om nettverk der fenomenene forandrer seg, transformeres, i det de beveger seg gjennom nettverket. Latour (1995) beskriver hvordan en avtale på telefon mellom to som skal møtes i London utgjør et aktør-nettverk som bl.a. inkluderer fysiske elementer som jernbanen, gjennom togtabeller, billetter og seter og handlinger som bestilling og planlegging; alt er et ledd i en ubrutt kjede av transformasjoner mellom den første telefonsamtalen og det endelige møtet.

Jeg vil i denne oppgaven, i tillegg til aktør-nettverk, bruke noen begreper fra det Monteiro (2000, s. 1) kaller ”en minimalistisk utgave av ANT”, innrettet på å beskrive informasjonsinfrastruktur i organisasjoner og hvordan den påvirker menneskene. Begrepene vil i oppgaven bli brukt til å forstå kontoransattes arbeid med teknologi i vid forstand. Beskrivelsen av begrepene er bygd på Monteiro (2000) der ikke annet er presisert, eksemplene er mine egne.

Det første begrepet er *inskripsjon* – med dette menes at teknologi har innskrevet i seg et ”handlingsprogram” for hvordan den skal brukes. Tingene forutsetter at du oppfører deg på en bestemt måte i møte med dem, f.eks. trykke på bestemte knapper i en bestemt rekkefølge. Et pasientregistreringssystem forutsetter f.eks. at behandlerne registrerer på bestemte måter, og dette kan også forutsette at de gjør bestemte ting, (å registrere diagnoser forutsetter at behandlere gjør et diagnostisk arbeid). Inskripsjoner er ikke nøytrale men representerer bestemte interesser. Inskripsjoner kan være sterke, som f.eks. et skjermvindu som ikke lukker seg med mindre du fyller ut et bestemt felt, eller svake der forutsetningene ikke setter seg igjennom på samme måte og må utfylles med manualer, opplæring, påbud etc. Folk oppfører seg ikke alltid slik program krever, en kan derfor skille mellom *intenderte brukere* og *reelle brukere*. Et eksempel kan være en bruksanvisning fra Ikea som forutsetter en bruker som mange ikke alltid identifiserer seg med.

Det andre begrepet er *translasjon*, eller oversettelse. Dette begrepet beskriver etablering av ulike typer løsninger og systemer, alt fra rutiner til institusjoner, gjennom å forene interessene (alignment of interests) til alle som er involvert i det aktuelle aktør-nettverket. Prosessen omfatter forhandlinger og kamp mellom ulike interesser med ulik grad av makt, både menneskelige og ikke-menneskelige. Translasjoner kan f.eks. skrives inn i dataprogrammer eller forankres i bruksanvisninger og folk som har fått spesiell opplæring. Når prosessen er ferdig og det endelige resultatet er stabilisert, blir de ulike interessene som sto mot hverandre skjult og løsningen inngår i det som tas for gitt, den er blitt en svart boks. Dersom løsningen ikke fungerer eller det kommer til elementer som destabiliserer den, må det foretas en ny translasjon som best mulig forener ulike interesser eller tvinger én vilje igjennom. Latours (Latour 1991 i Monteiro, 2000) klassiske eksempel på slike translasjoner er hotellresepsjonens anstrengelser for å få gjestene til å levere nøkkelen tilbake gjennom stadig å feste den til større eller tyngre vedheng. Selv var jeg på en bensinstasjon som brukte en halv tomkanne fra spylevæske – toalettet var på utsiden av stasjonen så her måtte det mye til. Begrepene inskripsjon og translasjon henger sammen, translasjoner må innskrives i en eller annen form for materiale, og inskripsjoner krever som regel translasjoner for å fungere i en konkret kontekst. Disse begrepene vil bli brukt til å diskutere kontoransattes rolle i arbeidet med rutiner og teknologi.

3.3 Forståelse av relasjonelt arbeid i organisasjoner – ”å forsvinne arbeid”

Fletcher (1999) plasserer sitt arbeid i skjæringspunktet mellom feministisk poststrukturalisme, feministisk arbeidssosiologi og relasjonell psykologi. Hun tar utgangspunkt i at hva som forstås som arbeid og kompetanse, og dermed verdsettes i organisasjoner, er bygd på en tradisjonelt mannlig måte å jobbe på. Det relasjonelle arbeidet som er nødvendig og som har kvinnelige konnotasjoner anses derimot ikke som arbeid, og de som utfører dette arbeidet nedvurderes. Fletcher deler det relasjonelle arbeidet hun finner hos kvinnelige ingeniører i undersøkelsesbedriften inn i følgende kategorier: 1. Gjøre det som er nødvendig for å bevare et prosjekt, bl.a. gjennom å ta ansvar for helheten, ligge i forkant og gjøre det som må gjøres uavhengig av status og formell arbeidsdeling, 2. Gjøre hverandre sterke bl.a. gjennom empatisk opplæring og deling av informasjon, 3. Bruke relasjonelle ferdigheter til å utvikle sitt eget arbeid og sist, men ikke minst, 4. Bygge team, bl.a. gjennom å lytte til andres følelser. Hun viser hvordan dette arbeidet systematisk *forsvinnes*, dvs. aktivt blir gjort forsvunnet, bl.a. gjennom at handlingene tolkes som svakhet, personlige egenskaper eller manglende kompetanse. Både konkretiseringen av relasjonelt arbeid i organisasjoner og begrepet *forsvinne* i hennes betydning kan bidra til forståelsen av hvorfor kontoransattes arbeid framtrer som hjelp og hvordan en slik forståelse kan utfordres. Fletcher konstaterer at det ikke finnes sterke organisasjonsmessige begreper for relasjonelt arbeid, på linje med f.eks. kjernevirksomhet, resultat og kompetanse, noe som gjør det vanskelig både å gjøre arbeidet synlig og endre den rådende forståelsen. En utfordring til denne undersøkelsen vil derfor være å begrepsfeste kontorfaglig ansattes funksjoner på en måte som gir en plass i organisasjonen samtidig som det inkluderer og synliggjør det relasjonelle arbeid istedenfor å forsvinne det.

4. Feltet: Poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (BUP)

Psykisk helsevern for barn og unge er organisert med poliklinikker og dag/døgninstitusjoner. Poliklinikkene (BUP-ene) utgjør 95 % av tilbudet. BUP er en del av spesialisthelsetjenesten, og bortsett fra øyeblikkelig hjelp, kreves henvisning fra lege eller barnevernsleder for å få behandling. BUP-ene er obligatorisk bemannet med barnepsykiatere, psykologspesialister, kliniske sosionomer og kliniske pedagoger, og alle har kontorfaglig ansatte. Større klinikker er organisert i flere team; mest vanlig er inndeling etter hvilke kommuner eller bydeler som betjenes. Klinikkerne er organisert som en del av helseforetakene.

4.1 Kontorfaglig ansatte – oppgaver og organisering

Klinikkerne har normalt flere kontoransatte, ofte organisert som en kontorgruppe med leder; de minste klinikkene kan ha bare én. Kontorleder kan være en del av lederteamet og ta del i den daglige ledelsen av klinikkene. Kontorleder kan også ha personalansvar. Kontorfaglig ansatte kan derfor ha ulik ståsted i klinikkens hierarkier, med ulike titler som ikke alltid speiler oppgavene; sekretær, konsulent og kontorleder, i sykehussystemet ofte kalt merkantilt ansatte. Begrepet kontorfaglig ansatte dekker alle kategorier. På helseforetaksnivå kategoriseres kontoransatte som støttepersonell (Statistisk sentralbyrå, 2011)

Vanlige sekretæroppgaver i BUP er resepsjon/sentralbord, pasientadministrasjon, post-, dokument- og journalhåndtering, brukerstøtte og registrering/kvalitetssikring/rapportering. Sekretærene svarer løpende på henvendelser fra klinikerne. Rent skrivearbeid varierer, behandlerne skriver for det meste selv. Mange klinikker har teamsekretærer, dvs. at sekretærene er knyttet til hvert sitt team, i tillegg til å delta i kontorgruppas fellesoppgaver. Videre har kontoransatte noe arbeid på klinikknivå med personal og lønn, og kontorledere har saksbehandling for ledere, bl.a. i forbindelse med budsjett.

Det viktigste verktøyet for kontoransatte er pasientregistreringsprogrammet, til nå BUP-data¹. Dette fungerer som et slags flytskjema med registrering av sentrale datoer for pasientens behandling ved klinikken: henvisning, vedtak om at pasienten gis rett til helsehjelp, ventetid slutt, første samtale, avslutning og epikrise. Også barnets diagnose og rettigheter til individuell plan følges opp gjennom programmet, som også inneholder selve tekstjournalen

¹ BUP-data skiftes nå ut med DIPS i mange klinikker, men funksjonene er i hovedsak de samme.

som løpende dokumenterer behandlingen som gis. Mange formaliteter rundt behandlingsløpet er regulert i lov og forskrift, som f.eks. antall dager før henvisningen skal være vurdert, behandlingsfrister, ventetid og tilbakemelding til pasient og henviser.

4.2 Styringsrasjonalitet i psykisk helsevern for barn og unge

Virksomheten i poliklinikkene består i all hovedsak av pasientbehandling, og drifts-rasjonaliteten i BUP handler om å gi best mulig behandling til den enkelte pasient. Jeg vil i dette avsnittet redegjøre nærmere for styringsrasjonaliteten i BUP som grunnlag for videre bruk av begrepet. Styringsrasjonaliteten kan forstås på bakgrunn av to ulike, dels sammenfallende prosesser: Opptrappingsplanen for psykisk helsevern og en helseforetaksreform med sterke innslag av New Public Management (NPM). Opptrappingsplanen for psykiske helse (St.prp. nr. 63, 1997-1998) ble utformet på bakgrunn av stortingsmeldingen Åpenhet og helhet (St.melding nr. 25, 1996-1997) som slo fast store mangler i psykisk helsevern og store forskjeller fra fylke til fylke, både i hvor mange som fikk et tilbud, hvor lenge de måtte vente og hvilken behandling de fikk for de samme problemene. Opptrappingsplanen var bl.a et svar på denne forskjellen; målet var større åpenhet om psykisk helse og mer helhetlige tilbud til brukerne. Et mer likeverdig tilbud, økt tilgjengelighet, bedre kvalitet og mer brukerinnflytelse sto sentralt. Opptrappingsplanen var en plan for omfattende utbygging, omstrukturering og økt kvalitet, men også for økt effektivitet i tjenestene.

I begynnelsen av planperioden ble spesialisthelsetjenesten fullstendig omorganisert i regionale helseforetak (RHF). Disse arvet Opptrappingsplanen, og planens oppgaver kolliderte kraftig med foretakenes fokus ved oppstart (Gjertsen, 2007). Mens en rekke departementer lanserte en felles strategiplan for oppfølging (Regjeringen, 2003), konsentrerte RHF-ene seg mest om ledelse, organisering og økonomisk effektivitet som sto sentralt i begrunnelsen for reformen. BUP-ene ble lagt inn under helseforetakene (HF-ene) og kom under sentralisert ledelse i en helt annen grad enn tidligere. Pasientorganisasjoner var bekymret for om opptrappingsmidlene kom fram til psykiatrien. NPM-elementet i reformen kom bl.a. til uttrykk i sterk vekt på økonomi og måltall, og fra starten var det antall ganger behandlerne traff pasientene som kom i fokus (antall tiltak). For klinikere, ledere og klinikker framsto dette som doble signaler: opptrappingsmidler, økt kvalitet og økt tilgjengelighet på den ene siden, effektivitet og innsparing på den andre, dels i samme klinikk; og vurdering av virksomheten ved hjelp av kvantitative mål ble av mange opplevd som fremmed og ytre.

NPM bygger på ideen om at profesjonene ut fra egeninteresse først og fremst er opptatt av å utvide egne områder med flere penger og mer folk (Sehested, 2002, s. 1516). Profesjonenes interesser blir på denne måten definert som særinteresser som må holdes i sjakk av en styrket økonomisk/administrativ ledelse. Et sentralt element i NPM er disiplinering av arbeidsstyrken (Hood, 1991, s. 5), bl.a. gjennom produksjonskrav (Øgård, 2005, s. 29). Dette gjelder også for de profesjonelle. Profesjonsstandarder opprettholdt av profesjonenes egenkontroll erstattes i stor grad med styring gjennom resultatmåling (Hood, 1991, s. 4). Det er derfor ikke så rart at styringsformen er blitt opplevd som fremmed og til dels krenkende. Sehested (2002) skriver at NPM kan forstås som krig mot de profesjonelle og at reaksjonene i utgangspunktet var sterke i hele Europa. NPM-tenkningen førte til brudd i dialogen med fagfeltet. Mens opptrappingsplanen var utviklet gjennom diskusjoner med fagfeltet over hele landet og bygget på en felles forståelse av virkeligheten, var det nå forbudt med direkte dialog mellom myndigheter og fagfelt – alt skulle gå gjennom helseforetakene (Gjertsen, 2007). Dette representerte et brudd med feltets historie som hele tiden hadde vært preget av nær kontakt med politiske myndigheter og solid forankring i et samfunnsoppdrag (Sommerschild & Moe, 2005).

Etter hvert kan det se ut som det utviklet seg to nærmest parallelle styringslinjer. Helseforetakene la vekt på økonomi/antall tiltak og kvantitative mål, mens Helse og omsorgsdepartementets (HODs) avdeling for psykisk helsevern og Helsedirektoratet ga faglige føringer for å styrke en likeverdig faglig praksis på tvers av BUPene og øke faglig kvalitet på grunnlag av best praksis. Disse ble sjølsagt også formidlet via RHFene, men samtidig økte den direkte kontakten på ny mellom fagfelt og helsemyndigheter. Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (Helsedirektoratet, 2008) ble laget av R.BUP på oppdrag fra Helsedirektoratet, i samarbeid med klinikere som jobber i BUP, men uten deltakelse fra RHFene.

Styringsrasjonaliteten i BUP må derfor forstås som en komplisert kombinasjon av føringer for bedre tilgjengelighet og faglig kvalitet i arbeidet, føringer for oppnåelse av måltall og føringer for økonomisk effektivitet, de siste i hovedsak fra RHF-ene. Noen føringer kan dra i samme retning, som vekten på tilgjengelighet og måling av ventetider, mens andre kan stå i motsetning til hverandre, som vekt på økt samhandling (som kan være tidkrevende å få til) kombinert med krav om et stadig høyere antall daglige tiltak pr. behandler. Stor vekt på kvantitative mål har bidratt til at disse i stor grad er blitt oppfattet som noe som kommer utenfra. Både det å sette diagnoser, sende epikriser og utforme individuelle planer er deler av

det kliniske arbeidet, men å telle antallet som mål i seg selv gjør at fokuset blir et annet, noe ytre i forhold til det faglige arbeidet. En kan tenke seg at NPM som styringsform bidrar til å skape og skjerpe motsetninger mellom driftsrasjonalitet og styringsrasjonalitet som tradisjonelt har vært liten i denne typen profesjonelle organisasjoner, der ledere selv kommer fra behandlingsprofesjoner og organisasjonene har hatt relativt stor autonomi.

En viktig del av å håndtere styringsrasjonaliteten i BUP i dag handler om å forvalte grensene for hvem som skal få hjelp i spesialisthelsetjenesten framfor førstelinjen og hvor omfattende tilbudet skal være, begge deler vurdert i forhold til de som står på venteliste. Oppdraget er å sikre faglig utvikling og best mulig psykisk helse, begrenset av økonomiske rammer, lovverk og politiske føringer. Likevel gjør management-tenkningen i helseforetakssystemet at det blir stort fokus på tallene, fordi det er disse klinikkene måles etter fra leddet over. Sehested (2002) beskriver en ny lederrolle som vokser fram på europeisk basis, som kombinerer faglig forankring og drivkraft med forståelse for og kunnskap om de nye ledelsesformene. Disse nye lederne virker som oversettere og formidlere mellom den kliniske og den økonomisk-administrative logikken og bidrar til å hjelpe klinikerne inn i en ny rolle. Bengtson² (2010) understreker betydningen av at ledelsen i klinikkene er i stand til å oversette fra management-tenkning til faglig ledelse. En slik rolle må forstås på bakgrunn av at styringsrasjonaliteten i profesjonelle organisasjoner bare har legitimitet dersom den er faglig basert, dvs. om den er i stand til å snakke til driftsrasjonaliteten.

Uavhengig av ledernes faglige styring blir kvantitative måltall i stadig større grad integrert i klinikernes hverdag gjennom pasientregistreringssystemene. Registreringer av pasientarbeidet må i stadig større grad ta hensyn til (delvis uintenderte) konsekvenser for måltallene. Og det er her kontoransatte i BUP kommer inn, som forvaltere av disse programmene gjennom registrering, kontroll og uttak av tallene - i hverdagen.

4.3 Kontoransattes rolle i pasientregistrering og rapportering

Kontoransattes rolle i dette arbeidet må forstås på bakgrunnen av at kontoransatte i BUP har hatt en særlig viktig rolle i arbeidet med pasientregistreringssystemet BUP-data. Fra 1984 startet feltet selv gjennom Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner (NFBUI) arbeidet med å utvikle sitt eget pasientadministrative program. Da dette på 1990-

² Bengtson, Mette (2010) Ivaretagelse av faglighet i spenningsfeltet mellom profesjonsstyring og linjeledelse. Forelesning BUP-lederforum, R.BUP

tallet var utviklet til et fullstendig journalsystem, tok man en strategisk beslutning om å satse systematisk på kontoransatte for å få systemet i bruk i hele feltet (Ytterhus & Lossius, 2008). Kontoransatte over hele landet ble grundig kurset over tid, det var de som sto for selve bruken av programmet, og de fikk de fleste steder oppgaven med å være systemansvarlige. Da tiden kom for PC-er til alle og klinikerne måtte skrive sjøl, ble kontoransatte også superbrukere i forhold til dem. Kontoransatte fikk på denne måten et sterkt eierforhold til BUP-data, videreutviklet gjennom Kontorforum, en årlig samling for kontoransatte knyttet til kongressen til NFBUI³ – kalt BUP-datas årsmøte.

Mange steder hadde de lokale lederne i utgangspunktet svært lite datakunnskaper og ble dermed helt avhengig av sine kontoransatte ikke bare for selve registreringen, men også for forståelsen av utforming og bruk av lokale løsninger. Kontoransatte fikk opplæring i BUP-data og kom hjem og fortalte både ledere og klinikere hvordan det skulle være. Dette kan med Røvik (2007) forstås som en rolle som translatør, en oversetter av organisasjonsideer som bidrar til at ideene ikke bare tas inn, men tas i bruk. Her dreier det seg riktignok om mer enn oversettelse av ideer, men også dataprogram må gis mening i den lokale konteksten. Røvik peker på at en god translatør trenger kunnskap både om det som skal oversettes og konteksten det skal inn i. Dette stemmer med min undersøkelse, kontoransatte var avhengig både av kunnskap om programmet og om virksomheten de jobbet i for å tillempe BUP-data lokalt (Jensen, 2006). De som fikk rollen som formidlere, utviklet en lojalitet til datasystemet som de forvaltet og en interesse av å gjøre ting riktig. De ble redskaper for implementeringen av systemet, både instrumentelt og kulturelt. Dette virket desto sterkere fordi de gjorde det fra en posisjon der de ikke stilte spørsmål ved systemet. ”Trøkket” i implementeringen ble forsterket av at BUP-data ble knyttet mer opp mot poliklinikkenes refusjon fra Rikstrygdeverket, senere NAV. Å gjøre ting riktig eller galt hadde konsekvenser for økonomien – styringsrasjonaliteten i NPM-utforming gjorde sitt begynnende inntog. For kontoransatte ble denne styringsrasjonaliteten en del av deres driftsrasjonalitet.

Da kvalitetsindikatorene kom, ble kontoransatte formidlere av disse innad i klinikkene, i starten også i mange tilfelle uten at lederne i særlig grad tok målene inn over seg. I dette tilfellet dreier det seg neppe om bevisst bruk av kontoransatte som yrkesgruppe; trolig var de på riktig sted til riktig tid gjennom rollen de fra før hadde i BUP-data. Etter hvert er det blitt

³ NFBUI skiftet i 2010 navn til Norsk forening for barn og unges psykiske helse, NBUP

større forståelse for kontoransattes betydning på dette området; Veilederen for poliklinikkene i PHBU (Helsedirektoratet, 2008) legger i et avsnitt om kontoransatte vekt på at de spiller en viktig rolle i å sikre nødvendig datakvalitet, og knytter dem opp til arbeidet for å oppnå måltalla.. Yrkesstoltheten gjør at kontoransatte jobber aktivt ikke bare for riktige tall, men også for ”gode” tall (Jensen, 2006). Klinikkløjalitet virker i samme retning, så lenge tallene er viktige både for klinikkens økonomi og stjerne i boka. En av mine informanter fortalte hvor krenket hun følte seg på et stort møte der klinikken hennes var blitt hengt ut fordi de ikke hadde levert ventelistetall for siste måned, og hvordan hun hadde protestert høylydt på tross av stor motvilje mot å snakke i forsamlinger. Min erfaring er at kontoransatte har en sjølstendig interesse av standardisering og detaljert regelverk. Mange har i årevis vært frustrert over at klinikkene gjør og teller ting ulikt slik at sammenlikninger blir umulig (og rapporter meningsløse), og de har ikke visst om de gjør ting riktig (Jensen, 2006). Det å være alene om vurderinger har vært baksida av den relativt store autonomien.

I et nyinstitusjonelt perspektiv (Røvik, 2007) kan en se kontoransatte som viktige aktører når det gjelder å føre målstyringsideene inn i klinikkene. Krav utenfra er bygd inn i datasystemet, og kvalitetssikring av data er lagt inn under kontoransattes oppgaver, men dette innebærer ikke at alt går på skinner. Det krever derfor ulike typer arbeid i klinikkene, både praktisk og kulturelt, for å få registreringene utført. Kontoransatte har bidratt til å iverksette målstyringen gjennom arbeidet med registrering, uttak av tall og et omfattende og tålmodig opplærings- og oppfølgingsarbeid (Jensen, 2006). Like viktig er det at kontoransatte over tid bidrar til å skape aksept for og forankring av tiltakene i organisasjonskulturen. Mine informanter understreket at de med hensyn til den økende registreringen ikke bare måtte forklare hva, når og hvordan, men også hvorfor. Røvik (2007) beskriver hvordan nye ideer som trenger inn i organisasjoner først kommer til uttrykk som språksmitte, bl.a. gjennom prat, og at slik smitte over tid, som virus, kan bidra til å etablere ideen. Gjennom å snakke om kvalitetsindikatorer og målingen av dem i forbindelse med den hverdagslige registreringen, har kontoransatte bidratt til å innføre et nytt språk i klinikkene nedenfra

Denne gjennomgangen viser at kontoransatte historisk er plassert og har plassert seg som en del av styringsrasjonaliteten i feltet. Dette danner et nødvendig bakteppe for drøftingen av kontoransattes uklare kontrollfunksjon og spenningene knyttet til den.

5. Metode

5.1 Valg av kvalitativ metode og grounded theory

Jeg er opptatt av hvordan aktørene i relasjonen mellom kontoransatte og klinikere oppfatter samhandlingen seg imellom og av kontoransattes arbeid og rolle. For å utforske dette nærmere har jeg derfor valgt en kvalitativ tilnærming. Kvalitativ metode anses som egnet til å utforske mening i vid forstand, hvordan individer og grupper forstår situasjoner og handlinger. En kvalitativ tilnærming brukes videre til å forstå kontekstens betydning og studere prosesser (Maxwell, 1996). For meg er det særlig viktig at kvalitativ metode kan brukes til å sette ord på fenomener som ikke er tematisert

En forståelse av kontoransattes rolle må være forankret både i kunnskap om hva kontoransatte faktisk gjør i praksis og i kontoransattes og klinikers egen forståelse av arbeidet og samhandlingen. Mitt ståsted kan sees som en form for kritisk realisme som baserer seg på at fenomenene jeg studerer finnes uavhengig av min forskning, men samtidig at kontekst og subjektive oppfatninger både hos forsker og informanter virker inn på resultatene (Madill, Jordan, & Shirley, 2000).

Jeg bygger undersøkelsen på en forståelse av kvalitativ forskning som en dans eller runddans mellom datainnsamling, data, analyse og teori (Janesick, 2000; Jensen, 2010; Wadel, 1991). Undersøkelsen tar utgangspunkt i grounded theory, - slik denne er videreutviklet av konstruktivistiske teoretikere (Charmaz, 2005; Dey, 2007). Charmaz legger vekt på ”grounded theory methods” i flertall (GT), som ”fleksible retningslinjer for analyse som gjør forskeren i stand til å fokusere sin datainnsamling og bygge induktive mellomnivåanalyser gjennom suksessive nivåer av dataanalyse og begrepsutvikling” (Charmaz, 2005, s. 507, min oversettelse). Hun holder fast ved at styrken ligger i verktøyene for analyse og i nærheten til verden de studerer. Det konkrete verktøyet omfatter bl.a. det å følge spor i materiale helt fra starten, teoretisk sampling, sammenlikninger og utvikling av kategorier som grunnlag for en analyse som løfter de konkrete dataene.

For meg har særlig samspeillet mellom data, datainnsamling og analyse vært en viktig ledetråd. Å følge tidlige spor og hente inn data i forhold til spørsmål som reises i materiale har vært viktig, f.eks. når det gjelder betydningen av fysiske omgivelser og teknologi i samhandlingen mellom kontoransatte og klinikere. Dette funnet førte til at jeg organiserte en observasjon som

både bekreftet funnet, ga nye data og stilte nye spørsmål, et grep som kan forstås som teoretisk sampling. Videre er nettopp mellomnivåteorier noe av det jeg er ute etter – ikke bare kontoransattes oppgaver og det konkrete samspillet, men å løfte forståelsen fra dataene til teoretiske begreper om funksjon som likevel ligger nær praksis. Når det gjelder koding, har jeg imidlertid ikke fulgt GT slavisk, dette er redegjort for i avsnittet om analyse.

Sentralt i den konstruktivistiske utviklingen av grounded theory er oppgjøret med GT som en objektiv metode, der en ser det som oppgave å utvinne teori fra data som eksisterer uavhengig av forskeren, og der teoretisk forforståelse mest mulig skal unngås. I stedet forstås forskningsprosessen som interaktiv der både forskerens og forsøkspersonenes subjektive forståelse spiller inn, og meningen som snakkes fram i fokusgruppene forstås som sosialt konstruert (Kamberelis & Dimitriadis, 2005). Charmaz (2005) framhever betydningen av Glasers begrep teoretisk sensitivitet (Glaser, 1978) i behandlingen av dataene; forskeren bringer med seg teorier og begreper i møtet med dataene. Dey (2007) diskuterer om begrepet abduksjon kan være mer dekkende enn induksjon som vanligvis er i fokus i GT. Abduksjon handler om å bruke teori til å forstå/tolke data, enten man begynner med en teori og gjør en observasjon eller begynner med en observasjon og trekker inn en teori. ”Abduktiv tolkning handler om å tolke et fenomen ved hjelp av en teoretisk referanseramme” (Dey, 2007, s. 91, min oversettelse). Abduksjon kan være en god beskrivelse av noe av det jeg gjør i denne oppgaven.

Diskusjonen om generalisering, validitet og reliabilitet i kvalitative studier har vært og er omfattende (Maxwell, 1996; Smith, 2003; Yardley, 2000). Mange, bl.a de tre som her er henvist til, hevder at begrepene må brukes på en annen måte enn i kvantitativ forskning. Yardley (2000) trekker opp noen hovedprinsipper for å vurdere kvalitet i kvalitativ forskning: kontekstsensitivitet, forpliktelse (commitment) og grundighet, gjennomsiktighet og sammenheng, og betydning (på engelsk både impact og importance). Gjennomsiktighet innebærer at andre har mulighet til å følge de ulike stegene forskeren tar i analysen og ta stilling til holdbarheten. Jeg drøfter generaliseringsmuligheter i avsnittet under; spørsmål som er viktige for validitet og reliabilitet kommenteres i de videre avsnittene.

5.2 Valg av BUP som felt og mulighet for generalisering

Problemstillingen for oppgaven handler om kontoransattes rolle. BUP-feltet må i denne sammenhengen forstås som case. Bakgrunnen for valg av case er for det første min egen

erfaring fra og inngående kjennskap til kontoransatte i BUP og min interesse for BUP som unikt felt. For det andre kan kontoransattes rolle i BUP sees som særlig egnet for en studie som retter seg inn mot generalisering til et videre felt av kontoransatte. Andersen (1997) peker på at mulighetene for generalisering fra kvalitative studier ofte undervurderes. Han trekker fram ulike typer og eksempler på generaliserende studier, for mitt formål vil jeg først og fremst trekke fram teoriutviklende enkeltstudier (Andersen, 1997, s. 73), studier som tar sikte på å utvikle eller moderere begreper og teorier. Yin (2003) bruker begrepet analytisk generalisering til forskjell fra statistisk generalisering. Lincoln og Guba (1985) foretrekker begrepet *transferability*, overførbarhet, og understreker at generalisering til andre felt må basere seg på en analyse av liknende/tilsvarende relevante forhold. Forskerne hevder at overførbarhet hviler på likheten mellom to kontekster, de kaller dette "fittingness" (om det passer) (Lincoln & Guba, 1985, s. 124). Andersen (1997) understreker betydningen av at case velges ut og analyseres i forhold til at hensikten er å kunne generalisere til et videre felt.

BUP-ene kan sees som klassiske eksempler på profesjonelle organisasjoner (Mintzberg, 1979, 1989), der profesjonene har en sterk stilling basert på kunnskap og utdanning, og der kontoransatte oppfattes å skulle serve profesjonelle ansatte i virksomhets kjerneområde. Feltet er også et eksempel på at datasystemer har trengt langt inn i virksomheten og gitt kontoransatte en breiere rolle. Slik har kontorfaglig ansattes kontekstrolle i BUP mye til felles med et stort antall andre organisasjoner der kontoransatte jobber i forhold til profesjonsutdannede yrkesgrupper om arbeid rettet mot organisasjonens målgrupper. Dette gjelder sykehus og skoler, men også mange andre organisasjoner både i privat og offentlig sektor. Samtidig er BUP et lite og relativt enhetlig felt som gjør det lettere å analysere fram noen tydelige problemstillinger. Videre er BUP et felt med sterke idealer om likebehandling, der kontoransatte kanskje i større grad anerkjennes og inkluderes i virksomheten enn mange andre steder, men som samtidig opprettholder et skarpt skille mellom behandlere/kjernevirksomhet og kontoransatte/støttefunksjon. Skillet har stor legitimitet fordi det baseres på et objektive kjennetegn: høyere utdanning. Anerkjennelse kan legge grunnlag for at både klinikere og kontoransatte lettere kan jobbe med å sette ord på og reflektere over kontoransattes funksjon. Det legitime skillet gjør samtidig at begrepet støttefunksjon står sterkt.

På denne bakgrunn kan BUP også forstås som et eks. på det som ofte kalles et innerblink-case, "(...) et tilfelle som er typisk for klassen av fenomener teorien gjelder for, men der den ikke stemmer" (Andersen, 1997) eller "most likely case" (Eckstein 1975, s. 119 i Andersen,

1997, s. 86): Hvis støttefunksjon ikke er en adekvat beskrivelse i BUP, hvor - eller under hvilke betingelser - skal begrepet da være gyldig? Rogowski kaller dette for "disconfirmation of a prevailing story" (Rogowski, 1995, s. 467 i Andersen, 1997, s. 86). Beskrevet på denne måten kan denne studien i tråd med Andersen også forstås som bruk av en case-studie som hypotesetesting.

5.3 Forskning i eget felt - innenfra og utenfraperspektiv

Forskeren i denne undersøkelsen er solid plantet i eget felt, både gjennom daglig arbeid, undervisning, faglig organisering på tvers av BUPene og tidligere forskning. Diskusjon om innenfra og/eller utenfraperspektiv har en lang historie i kvalitativ forskning (Hellowell, 2006; Hockey, 1993; Labaree, 2002), og den har beveget seg fra enten/eller i retning av både/og og en forståelse av innenfra og utenfra som et kontinuum og et krysningspunkt for ulike ståsteder samtidig. Det ser ut til å være stor grad av enighet om fordeler og ulemper ved innenfraposisjonen, der fordelene er knyttet til tillit, kjennskap og forståelse, mens ulempene handler om manglende avstand, kulturell blindhet og vansker med å utforske det som tas for gitt. Strategiene som anbefales er å gjøre det kjente fremmed og å veksle mellom å dra veksler på innenfraposisjonen og å prøve å stille seg utenfor. Mye handler om å være seg bevisst og aktivt jobbe med sin egen posisjon, om refleksivitet.

Selv opplevde jeg at min bakgrunn gjorde det mulig å snakke om et vidt spekter av samhandlingsepisoder mellom kontoransatte og klinikere uten at det var nødvendig med omfattende detaljforklaringer for å forstå selve arbeidet, dette innebar at jeg kunne få fylldige data. Kontoransattes arbeid er så fullt av detaljer som samtidig er forankret i klinikkens verdier, oppgaver, rutiner og normer at detaljforklaring av hver enkelt arbeidsoperasjon ville sprengt alle rammer. Innenfraposisjonen og kjennskap til faglige og sosiale koder gjorde det mulig å forstå den videre implikasjonen av samhandlingen og nyanser i denne. Det virket også som det gjorde det lettere å snakke fritt om lokal praksis, siden de antok at jeg visste hvordan det var i virkeligheten, ikke bare hvordan det burde være. Brei kjennskap til feltet gjorde det også mulig for meg å bruke overraskelser i dataene som empiri. Videre kunne nye begreper og forståelse utviklet underveis i prosessen prøves mot praktiske erfaringer i egen klinikk.

Innforståtheten, det å kunne fagspråket og ikke trenge detaljforklaringer innebærer selvsagt også muligheten for at feltets egen forståelse ikke utfordres. Selv om jeg lenge har jobbet med å sette ord på kontoransattes kompetanse og samhandlingen med klinikerne og utfordre feltets

tatt-for-gitt-heter, er det helt sikkert fortsatt mange slike jeg deler. Dette kan være ulempene ved å forske på eget område, en ulempe jeg har jobbet med å være meg bevisst. Observasjon i en poliklinikk var ett grep for å se om det var ting i samhandlingen som både jeg og informantene til da hadde vært blind for, Der jobbet jeg aktivt for å stille meg spørsmål om hvorfor det jeg så foregikk som det gjorde, ikke bare ta det for gitt. Bevisst bruk av teori i arbeidet med analysen har vært en annen måte å skape avstand på. Dette er i tråd med Hockey (1993) som viser til at det å nærme seg feltet som forsker, med bakgrunn i teori og problemstillinger som er formulert utenfor feltet, bidrar til å se det kjente utenfra.

5.4 Design

5.4.1 Valg av fokusgruppemetodikk

Mitt opprinnelige design var å bruke semistrukturerte individuelle intervjuer av klinikere i selve undersøkelsen, men å gjøre et forprosjekt med fokusgrupper for å utforske aktuelle problemstillinger til intervjuet. Dette er en vanlig bruk av fokusgrupper. Det viste seg imidlertid gjennom forprosjektet at fokusgruppemetodikken var velegnet til mitt formål, og jeg bestemte meg for å endre design.

Fokusgrupper er gruppediskusjoner organisert for å utforske bestemte spørsmål (Kitzinger, 1994) gjerne synspunkter og erfaringer med bestemte temaer. Stewart, Shamdasani og Rook (2007) trekker fram tre kjennetegn: Fokusgrupper er fokuserte, i betydningen at deltakerne på et eller annet område har felles erfaringer som gjøres til tema for diskusjon, et viktig formål er å studere interaksjonen i gruppa, og diskusjonen gir data som trenger ned under overflateforklaringer og gir kunnskap om holdninger og følelser. Kitzinger (1994) legger vekt på at fokusgrupper skiller seg fra gruppediskusjoner i sin alminnelighet ved at interaksjonen mellom deltakerne i gruppene anvendes som forskningsdata. Hun understreker særlig at interaksjonen gir forsøkspersonenes holdninger, prioriteringer, språk og forståelse mer plass enn individuelle intervjuer. Andre bruker uttrykket ”å desentrere forskerens rolle” (Kamberelis & Dimitriadis, 2005, s. 904) . Videre kan kommunikasjonen i en gruppe vise større variasjon, det er plass til spøk, argumentasjon mellom deltakere etc. som gir tilgang til annen kunnskap enn vanlige intervjuer (Kitzinger, 1994).

Fokusgrupper regnes som velegnet til å utforske deltakernes eget perspektiv og (ev. ulike) forståelser av det aktuelle temaet, hvorfor de forstår det slik og prosessen fram til forståelsen. Det er mulig å oppnå det Kamberelis og Dimitriadis (2005) kaller en synergieffekt mellom

deltakerne som gjør at de kommer på flere momenter enn de ville gjort alene. Det var særlig min erfaring med hvordan klinikerne utdypet og videreutviklet hverandres fortellinger om det dagligdagse som lå til grunn for beslutningen om å bruke fokusgrupper som hovedmetode. Dette er i tråd med Kamberelis og Dimitriadis som viser til at fokusgrupper lettere kan utforske det tilsynelatende uviktige gjennom at det gjøres til et felles tema. Et eks. på dette i materialet er utviklingen av forståelsen av den sosiale kontakten mellom klinikere og kontoransatte, fra småprat til sentral sosial funksjon. Fordelen ved fokusgrupper handler ikke bare om antall momenter, men om utvikling av resonnement, forståelse og begreper.

Samtidig var det nødvendig å avveie ev. ulemper ved å skifte fra individuelle intervjuer. Fokusgrupper og individuelle intervjuer gir ulik informasjon uten at noen av dem gir sannere kunnskap enn andre (Kitzinger, 1994). Hun understreker at dataene blir til i kontekst, en kan snakke om ulike ting i ulike sammenhenger. Gruppen påvirker hva som sies, men det gjør også det å være alene med intervjueren. Min viktigste innvending mot å gå over til fokusgrupper var at det kunne være (upopulære) ting klinikerne ikke syntes de kunne si i gruppe, særlig knyttet til kontoransattes kontrollfunksjon, f.eks. kritikk av tellesystemene i klinikkene. Jeg prøvde derfor å være sensitiv for om det så ut til at deltakerne holdt noe tilbake, og sikret meg avtale om ev. oppfølging med hver enkelt for utdyping dersom jeg opplevde det som nødvendig, noe det ikke ble. Også personlig omtale og særlig kritikk av personer er vanskeligere i grupper, i min sammenheng kunne dette handle om kritikk av personer klinikerne samhandlet med. Dette kommer jeg tilbake til i avsnittet om moderators rolle. Kitzinger (1994) understreker for øvrig at det ikke er entydig lettere å snakke om private eller vanskelig ting alene enn i grupper. Dette stemmer med min erfaring; i enkelte tilfelle fant jeg at opplevelsen av å få støtte til upopulære synspunkter i noen tilfelle kunne gjøre det lettere å utdype dem videre. Kitzinger peker videre på at det i diskusjonene kan være mulig å identifisere gruppenormer og prosesser som gjør enkelte ting vanskelig å si. Det er derfor ikke entydig negativt når slike prosesser oppstår, de må i stedet betraktes som data om informantenes virkelighet. Både gjensidig bekreftelse i gruppene og uenighet, ev. undertrykkelse av avvikende meninger kan gi nyttig kunnskap om sosiale prosesser. Analytiske begreper som kritiske øyeblikk og reparasjon (Kitzinger & Farquhar, 1999) er redskaper for å få fram slik kunnskap.

Min samlede vurdering var at fokusgruppene ville gi et materiale som var mer egnet til mitt formål – forståelsen av kontoransattes rolle og funksjon. Dette er også i tråd med metode-

erfaringene fra Jensen (2010) som drøfter hvordan en kan undersøke kompetanse som det ikke er satt ord på. En av konklusjonene her var at slik kompetanse må snakkes fram kollektivt samtidig som en analyserer hva det praktiske arbeidet består i.

5.4.2 Utvalg

Forprosjektet

I forprosjektet sendte jeg brev til ledelsen i et utvalg på sju poliklinikker på Østlandet og ba om frivillige deltakere til fokusgrupper sammensatt av folk fra ulike klinikker, gjennomført i Oslo. Utvalget var basert på rimelig nærhet til Oslo og at de representerte poliklinikker med litt ulik organisering av kontoransattes arbeid (hvorvidt de hadde teamsekretærer). I henvendelsen ba jeg om klinikere i ulike posisjoner og med ulik grad av erfaring. Målet var to grupper; resultatet ble én gruppe på tre og et intervju med bare to personer, til sammen fem deltakere fra tre poliklinikker. Deltakerne representerte tre yrkesgrupper og varierende erfaring i BUP; flertallet enten var mellomledere eller hadde vært det. Tre klinikker avslo henvendelsen, begrunnet i mangel på tid. Dette må forstås på bakgrunn av stort klinisk press og høye krav om aktivitet. Utfra min kjennskap til de aktuelle klinikkene og kontoransatte der er det ikke grunnlag for å se dette som uttrykk for relevante trekk ved poliklinikkene.

Forprosjektet viste at det var en viss forskjell på vanlige klinikere og mellomledere både når det gjaldt den konkrete samhandlingen med kontoransatte og perspektivet på denne; det ble derfor nødvendig å ha et bevisst forhold til dette i det videre arbeid med utvalg. Mellomlederne hadde i tillegg til pasientarbeidet mer administrativ samhandling med kontoransatte, særlig med teamsekretærene, og autoritet i kraft av å være ledere. Jeg valgte, på bakgrunn av forskningsspørsmålene om klinikernes forståelse av samhandlingen og av kontroll og hjelp, å fokusere på samhandlingen med vanlige klinikere. Jeg var opptatt av å få data på uformelle funksjoner og samhandling lavt nede i organisasjonen, fordi disse er minst tematisert og forstått. Jeg ønsket derfor grupper uten mellomledere, noe jeg i hovedsak oppnådde. Dette innebærer at samhandlingen mellom mellomledere og teamsekretærene i liten grad er blitt tema for undersøkelsen. Jeg vurderte underveis å ha egne grupper både for mellomledere og klinikkledere, men det var ikke mulig innenfor tidsrammen.

Hovedprosjekt

Målsetting for hovedprosjektet var å gjennomføre tre nye fokusgrupper med helst fire, minimum tre klinikere. På bakgrunn av erfaringene fra forprosjektet ble rekrutteringsmetoden å kontakte et mindre utvalg av klinikker der jeg hadde kontakter som kunne bidra til et

positivt svar, samtidig som de representerte klinikker av ulik størrelse og organisering. Henvendelsen gikk direkte til leder alle steder, med unntak av ett der den ble formidlet til leder via kontorleder. For å gjøre det lettere for klinikkene, dro jeg ut til dem og gjennomførte et intervju på 1 ½ time på et tidspunkt som passet for dem. Det ble understreket at deltakelsen var frivillig. Av fire henvendelser var tre positive og to intervjuer ble gjennomført med fire deltakere, ett med tre. To intervjuer ble gjennomført ute på klinikkene, ett intervju besto av deltakere fra tre ulike klinikker under felles ledelse pluss én fra en annen klinikk. Deltakerne ble fulgt opp med e-postmeldinger i forkant og alle deltakerne møtte.

Sammen med forprosjektet ga dette et materiale som besto av fire fokusgrupper og ett intervju med to deltakere, tilsammen 16 klinikere fra åtte ulike klinikker. Antallet grupper er i tråd med at tre til fem grupper anses som vanlig, men antallet i gruppene er færre, typisk er syv til ti (Morgan, 1998). Bakgrunnen for valg av små grupper var behovet for å gå detaljert inn i deltakernes konkrete erfaringer med samarbeid med kontoransatte og gi tid til refleksjon. Morgan viser til at når målet er å høre detaljerte historier og personlige fortellinger, temaet er sammensatt og deltakerne vet mye om temaet, vil små grupper gi bedre resultater. Det ville også være mulig å utvide antallet ved behov; dette er avhengig av en vurdering av *metning* – om nye grupper antas å gi ny sentral informasjon (Morgan, 1998). I mitt tilfelle var antall grupper begrenset av prosjektets tidsramme; erfaringen var imidlertid at det i stor grad var de samme temaene som kom opp i de ulike gruppene, selv om både innfallsvinkler og vekt kunne variere.

I de nye gruppene var det bare én teamleder, i tillegg til én tidligere leder. Psykologer/ psykologspesialister, kliniske sosionomer og kliniske pedagoger var representert, fra relativt nyutdannede til klinikere med lang fartstid. Den siste av de fire obligatoriske faggruppene i BUP, legene var ikke representert. Dette skyldes trolig at dette er en liten yrkesgruppe i BUP, og de legene som er, har ekstra stort press. Mange klinikker sliter med rekruttering bl.a. fordi legene i BUP har lav status innafor legeyrket. Én lege meldte seg, men det ble ikke mulig å finne en felles tid. Mangelen på representanter for denne faggruppa representerer en svakhet ved undersøkelsen, bl.a. fordi legene i flere klinikker har enkelte privilegier i forhold til støtte fra kontoransatte og kommer fra en tradisjon der slik støtte i større grad tas som en selvfølge. Deltakelse fra denne gruppa ville kanskje kunnet gi større mulighet for å utforske forskjeller i samhandlingen. Samtidig vil forskjellene begrenses av at legene er få og i stor grad underlegger seg tverrfaglig kultur og arbeidsmåter i BUP. Manglende deltakelse fra legene

skulle derfor ikke representere noen avgjørende innvending mot resultatene slik de presenteres i undersøkelsen.

Metoden med direkte kontakt til utvalgte enheter kan ha ført til et utvalg av klinikker der ledelsen i større grad anerkjenner kontoransattes betydning og derfor har stilt seg positive til undersøkelsen. Dette kan medføre at kontoransattes rolle er mer anerkjent og synlig og dermed lettere kan tematiseres. På den måten kan utvalgsmetoden ha bidratt til å gi informanter som kan gi tykke beskrivelser (Geertz, 1973) - en form for teoretisk sampling. Samtidig kan dette ha bidratt til at intervjuene gir et for positivt bilde av kontoransattes faktiske inkludering i klinikkene. Dette er imidlertid ikke noe hovedtema i undersøkelsen.

5.4.3 Opplegg og gjennomføring av fokusgruppene

Opplegget av intervjuene bygde på erfaringene fra undersøkelsen av kontoransatte (Jensen 2006), der jeg ba informantene helt konkret beskrive arbeidsdagen sin, inspirert av livsformsintervjuet (Andenæs, 2005; Haavind, 1987). Denne gangen ba jeg klinikerne om å beskrive i detalj all samhandling de hadde med kontoransatte på sin klinikk i løpet av én utvalgt dag i siste uka før intervjuet. Slik ville jeg sikre meg at vi snakket konkret om den faktiske samhandlingen og ikke i generelle vendinger om kontoransattes (store) betydning. Etter diskusjon om de konkrete eksemplene stilte jeg noen refleksjonsspørsmål, se vedlegg.

Bruk av skjema og opplegg av diskusjonene

I min tidligere undersøkelse (Jensen, 2008, 2010) var det et eget funn at de løpende henvendelsene til og fra klinikerne ikke kom opp i de første intervjuene. Jeg utviklet derfor et skjema informantene brukte i forkant av intervjuene for å notere ned henvendelser til og fra andre i løpet av én bestemt dag. Dette endret intervjuene og førte ikke bare til at informantene husket disse episodene, men også til at de ble anerkjent som arbeid (Jensen, 2010). På bakgrunn av disse erfaringene og fordi jeg tenkte at mye av samhandlingen med kontoransatte tas for gitt, valgte jeg å bruke et tilsvarende skjema der klinikerne kunne notere ned kontakt med kontoransatte, se vedlegg. Klinikerne fikk skjemaet tilsendt 1-2 uker før intervjuet og ble oppfordret til å velge en bestemt dag for å notere samhandlingen. Selv om forberedelsene varierte, var erfaringen allerede fra forprosjektet at skjemaet ikke bare fungerte til å få fram konkrete eksempler, men også til å øke bevisstheten om både mengden kontakt og kontoransattes arbeid.

Intervjuene startet med en intro om hensikten med fokusgruppa, konfidensialitet etc og en presentasjonsrunde. Deretter kom klinikerne fram med sine konkrete eksempler på samhandling, og disse ble gjenstand for kommentarer, spørsmål og diskusjon i gruppa. De fleste hadde krysset av på skjemaet, men uansett hadde de eksempler. Dette førte igjen til flere eksempler, og denne delen av intervjuet tok det meste av tida som var satt til ca 1 ½ time. I siste del av intervjuet stilte jeg noen tematiske spørsmål for å stimulere til refleksjon; disse ble også prøvd ut i forprosjektet. Rekkefølge og prioritering av disse spørsmålene ble til en viss grad bestemt av hva som var dekket i første del og hva som virket særlig interessant å utforske i akkurat den gruppa. Antallet spørsmål ble redusert etter forprosjektet fordi de konkrete eksemplene tok mer tid og ga enda mer materiale enn opprinnelig beregnet.

Gjennomføringen av intervjuene gikk greit, og alle deltakerne deltok aktivt og ble engasjert i spørsmålene. En fare i fokusgrupper er at de kan domineres av enkeltpersoner; dette har ikke vært noe problem i denne undersøkelsen. Samtalen fløt, og det hadde vært mulig å holde på mye lenger; noen ganger ble det nødvendig å bryte interessante temaer for å få tid til de viktigste refleksjonsspørsmålene. Flere kommenterte etterpå at det hadde vært interessant, én la vekt på refleksjonen, en annen ønsket å tematisere kontoransattes rolle i egen klinikk. Deltakerne bekreftet hverandres erfaringer og synspunkter kontinuerlig; mmm-ing foregikk hele tiden og ga kunnskap om hva som opplevdes som felles. Intervjuene bekreftet videre at fokusgruppeformen var egnet til å fremme prosesser der deltakerne utviklet hverandres tanker (fikk hverandre til å tenke på”). Jeg vil i presentasjonen av resultatene komme inn på eksempler på at dette førte til ny forståelse av kontoransattes funksjon. Motstridende synspunkter og kritiske øyeblikk representerte også interessante data.

Moderators rolle

Et hovedprinsipp for moderators rolle er at hun skal være moderator, ikke deltaker (Morgan, 1998). Hun skal videre arbeide for at deltakerne samtaler med hverandre – ikke hele tiden henvendt til moderator. Hovedspørsmålene som stilles skal være åpne – slik at en slik samtale blir mulig. I første del av intervjuene ble min rolle til dels å ordne køen av eksempler slik at alle fikk komme fram med sitt. Gjennom hele intervjuet var det en balanse mellom å holde temaene til de var utdypet av deltakerne, ev. med egne utdypingsspørsmål, og samtidig ta vare på assosiasjonene til nye situasjoner og temaer. I tillegg måtte jeg sikre tid for refleksjonsspørsmålene. Disse spørsmålene hadde til hensikt å gjøre det kjente ukjent. En kjent utfordring for moderatorer som er sterkt engasjert i sitt tema er å holde seg i skinnen når

deltakerne fremmer feilaktig informasjon på feltet (Krueger, 1998). Ved et par anledninger var dette svært vanskelig, og i den uformelle atmosfæren som rådet, tillot jeg meg å kommentere at dette var vanskelig for meg, uten at jeg tror at det hadde noen konsekvenser for gruppa. Ved et par anledninger valgte jeg å komme med saksopplysninger – dette var i strid med Kruegers anbefalinger om å overse feil som ikke er skadelige, ev. komme tilbake til oppklaring av skadelige feil etter avslutning av intervjuet.

Viktigere er spørsmålet om hvordan min posisjon i BUP-feltet påvirket intervjuene. På grunn av kontorutdanningen og min lange erfaring i feltet kjenner jeg svært mange kontoransatte, også kontoransatte i klinikkene som var med i undersøkelsen. Dette var ikke til å unngå. Det deltok også klinikere fra min egen arbeidsplass. I forkant av intervjuene ba jeg derfor om at deltakerne ikke brukte navn på kontoransatte når de beskrev samhandlingseksemplene og understreket at jeg ikke var ute etter en vurdering av kontoransattes arbeid. Videre er jeg også kjent i feltet generelt – og dermed for noen av deltakerne - for mitt engasjement for kontoransatte. Dette, sammen med min rolle som kontoransatt selv, kan være bakgrunnen for at det virket som noen av deltakerne syntes det var vanskelig å si noe som kunne implisere kritikk av de kontoransatte hos dem, bl.a. når jeg i de første intervjuene spurte om de hadde eksempler på at samhandlingen ikke fungerte etter hensikten. Dette spørsmålet droppet jeg seinere av flere grunner. Jeg opplevde videre at når noen sa noe i kritisk retning, var det som regel andre som reparerte (Kitzinger & Farquhar, 1999) ved å si noe som gjorde kritikken til et unntak. Dette kan imidlertid også forstås som uttrykk for at det er en norm i klinikkene at kontoransatte ikke skal kritiseres. Dette sannsynliggjøres av at en av informantene fortalte at lederen hos dem la stor vekt på at de ikke skulle belaste de kontoransatte for mye fordi de hadde så mye å gjøre, og at det derfor ble viktig å ta ekstra hensyn til dem. En annen informant benyttet aktivt fokusgruppa til å ta opp kritikkverdige forhold hos sekretærene som det tydeligvis var vanskelig å snakke om i klinikken. For henne fungerte temaet som en åpning. Eksemplet illustrerer poenget om at fokusgruppeintervjuer kan sette en på spor av gruppenormer for hva som kan snakkes om (Kitzinger, 1994).

Jeg ledet selv fokusgruppene, de ble deretter tatt opp på bånd og transkribert, forprosjektet av meg selv, de andre av en utenforstående. Jeg valgte en transkribering med hovedvekt på innholdet i hva som ble sagt, men som også tok med mm, nøling, avbrytelser og latter. Jeg endte opp med rundt 150 sider tekst og lydfiler fra alle intervjuene.

5.4.4 Observasjon

Etter forprosjektet ble jeg opptatt av om det var områder for samhandling som ikke ble fanget opp gjennom skjemaene, klinikernes eksempler og tematiske spørsmål. Både undersøkelsen av kontoransatte (Jensen, 2006), og denne undersøkelsen handler om å tematisere det som tas for gitt. Verken individuelle intervjuer eller fokusgrupper gir noen garantier mot at det fortsatt er viktige fenomener som blir oversett; Potter og Hepburn (2005) reiser en omfattende diskusjon om bruk av intervjuer. Jeg valgte derfor å gjennomføre en hel dags observasjon på en poliklinikk. Her fulgte jeg samhandlingen mellom kontoransatte og klinikere fra en plass tett på resepsjon/sentralbord, samtidig som det også var nær kontoret til en teamsekretær. Siden enheten var spredt på to ulike fysiske steder, delte jeg dagen mellom disse. Dette grepet kan forstås som en del av en teoretisk sampling (Glaser, 1978; Strauss & Corbin, 1994) eller som en bitte liten triangulering (bruk av flere metoder sammen for å øke validiteten).

Observasjonen bekreftet og utdypet noen av spørsmålene jeg var blitt opptatt av etter forprosjektet, som betydningen av de fysiske rammene (arkitektur og teknologi), og ga økt betydning til andre, som samhandlingen rundt sentralbord/resepsjon. Dette kommer jeg tilbake til i kapitlene om resultatene. Observasjonen reiste imidlertid ingen helt nye problemstillinger. Jeg vurderte å foreta flere observasjoner, men tida tillot ikke dette, og det framsto ikke som avgjørende for undersøkelsen.

5.4.5 Materiale fra kontoransatte

Siden klinikernes forståelse i undersøkelsen skulle sammenholdes med min tidligere undersøkelse av kontoransatte, ble det viktig å tenke gjennom hvorvidt resultatene fra 2005 fortsatt hadde gyldighet. Det grunnleggende arbeidet i poliklinikkene i BUP har ikke endret seg. Samtidig har det, som beskrevet i kap. 4, skjedd mye på området registrering, rapportering og kontroll, bl.a. blir lederne mye mer systematisk målt i forhold til styringstall og kvalitetsindikatorer. Disse endringene er relevante for min problemstilling knyttet til kontoransattes kontrollrolle. Jeg har fulgt disse endringene tett både gjennom eget ansvar på jobben, gjennom arbeidet i et forum for kontoransattes i regi av NBUP som jobber med slike spørsmål og gjennom kontorutdanningen. Jeg valgte i tillegg å foreta en begrenset datainnsamling for å sjekke ut mine oppfatninger om hvordan denne rollen har endret seg, bestående av et oppfølgingsintervju med en av informantene fra den forrige undersøkelsen og gruppediskusjon blant studentene mine (18 kontoransatte fra hele landet på kullet 2010-2011). Intervjuet og diskusjonen i én av gruppene ble tatt opp på bånd, men ikke transkribert.

5.4.6 Litteratursøk

Litteratursøk er foretatt i flere omganger. I forbindelse med forrige undersøkelse søkte jeg i Bibsys, PsycInfo og Medline på ordene sekretær, legesekretær, helsesekretær, kontoransatt og kontorarbeid, både på norsk og engelsk. I denne omgang har jeg søkt i ISI Web of Science og Bibsys på de samme ordene, samt på støttefunksjoner, støttetjenester og support services. I tillegg har jeg søkt på Google Scholar på alle begrepene som er nevnt her, samt på receptionists in hospitals. Jeg har i tillegg søkt videre på aktuelle forfattere og aktivt brukt litteraturlister i bøker og artikler.

5.4.7 Bruk av dokumenter

For å forstå styringsrasjonaliteten i PHBU har jeg valgt å studere Opptappingsplanen for psykisk helse” (St.prp. nr. 63, 1997-1998) og ”Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge” (Helsedirektoratet, 2008), videre i oppgaven omtalt som Veilederen. ”Nasjonale mål og prioriterte områder for 2009” (Helsedirektoratet, 2009) slår fast at målene i opptappingsplanen videreføres og at veilederen skal være retningsgivende for videre utvikling i feltet. Disse føringene til RHF-ene går videre til helseforetak og klinikker. Veilederen er også brukt som grunnlag for å forstå støttefunksjonstenkningen i feltet, siden den i stor grad er utformet av klinikere, i regi av R.BUP.

5.5 Analysearbeidet

I kvalitative undersøkelser begynner analysearbeidet allerede med det første intervjuet i forprosjektet og pågår fram til siste punktum. Forprosjektet ble gjennomført våren 2010 med et begrenset analysearbeid påfølgende sommer, observasjonen i januar 2011 og fokusgruppene i hoveddelen av prosjektet i februar til mars 2011. Jeg har tidligere redegjort for noen endringer på grunnlag av forprosjektet (overgang til fokusgrupper, observasjon). Første trinn i analysearbeidet var umiddelbart etter hvert intervju å notere ned hva jeg ble opptatt av. På bakgrunn av min breie kjennskap til feltet var jeg særlig ute etter hva som overrasket og hva jeg tenkte manglet. Den store graden av enighet og mm-ing i intervjuene gjorde det også særlig viktig å se etter ulike synspunkter. Hvert intervju tilførte nye momenter samtidig som de bekreftet og utdypet temaer i tidligere intervjuer. Både etter forprosjektet og etter at hvert enkelt intervju var avsluttet, både leste og hørte jeg gjennom intervjuene. Da alle intervjuene var transkribert, kodet jeg dem ut fra temaer jeg var blitt opptatt av. Jeg leste også gjennom intervjuene med sikte på å få tak i interaksjonen i gruppene med vekt på utvikling av ny forståelse, kritiske øyeblikk og reparasjon (Kitzinger & Farquhar, 1999) fordi disse

prosessene også kaster lys over innholdet. Etter – og delvis parallelt med - disse kodingene gikk jeg videre til å sammenfatte hovedpunkter fra intervjuene. Hovedpunktene – funnene - bygget på det samlede arbeidet med materialet, og var ikke en strikt videreføring av innholdskodingen. Jeg gikk imidlertid tilbake til intervjuene og kodet dem på nytt utfra de punktene jeg nå hadde kommet fram til, for å sjekke min egen forståelse og for å utdype punktene med levende materiale. Deretter begynte arbeidet med å skrive ut hovedpunktene, belegge dem med eksempler fra intervjuene og drøfte hvordan funnene kunne forstås. I løpet av skrivingen endret kategoriseringen av funnene seg, og prosessen mellom hovedpunkter/funn og materiale gikk fram og tilbake. I drøftingen av funnene har jeg tatt i bruk ulike teoretiske perspektiver, slik at også teoretiske perspektiver og forskningsresultater har vært en del av runddansen.

En kritikk av fokusgrupper har vært at små utvalg og åpne spørsmål gjør at tilfeldigheter kan avgjøre retningen på diskusjonen. Jeg fant at intervjuene ble svært ulike, mye fordi bredden i kontoransattes arbeid ga rom for at de konkrete beskrivelsene handlet om ulike deler av arbeidet, men at de allikevel i stor grad belyste de samme grunntemaene i samhandlingen. Jeg har konsentrert meg om å få tak på disse grunntemaene for å sette ord på kontoransattes funksjon, og det har ikke vært rom for å gå grundig inn i forskjellene.

Allerede i forprosjektet ble jeg opptatt av at pasientregistreringssystemet BUP-data i liten grad ble omtalt i intervjuene. BUP-data er det sentrale verktøyet for kontoransatte og i samhandlingen med klinikere slik det framkom i min tidligere undersøkelse. Da jeg spurte om dette i det neste intervjuet, var svaret at det *”liksom er så grunnleggende at det er nesten sånt en glemmer, men det er jo hele tiden, så fort det er noe, så er det jo noe du må sjekke”*. Jeg ble derfor opptatt av om det var noe jeg kunne gjøre for å få dette mer eksplisitt fram i intervjuene. Jeg hadde imidlertid nok tematiske spørsmål og fant ingen god alternativ løsning, så jeg valgte ikke å gå eksplisitt videre med BUP-data i intervjuene. Erfaringen, som gjentok seg i de videre intervjuene, er i stedet behandlet som et funn i undersøkelsen, og den inspirerte til å gå videre med å bruke Aktør- nettverk- teori som analytisk verktøy.

Underveis i analysearbeidet ble jeg opptatt av spennet mellom hva klinikerne sa at kontoransatte gjorde i samhandlingen og hvordan de forsto kontoransattes rolle. Jeg så at jeg etter hvert ensidig hadde konsentrert meg om klinikernes forståelse, og i mindre grad hadde sett på den konkrete beskrivelsen klinikerne ga av samhandlingen. Jeg ble også opptatt av om

jeg selv, i min måte å sammenfatte klinikernes forståelse på, i for stor grad ble fanget av dominerende forestillinger i feltet. Dette gjaldt særlig forståelsen av kontoransatte som ramme og sikkerhetsnett, begreper som legger vekt på hva kontoransatte er framfor hva de gjør. Charmaz (2005) hevder at koding ikke kan forstås som en objektiv måte å bearbeidet data på, vi kan imidlertid ved å utfordre vår måte å kode på få tak i våre egne antakelser. For å utfordre begrepene ramme og sikkerhetsnett gikk jeg tilbake til materiale for å se på hva klinikerne sier at kontoransatte gjør, og listet opp alle verbene – gjøre-ordene – knyttet til disse begrepene. Videre sammenliknet jeg med ordene mine tidligere studenter hadde brukt i en gruppeøvelse om hva de gjør på sentralbord/resepsjon. Grepet med å bruke verbene ble i den videre prosessen grunnlaget for analysen av hva kontoransatte faktisk gjør i samhandlingen, til forskjell fra hvordan klinikerne forstår den.

En viktig del av analysen har vært å sammenholde klinikernes beskrivelser og forståelser med mine tidligere funn angående kontoransattes eget arbeid og hvordan kontoransatte ser på seg selv og på samhandlingen med klinikerne (Jensen, 2006). En del av analysearbeidet har også vært i beskjeden grad å teste ut analysen i forhold til klinikerkolleger i med interesse for temaet.

Bruk av dataene

Jeg har i analysen valgt ikke å se på forskjeller og likheter mellom gruppene, men på mangfoldet av beskrivelser og forståelser som kommer fram på tvers av dem. Jeg viser derfor ikke til hvilken gruppe jeg refererer til; sitatene som er valgt ut skal illustrere viktige poeng, og gjengis for å vise grunnlaget for mine tolkninger av synspunktene som kommer fram. Målet er at leseren skal kunne følge hele resonnementet fra data til konklusjon. Når jeg bruker uttrykk som mange informanter, noen o.l., er det ikke for å kvantifisere, gruppene er ikke representative i kvantitativ forstand. Jeg har likevel noen ganger valgt å markere dominerende forståelser og mindretallsposisjoner på tvers av gruppene.

Jeg har i gjengivelsene av sitatene valgt å fjerne muntlige lydord og gjentakelser av småord, samt å rette opp syntaks for å unngå at informantene framstår på en uheldig måte når muntlig tale direkte overføres til skrift. Videre har jeg normalisert dialekt til vanlig bokmål av konfidensialitetsgrunner. Jeg har likevel valgt å beholde en relativt muntlig form fordi i intervjuene også handler om å sette ord på et tema som sjelden snakkes om.

5.6 Etske dilemma

BUP er et lite felt der mange kjenner hverandre på tvers. Det har derfor vært viktig å ha deltakere fra et stort geografisk område for å sikre anonymitet. Deltakerne i undersøkelsen kommer fra Helseregion Øst og Sør som omfatter om lag halve Helse-Norge, et betydelig antall BUP-er og enda flere klinikere fra mange fylker. Betydningen av konfidensialitet i forhold til hvem som er med er tatt opp i alle gruppene, men deltakerne står selv fritt til å fortelle om egen deltakelse. Imidlertid er resultatene gjengitt på et slikt nivå at det uansett ikke skal være mulig å identifisere den enkelte klinikk eller kliniker.

Jeg har tidligere nevnt problemet med at jeg kjente kontoransatte på poliklinikkene, dette innebar et etisk dilemma for deltakerne som de fleste tilsynelatende løste ved å være tilbakeholdne med kritikk. Dette ble sjølsagt forsterket for deltakere fra min egen poliklinikk. Dilemmaene ble svekket ved at fokus i undersøkelsen var hva som faktisk gjøres i samhandlingen, og i liten grad vurdering av kvalitet.

Forskeren råder ikke over hvordan resultatene blir brukt. Undersøkelsen har til hensikt å sette ord på kontorfaglig ansattes funksjon bl.a. ved å avdekke uformelle funksjoner som ikke er tematisert. Noen av disse funksjonene kan gi kontoransatte større innflytelse enn formelle hierarkier og kommandolinjer skulle tilsi. Om endringer som springer ut av ny kunnskap styrker eller svekker kontoransatte kan en ikke vite på forhånd. Forståelsen av samarbeidet med klinikerne som hjelp gir kontoransatte en viktig posisjon – å utfordre denne forståelsen behøver ikke å være positivt, men kan ufrivillig styrke det som i dag er den viktigste konkurrerende posisjonen: en mer formell og avgrenset sekretærposisjon uten nær tilknytning til pasienter og klinikere. Det innebærer også et etisk dilemma at å utfordre kontoransattes forståelse kan underminere deres strategier for å håndtere den manglende anerkjennelsen av deres kompetanse, en ny forståelse kan frata dem makt fordi forskeren ikke kan gi noen garanti for at alternativene er effektive (Millen 1997). Forskerens konklusjoner kan komme til å stå i motsetning til kontoransattes egne strategier.

6 Resultater – hva gjør kontorfaglig ansatte?

I dette kapitlet redegjør jeg for hvordan kontorfaglig ansattes arbeid kan beskrives. Jeg ser mine funn opp mot annen litteratur, inkludert min egen tidligere undersøkelse. Som beskrevet i kapittel 2 er kontoransattes arbeid tidligere analysert på ulike måter og med ulike perspektiver som utfyller hverandre. Verken i min tidligere undersøkelse av kontoransattes rolle eller i denne har jeg tatt mål av meg til å gjøre en fullstendig beskrivelse av arbeidet. Jeg vil i stedet legge særlig vekt på punkter der klinikernes beskrivelser av hva kontoransatte gjør utdyper og videreutvikler eller står i motsetning til tidligere forståelse og funn som peker i retning av kontoransattes funksjon i organisasjonen.

Et sentralt funn i denne undersøkelsen er at samhandlingen mellom kontoransatte og klinikere er integrert i løpende arbeidsprosesser i klinikkene, både for kontoransatte og klinikere. De inngår i hverandres arbeid, både her og nå og i prosesser over tid. Dette kommer tydeligst fram på fire områder: 1) Arbeidet i og rundt sentralbord og resepsjon, 2) de løpende henvendelsene/tilgjengelighetsarbeidet, 3) pasientadministrasjonen og 4) forholdet til teknologien som brukes i arbeidet. Jeg vil presentere og drøfte disse fire punktene i de følgende avsnitt.

Bruken av konkrete eksempler i intervjuene gjør det mulig å komme tett på hva kontoransatte faktisk gjør både på sentralbord/resepsjon, i de løpende kontaktene med klinikerne og i pasientadministrasjon. Kontoransatte karakteriseres ofte, også i mitt materiale, ved hva de er, f.eks. velvillige, ikke ved hva de gjør. Som redegjort for i kap 5, har jeg derfor valgt å bruke et grep i presentasjon der jeg trekker fram, og uthever, *verbene* klinikerne bruker når de beskriver hva kontoransatte gjør. Dette har vært viktig også for min egen forståelse. Til tross for at jeg lenge har vært opptatt av å synliggjøre hva kontoransatte gjør, ble jeg i første bearbeiding av materialet utelukkende opptatt av hvordan klinikerne forsto samhandlingen. Ikke før underveis i analysen rettet jeg oppmerksomheten mot hva materialet viser om hva kontoransatte faktisk gjør. Denne erfaringen kan ses som en indikator på hvor sterk usynliggjøringen er.

6.1 Integrert i det direkte pasientarbeidet gjennom sentralbord og resepsjon

Kontoransattes møte med pasientene i resepsjon og på telefon er omdreiningspunkt for en sentral del av samhandlingen med klinikerne, noe som også ble tydelig under den gjennomførte observasjonen. På den ene siden er disse møtene et sjølstendig ansvar for kontoransatte som av klinikerne beskrives med følgende verb: **møter på en god måte, fokuserer, takler, håndterer, siler, ordner, mekker, gjør (gode) vurderinger, sorterer, roer, tar støytten, skjerner klinikere, sikrer akuttvakter** (der rutinen glipper). Samtidig gjøres deler av dette i tett kontakt med klinikere: Kontoransatte **mailer, ringer og legger lapper** til klinikere om pasientavtaler, drosjebestilling og forviklinger, beskjeder fra pasienter og pårørende, kontoransatte og klinikere **utveksler informasjon** og observasjoner rundt pasientene og hvem som skal gjøre hva i en ev. oppfølging. De **samarbeider** om vanskelige pasienter og **skjerner** klinikere som ikke ønsker å snakke med en spesiell pasient/pårørende akkurat da. Kontoransatte **passer søsken** om nødvendig. De **sier fra** til folk som venter og **hører med** dem om de vil vente ved forsinkelser, de kan **sende påminning** om timer på SMS, og de **ringer avlysninger** eller de **ringer tilbake** til pasienten med beskjeder og avtaler, slik at problemløsningen er både her og nå og over tid. Kontoransatte **har oversikt** over behandlerne og kan gi beskjed om når de er å treffe, de **vet hvor de skal lete** etter dem om nødvendig.

En annen inngang til funksjonene på sentralbord/i resepsjon er klinikernes beskrivelser av hva kontoransatte gjør i møte med dem når de selv er sårbare (ringer og sier fra at de er syke, har hatt eller skal ha en vanskelig time, ikke kommer). **Tar imot, bærer stresset, orker å bære, får ikke panikk, bebreider ikke, har en beroligende stemme, tåler at klinikerne ikke er helt regulert, bidrar til å regulere.** Det er grunn til å tenke at dette i minst like stor grad er en god beskrivelse av arbeid overfor pasienter, pårørende og samarbeidspartnere.

Eksemplene viser hvordan kontoransattes arbeid og samhandlingen med klinikerne rundt sentralbord og resepsjon er integrert i klinikernes arbeid med pasientene. Et viktig aspekt ved funksjonen er at mange av disse aktivitetene foregår i forhold til mange mennesker samtidig. Det ble tydelig i observasjonen at mange av oppgavene også varer utover enkelthendelser, både i rom (flere personer skal ha ulike typer beskjeder) og i tid (det skal innhentes informasjon og ringes tilbake). Under observasjonen kom det f.eks. mange telefoner i løpet av en dag om en øyeblikkelig hjelp-sak der ulike behandlere på to fysisk atskilte steder var

koblet inn, og der håndteringen av informasjon forutsatte at kontoransatte hadde kjennskap til kommunikasjonen både tidligere på dagen og dagen før.

Klinikernes beskrivelser stemmer godt overens med mine studenters bruk av verb for å beskrive arbeidet på sentralbord og resepsjon, men studentene har noen flere i tillegg: lytte, respektere, beherske kroppsspråket, innhente informasjon, ta raske avgjørelser, se de som kommer, bekrefte, gjenkjenne, smile, hjelpe, veilede, undersøke, oppklare, beklage, dekke interne problemer. I tillegg kommer det å kunne pasientrettigheter og forvalte taushetsplikten. Med sine ord trekker studentene inn flere sider ved det emosjonelle arbeidet som smile, respektere og beherske kroppsspråket; i tråd med forståelsen til Armstrong mfl. (2008) av at det handler om særlig sårbare pasienter. Dekke og beklage handler også om å leve med at noen situasjoner ikke kan løses på en god måte, (og det kan være vanskelig for en så løsningsorientert yrkesgruppe). Klinikernes beskrivelse av hva kontoransatte gjør i forhold til dem viser at det emosjonelle arbeidet ikke er begrenset til pasientene.

Arbeidet på sentralbord/resepsjon handler både om god kommunikasjon, emosjonelt arbeid og om løpende problemløsning som krever god kjennskap til klinikken og klinikerne. Det siste blir tydelig ved bruk av vikar i denne posisjonen, én forteller at de *”hadde en periode med veldig mye vikarer og manpower, og jeg synes det var så mye som rakna.”*

6.1.1 Mer enn å ”sitte på sentralbordet”

Verken klinikernes eller kontoransattes beskrivelser kan sies å stemme med Solbrækkes (1999) riktignok spissformulerte påstand om at tilstedeværelsen er selve jobben, selv om tilstedeværelsen er en forutsetning og det å gjøre seg tilstede (fokusere som en av klinikerne kalte det) er helt nødvendig for å gjøre jobben godt. Den tradisjonelle oppgaveformuleringen *å sitte på sentralbordet* virker ikke dekkende, trolig vil *å arbeide på sentralbordet* være en bedre betegnelse. Samtidig kan en medvirkende årsak til at jobben kan framstå som det å være tilstede, være at en del av arbeidet kan forstås som *avledede oppgaver* og ikke resulterer i varige produkter (Bertelsen, 2005). Det handler om å takle situasjoner som oppstår her og nå, fordi klinikerne ikke er tilstede, drosjen ikke kommer, pasienten ikke finner fram eller ikke forstår, akuttvakten ikke er til stede osv. Det er også arbeidsoppgaver som i stor grad løses før de blir kjent for andre, det er bare de som ikke løses som blir synlige. Min erfaring er at oppfølging av avledete oppgaver kan utgjøre et omfattende arbeid.

Flere forskere har brukt begrepet portvakt om skranke/sentralbordfunksjon (Lockhart, 2010; Pringle, 1989). I BUP kan dette forstås på flere nivåer. Mye av reguleringen av hvem som får snakke med hvem er regelstyrt, og pasientene får som regel snakke med behandlerne om de er ledige, selv om det finnes avtalte unntak. Det finnes systemer for telefonvakt som tar henvendelser i bestemte tidsrom, øyeblikkelig hjelp og lignende. Få henvender seg direkte uten avtale, og henvisninger skal komme skriftlig fra lege eller barnevernsleder. Policyen er ofte at det ikke skal gjøres vurderinger på sentralbordet; samtidig er det ingen tvil om at det gjøres, jmf bruk av verbene sortere og vurdere. Regler er aldri uttømmende – det er ikke mulig å lage fullstendige regler for hvordan reglene skal følges. Det finnes et rom for skjønn – er det øyeblikkelig hjelp selv om den som ringer ikke bruker ordet? Hvor mye skal en jobbe for å finne en annen som den som ringer kan snakke med om saksbehandleren ikke er der? En annen form for portvaktfunksjon er å vokte informasjon; taushetsplikten setter tilsynelatende klare skranke for hvor mye informasjon som gis ut, samtidig må også disse reglene brukes med skjønn.

På et annet nivå kan en snakke om en spenning mellom det å forvalte klinikernes tilgjengelighet og skjerming. Kontoransatte er opptatt av tilgjengelighet og ønsker at behandlerne skal oppdatere sine elektroniske timebøker slik at de kan gi de som ringer god informasjon om når de kan ringe. At dette ikke alltid skjer er mange steder en kilde til frustrasjon for kontoransatte også fordi det virker inn på deres arbeidsprosess og mulighet til å gjøre en god jobb for de som ringer. En informant sier at hun har forstått at det er veldig plagsomt for *sekretæren* at hun ikke kan svare de som ringer eller lurer på hvem de skal til, men ser selv ikke ut til å oppfatte dette som like viktig. Jeg har tidligere tolket dette som kollisjon mellom to forskjellige modi – kontoransattes ønske om tilgjengelighet og klinikernes behov for skjerming – og har fått respons fra klinikere på dette. En informant understreker hvor heldige de er som blir skjermet. Når mine studenter bruker ordet *dekke over*, kan dette forstås som en utvidelse av skjermingen for å beskytte klinikkens omdømme.

6.1.2 Mer enn "ansikt utad"

Kontoransatte på sentralbord/resepsjon representerer organisasjonen utad gjennom sitt arbeid, ikke sitt ansikt; de gjør organisasjonens grense. Wynn (1979) bruker begrepet *integrere utenforstående* om en sentral del av dette arbeidet, dette innebærer å hjelpe den som kontakter organisasjonen til å formulere seg på en måte som passer med virksomhetens forståelse av hva som er viktig, slik at de kan få adekvate svar (ev. i vårt tilfelle å få snakke med noen). Hun

understreker at dette integreringsarbeidet er et kognitivt arbeid som ofte krever både spørsmål, aktiv lytting og det hun kaller *hypotesetesting* for å finne ut hva den som henvender seg faktisk spør etter. Videre handler det både om bruk av kunnskap om organisasjonen og om sosiale ferdigheter slik at de som ringer eller kommer føler seg godt ivaretatt uansett om resultatet av samtalen er positivt eller negativt. I BUP kommer i tillegg at de som henvender seg er særlig sårbare. Wynns begrep kan også være en fruktbar innfallsvinkel å forstå arbeid og funksjon på sentralbord/i resepsjon. Med dette begrepet understrekes at dette er arbeid på organisasjonens grense. Samtidig sprenges uttrykket ansikt utad som både er en klisje langt på vei uten innhold og samtidig bærer rester av en forestilling om betydningen av å ha et pent ansikt/en velstelt dame i frontposisjon. Som anerkjennelse av kontoransatte er uttrykket høyst tvetydig. Wynns begrep – *å integrere utenforstående* - tar vare på at arbeidet som gjøres både er kognitivt, emosjonelt og relasjonelt og at det krever integrert kjennskap til virksomheten for å gjøres på en god måte.

6.2 Løpende problemløsning - en del av klinikerne arbeidsprosesser

Klinikerne forteller om kontoransatte som **sender mye mail**, men som også **ringer** og noen steder fortsatt **legger lapper** i posthylla. Dette kan handle om faste rutiner, for melding om post skannet inn, utsending av epikriser eller behandling av henvisninger og inntak. Like mye kan det handle om enkeltsaker. Klinikerne bruker sjøl mail, men de går også fysisk inn til kontoransatte dersom det er viktig å få svar med en gang. Samhandlingen beskrives med ulike verb som går over i hverandre, men som viser bredden i arbeidet:

Kontoransatte **svarer på** hvor en finner og legger ting, hvordan ting skal gjøres, hvem en skal spørre, hvor folk er og på telefonnummer, adresser og skjemaer.

De **ordner** og **ordner opp** i ting som ikke går som det skal, får ikke skrevet ut et brev, finner ikke en fil, ”alle mulige sånne tilretteleggingsting”.

De **hjelper med** drosjeregninger, videoer til R.BUP, hvor ting skal registreres, utsending av brev, kopimaskiner som stopper opp og nyansatte trenger kontinuerlig hjelp med hvordan alle systemer fungerer.

De **samarbeider** om formulering av brev, om tilretteleggingsting, rundt klientene for å få arbeidet rundt dem til å gå smidigst mulig,

De **viser, veileder og underviser** – i dataprogram, nye (og gamle) måter å gjøre ting på, nye regler, reiseregninger/personalportal, skannerrutiner – der de tuner seg inn på den enkeltes nivå og behov.

De **oppdager feil, forklarer** hvordan og hvorfor – mange foretrekker ”en kjapp fysisk forklaring” framfor en bruksanvisning – slik at de kan lage seg sine egne notater.

De **tar imot beskjeder** om ting de skal gjøre eller bare vite i tilfelle det dukker opp et bestemt brev el.l,

De **pynter og ferdigstiller** brev.

Kommunikasjonen kan også gå den andre veien: kontoransatte kan **spørre** om oppklaringer og informasjon knyttet til det løpende arbeidet, men klinikerne beskriver mindre av det.

6.2.1 Tid og prosess

Tida ser ut til å være en viktig faktor, mye handler om å få svar eller bli hørt der og da: ”*Jeg tenker i hvert fall at vi ofte tenker at nå må jeg bare få gitt den beskjeden*”. Én informant går ned tre trapper for å få svar med en gang. Mye skjer her og nå, selv om e-post har ført til at flere henvendelser kan besvares når det passer kontoransatte. Betydningen av å få svar umiddelbart understreker at denne samhandlingen er en integrert del av arbeidsprosessene for klinikerne, de kommer ikke videre med sitt før det aktuelle problemet er løst. Dette medfører etter min erfaring at kontoransatte også spørres om ting som ligger utenfor deres umiddelbare område. Beskrivelsen av samhandlingen rimer godt med kontoransattes egen beskrivelse av hvilken hjelp de gir til klinikere og med min analyse av tilgjengelighetsarbeid som et viktig arbeidsområde for kontoransatte (Jensen, 2008). Begrepet tauholder/brobygger (Bertelsen, 2005) beskriver deler av samme funksjon.

Mye av det som beskrives er saker de gjør seg ferdig med der og da. Andre beskjeder kan innebære en prosess fram og tilbake. I en av fokusgruppene oppsto begrepet *oppdragsbeskjeder*. En informant bruker *toppen av isfjellet* som metafor for alt et enkelt oppdrag kan innebære. Metaforen treffer mye av kontoransattes arbeid; de må finne ut noe og komme tilbake, en adresse viser seg å være feil og må avklares, en kan aldri vite hvor lang tid ting tar. Ofte er dette avledede oppgaver; det meste som skjer i hverdagen er ikke A4 (Bertelsen, 2005). Kontoransatte må holde tråden, i mange ulike detaljsaker parallelt, et eksempel på det Bertelsen (2005) kaller den røde tråd og Lockhart (2010) både prosessledelse og ”administrering og organisering”. Lockhart beskriver hvordan sekretærer får ansvar for å følge opp at ulike prosjekter, rapporter etc. blir utført til riktig tid og etter reglene. Lockharts underkategori ”å ta kommandoen” stemmer med min erfaring: kontoransatte kan ofte overta en sak fra klinikerne for å ordne opp eller avklare og si ”*jeg skal ordne det*” – i bevissthet om betydningen for klinikerne av å få småsaker ut av verden.

6.2.2 Gjensidig og toveis

Hovedvekten i beskrivelsene ligger på at kontoransatte bidrar til å løse noe for klinikerne. Det er imidlertid også noen få eksplisitte beskrivelser av at klinikerne blir en del av kontoransattes arbeidsprosesser. F.eks. kan påminninger til klinikerne om registrering være en forutsetning for at kontoransatte kan få gjort jobben sin eller klinikere kan bidra med nødvendige oppklaringer. Integrasjonen i arbeidsprosessene virker begge veier. Det kommer også fram eksempler på at kontoransatte spør klinikerne om informasjon som er nødvendig for at de skal få gjort jobben sin. Jensen (2008) beskriver hvordan mange av klinikerne spørsmål rundt registrering og rutiner blir møtt av kontoransatte med spørsmål om kontekst. Fordi praktisering av regler alltid kommer an på de konkrete forholdene, kaller hun dette for det *kommer-an-på kunnskap*. Hun viser til at det nettopp er gjennom slik utveksling de lokale rutinene gjøres i praksis. I den aktuelle undersøkelsen kommer klinikerne med eksempler samhandlingen er mer eksplisitt toveis. En kliniker beskriver et praktisk samarbeid med en sekretær om en opprydning i klinikkens oversikt over testverktøy, der de to jobber sammen og begge kunnskap er nødvendig. Klinikeren kjenner testverktøyet og sekretæren behersker dataverktøyet, ” *hele den prosessen flyter litt uten at en helt tenker over hvem som gjør hva*”. Resultatet er en rutine for framtida - et felles produkt. Beskrivelsen gir et godt eksempel på hvordan lokale rutiner samskapes i samhandlingen mellom klinikere og kontoransatte. En annen kliniker beskriver samhandlingen som en toveis prosess: ” *vi oppdaterer hverandre på hvordan ting er*”. Dette stemmer godt med Wynns (1979, s. 27) kunnskapbaserte sfærer: å lære og lære bort kontorrutiner og sedvaner og å kontekstualisere og forklare ytringer og hendelser mens de skjer.

6.3 Integreert i pasientadministrasjon

Flere beskriver kontoransattes arbeid i forbindelse med inntak av pasienter i klinikken. Dette arbeidet er i stadig større grad regulert av lover og forskrifter; inntak skal skje med bestemte frister og pasientene skal ha tilbakemeldingsbrev om resultatet og fristen de har fått for prioritert helsehjelp. Arbeidet består av å **holde orden** på det formelle: datoer, frister, førstesamtaler og tilbakemeldingsbrev. Inntakssekretær er sammen med inntaksleder med å **sortere og ordne opp i og drøfte** inntak der ikke alt det formelle er på plass.

Flere klinikker i mitt materiale har teamsekretærer – det innebærer at hvert team har en sekretær knyttet til seg. Hvilke oppgaver teamsekretæren har varierer fra klinikk til klinikk. Vanligvis deltar teamsekretæren på møtene i teamet, skriver referat der det er aktuelt,

samarbeider med teamleder om pasientadministrative oppgaver og har mer eller mindre oppfølging av teammedlemmenes saker. Teamsekretærene tar samtidig del i sekretærenes fellesoppgaver og er en del av kontorgruppa, normalt underlagt egen kontorleder. Noen klinikker har hatt teamsekretærer lenge, andre steder er ordningen nyere. Jensen (2006) viser til at det flere steder var opp til teamlederne om kontoransatte "fikk lov til" å være med på møtene. Mine studenter formidler at bruken av teamsekretærer nå er økende; dette kan forstås på bakgrunn av den sterke reguleringen av pasientadministrasjonen som øker behovet for oversikt. Også i denne undersøkelsen er det variasjon i hvor formalisert og fast bruken av teamsekretærer er; i en klinikk er det i større grad opp til sekretærene sjøl å vurdere kapasitet og behov.

Den viktigste oppgaven for teamsekretærene slik det framstår i intervjuene er å **holde oversikt** over ventelister, et sted framhevet at sekretæren kunne følge opp disse på møtene om teamleder var borte. Videre kan det handle om å være med å **utforme systemer** for pasientflyt og **følge opp** slike systemer som teamleder/team har bestemt, **skrive referat** og sette opp avtaler (oftest første time). En felles beskrivelse er også her å **holde orden på**. Arbeidet med pasientflyt beskrives av en teamleder som et puslespill der sekretæren kan være med å holde orden på løse tråder. Det handler imidlertid ikke bare om å holde orden på systemene, en oppgave som beskrives av flere er å **holde orden på teamet**. Dette ser ut til å bety å holde orden på systemer for pasientadministrasjon, på oppfølging av saker i teamet og på registreringer, men også at en teamsekretær kunne følge opp en behandler som lå etter med skriveoppgaver og sammen få til en plan for å komme à jour. Det siste kjenner jeg selv igjen fra tidligere arbeid med epikriser. Teamsekretæren kan også være med å sikre kommunikasjonen innad i teamet, f.eks. med fagpersoner med små stillinger. Jeg vet også fra studentene mine at teamsekretærer mange steder svarer på spørsmål fra pasientene om saksgang o.l.

En forutsetning for disse oppgavene er at kontoransatte har kjennskap til teamets arbeid og tenkemåte og i en viss grad til pasientene, som eksempel nevnes at de må f.eks. må vite at foreldrene ikke skal vite ha informasjon om at en ungdom er i behandling. Å **kjenne til** og bli fortrolig med blir dermed både en arbeidsoppgave for teamsekretæren, en forutsetning for effektivt arbeid og en følge av selve systemet med teamsekretærer som deltar i møtene.

Systemet med inntakssekretær/teamsekretær kan forstås som en systematisering og formalisering både av oppgaver i pasientadministrasjon og uformelle oppfølgingsoppgaver

når det gjelder pasientflyt og registrering, på en måte som samtidig innebærer en anerkjennelse av betydningen av sekretærenes kjennskap til virksomheten. Slik sett impliserer selve systemet med teamsekretærer en formell integrasjon av kontoransatte i pasientadministrasjonen og representerer dermed et brudd med en forståelse av kontoransattes rolle som støttefunksjon utenfor kjernevirksomheten. En kan se på teamsekretærorganiseringen som en utviklingsretning som samsvarer med økende pasientadministrative oppgaver. Dette er en fundamentalt annen retning enn trenden med å samle kontoransatte i en felles pooler som mer fleksibelt skal betjene flere avdelinger eller en modell der klinikken kjøper inn tjenester fra en felles kontortjeneste.

6.4 Forbindelsesledd til teknologi og det praktiske

Noe av det jeg ble mest opptatt av i det aller første intervjuet i forprosjektet var at det var tydelig at utformingen av de fysiske omgivelsene i klinikken hadde innflytelse på kontoransattes arbeid og på kontorrutiner. F.eks. spilte det rolle for kontoransattes oversikt om alle kom inn gjennom samme dør slik at kontoransatte kunne se dem, eller om noen kom bakveien fra garasjen. Hvor langt (og hvor mange trapper) det var fra kontorene til posthyllene kunne ha konsekvenser for om rutinen for å varsle at det var kommet post ble å sende epost eller legge lapper i hyllene. Videre hadde plassering av utstyr og egenskaper ved utstyret konsekvenser – et sted kunne printeren som var utplassert i en bestemt etasje ikke skrive ut logoen i farger slik den skulle være; dette resulterte i at kontoransatte i større grad skrev ut brevene for sending. Både arkitektur og plassering av utstyr virket inn på utforming av rutiner, hvordan de ble gjort i praksis, arbeidsdeling mellom kontoransatte og klinikere og relasjonen mellom dem.

Observasjonen jeg gjennomførte bekreftet betydningen av de fysiske forholdene. Klinikken jeg observerte i var delt på to geografiske steder, og dette hadde betydning for rutiner og informasjonsflyt. Det så også her ut til at kontoransatte måtte kompensere for de fysiske forholdene gjennom ekstrarutiner for å motvirke hindringer for klinikerne i det daglige arbeidet. Det ble videre tydelig for meg i intervjuene at kontoransatte gjør arbeidet med å forbinde klinikerne med de teknologiske og tekniske omgivelsene. I noen tilfelle handler det om å skaffe til veie utstyr, som nøkler, testmateriale etc, i andre tilfelle om å finne ut av konsekvensene av ny teknologi for eksisterende rutiner, f.eks. skanning. Kontoransatte lager bruksanvisninger og forklarer, orienterer om endringer i bruk av verktøyene, de har ofte et ekstra ansvar for å sette opp utstyr og de ordner opp når det skjærer seg. Kopimaskiner blir

nevnt: ”Da er det kontorpersonalet som, ja, det er stort sett de vi da roper på. Og som vet alt om hvor disse stedene er som kan åpnes så papirene kan trekkes ut eller ringe service.”

I mange tilfelle er det ikke kontoransatte selv som retter feil, men det er de som formidler kontakt til sykehuset, eksterne firmaer eller andre som foretar reparasjonene. Dette gjelder også på IT-området; kontoransatte svarer på og ordner opp med det de kan – utover det formidler de problemene til IT-avdelingen. Den tekniske verden kan framstå for en del behandlere som fremmed og uforståelig, i ett intervju framgikk det at skanning av post var en ny arbeidsoperasjon som var lite forstått.

Kontoransattes arbeid med å formidle mellom behandlingsverden og den tekniske verden er relativt lite beskrevet i litteraturen, selv om Lockhart (2010) beskriver funksjonen teknologi-koordinator under ”administrering og organisering” med noen av elementene. Videre legger Bertelsen (2005) vekt på arbeidsredskapene kontoransatte bruker, men begrepsfester ikke forbindelsesfunksjonen selv om arbeidet kan inngå i begrepet *logistisk forretningsorden*. Min konklusjon her er at det er en del av kontorfaget og kontoransattes funksjon å formidle mellom utstyr/teknologi og hvordan klinikerne tenker, å integrere teknologi og behandlingsarbeid på hverdagsnivå. Jeg vil drøfte dette nærmere ved hjelp av ANT i kap 8.

6.4.1 Hvor ble det av BUP-data?

Gjennom alle intervjuene var jeg opptatt av at BUP-data i så liten grad blir gjort til tema, se metodekapitlet. Undersøkelsen av kontoransatte (Jensen, 2006) viste at BUP-data var et helt sentralt redskap i kontakten med klinikerne, og mye av grunnlaget for kontoransattes rolle og posisjon i BUP, men i denne undersøkelsen blir programmet nesten usynlig. BUP-data kan forstås som en sentral del av infrastrukturen i klinikkene. Kan det at BUP-data forsvinner i intervjuene, si noe om kontoransattes funksjon?

En grunn kan være at samhandlingen i BUP-data dels skjer indirekte via PC. Mye av arbeidet med BUP-data foregår atskilt fra klinikerne, som registrering av opplysninger som klinikerne forholder seg til uten at de tenker på at det er kontoransattes som har lagt dem inn. Eller kontoransatte forholder seg til registreringer klinikerne har foretatt. En annen grunn kan være at BUP-data og registreringen der er blitt en del av hverdagen som er automatisert og tas for gitt. En informant sier det slik når jeg spør etter samhandling om BUP-data: ”så grunnleggende at det er nesten sånn at en glemmer det, men det er jo hele tiden, så fort det er noe,

så er det jo noe du må sjekke og jeg synes ofte jeg får et svar, en avklaring... ”. Flere beskriver en samhandling med kontorfaglig ansatte som er så hverdagslig og selvsagt at den er vanskelig å beskrive. Den går ”automatisk”, ”av seg selv”, ”ting bare ordner seg”, og samhandlingen er integrert i den daglige kliniske virksomheten, enten det er å sende ut innkallinger til førstesamtale eller få ut epikriser innen sju dager. Eksemplene klinikerne bruker her involverer bruk av BUP-data både fra kontoransattes og klinikers side, uten at det tydeliggjøres.

Kontrasten mellom plassen BUP-data tar i de to undersøkelsene kan betraktes som et funn og gir en inngang til funksjon og rolle. BUP-data kan forstås som en informasjonsmessig infrastruktur som ikke tematiseres. Dette vil bli diskutert videre i kapittel 8.

6.5 Oppsummering

Studien har fått fram en bred beskrivelse av kontorfaglig ansattes arbeidsprosesser. Delvis bekrefter denne tidligere beskrivelser av kontoransattes arbeid med vekt på det uformelle og relasjonelle. Integrasjonen i organisasjonens arbeidsprosesser er imidlertid lite framme i den klassiske litteraturen om sekretærer, men er i tråd med forståelsen Armstrong mfl. (2008) har av hjelpepersonale i engelske sykehus som integrert i behandlingsarbeidet. Den stemmer videre med Bertelsen (2005) som får bekreftet sin arbeidshypotese om at ”lege-sekretærgruppens rolle og arbeidspraksis på sykehusene er mer kompleks og integrert i det kliniske arbeidet enn vi umiddelbart er i stand til å forestille oss med de vante stereotype bilder på netthinnen” (Bertelsen, 2005, s. 13) og med begrepet logistisk og infrastrukturell forretningsorden. Bertelsen knytter dette til organiseringspraksis i sykehusene i Danmark der legesekretærene er knyttet til den enkelte avdeling på samme måte som sekretærene er knyttet til sine klinikker og ev. team.

Samtidig får undersøkelsen fram aspekter som andre undersøkelser har lagt liten eller ingen vekt på. Jeg vil framheve tre funn som utvider eller utdypet tidligere beskrivelser av kontorfaglig ansattes arbeid:

*samhandlingen mellom kontoransatte og klinikere går begge veier – de er del av hverandres arbeidsprosesser, både her og nå og over tid, og de skaper sammen lokal praksis

* kontoransatte integrerer utenforstående i klinikken, her tar jeg i bruk Wynns (1979) begrep som er lite videreført i litteratur om kontoransatte

* kontoransatte integrerer og formidler mellom teknologi og pasientvirksomhet

Kontorfaglig ansattes arbeid er preget av at de i stor grad tillemper rutiner i praksis i relasjon til den enkelte behandler og den enkelte som henvender seg utenfra. Dette innebærer at arbeidet i liten grad er egnet til standardisering og kan ifølge Wichroski (1994) forklare hvorfor sekretæryrket har overlevd sentraliserings- og standardiseringsprosesser.

Kontoransattes arbeid inngår med sine handlinger i sentrale arbeidsprosesser i klinikkene, i pasientarbeidet gjennom sentralbord/resepsjon, i klinikernes arbeidsprosesser gjennom tilgjengelighetsarbeid/løpende problemløsning og i pasientadministrasjon gjennom deltakelse i inntaksarbeid og team. Dette står i motsetning til forståelsen av kontoransattes rolle som støttefunksjon med basis utenfor operativ virksomhet. Integrasjonen i klinikkens arbeid fører til at å kjenne virksomheten og tenkemåten både blir et eget nødvendig arbeid og et resultat av integrasjonen.

7. Hjelpere, systemopprettholdere, mellommenn og HUB

I forrige kapittel gjorde jeg rede for *hva* kontoransatte gjør i samhandlingen med klinikerne. I dette kapitlet vil jeg drøfte *hvordan klinikerne forstår* kontoransattes rolle og funksjon med utgangspunkt i begreper klinikerne brukte og utviklet i intervjuene. Følgende begreper behandles i kapitlet som funn i undersøkelsen: gode hjelpere, systemopprettholdere, mellommenn og HUB, og begrepene presenteres fortløpende. Videre drøfting av kapittel 6 og 7 i sammenheng følger i kapittel 8.

7.1 Gode hjelpere

Klinikerne gir i alle gruppene uttrykk for at de er veldig glade for å ha kontorfaglig ansatte som de kan gå til når de trenger hjelp, uansett hva det er. Dette uttrykkes på flere måter, både slik: ”(...) *de er gode hjelpere, ja det er det som ligger først hos meg, at de hjelper oss*”, og også slik: ”(...) *det er veldig lett å si du, kan du hjelpe meg*”. Informantene kan bruke ordet hjelp om det aller meste, enten det handler om individuell dataopplæring, en kopimaskin som står eller utsending av epikriser. De legger videre vekt på at kontoransatte er velvillige og lette å spørre. En informant beskriver dette gjennom at kontoransatte – i 90 % av tilfellene - snur seg når han kommer, slik at han merker at de er klare til å hjelpe, og han viser med kroppen hvordan dette kommer til uttrykk i fysisk imøtekommenhet. Dette samsvarer med Jensen (2008) som analyserer det å gjøre seg tilgjengelig som et kroppslig arbeid. Samme informant understreker også at det er viktig at kontoransatte gir deg følelsen av at de ikke forstrekker seg for å hjelpe deg.

Klinikerne ser det som viktig for de daglige arbeidsprosessene at hjelpen er tilgjengelig akkurat når den trengs: ”*vi har jo også en stressa hverdag, og når en ikke får gjort akkurat det lille som en hadde tenkt å gjøre akkurat da, så kan jo man jo bli sånn åååå, får jeg ikke gjort det (med desperasjon i stemmen)*”. Som nevnt i kapittel 6 går en informant ned trappene fra 3. etasje for å få være sikker på å få svar med en gang. Flere legger videre vekt på at hjelpen er tilpasset akkurat til dem, både i innhold og form; én bruker uttrykket at kontorfaglig ansatte *tuner seg inn på* den de skal undervise/hjelpe.

7.1.1 Personlig tjeneste

Det kan se ut til at hjelpen i stor grad oppfattes som en individuell personlig tjeneste, noe kontoransatte gjør akkurat for dem. Det kommer fram i uttryksmåter som ”gjør for meg” og i tanker om hva hjelp innebærer: ”Hjelp er jo på en måte noe du ber om ekstra litt. (Mm.) Noe du egentlig ikke har krav på eller kan forvente, men noe du er heldig hvis du får.”

Noen legger vekt på at hjelp handler om oppgaver de egentlig kunne/skulle gjort sjøl, og kunne fått til hvis de hadde tatt seg tid til det, mens andre inkluderer oppgaver de ikke har greie på i det hele tatt. Selv om hjelp forstås som noe ekstra, brukes begrepet også om arbeid som inngår i en mer formell arbeidsdeling, f.eks. hjelp med å skåre en bestemt test som faktisk er kontoransattes arbeidsoppgave. Det kan se ut som både begrepet og forståelsen kan smitte til de fleste typer samhandlingssituasjoner.

Hjelpeforståelsen er tvetydig. Hjelp er på den ene siden noe du ikke har krav på, men på den andre siden helt sentral i de daglige arbeidsprosessene. Betydningen av å få hjelp kommer også fram i vurderingen av kontoransatte, der det er helt sentralt hvorvidt de *er velvillige* eller *serviceminded*. Klinikerne legger i intervjuene større vekt på det å *få hjelp* enn selve *innholdet* i hjelpen. I den grad det kommer opp kommentarer om ulikhet mellom kontorfaglig ansatte, handler det først og fremst om ulik grad av velvillighet, i mindre grad om kompetanse. Slik kan det å hjelpe likevel se ut til å være noe som forventes av den enkelte kontoransatte – samtidig som det er noe ekstra. Dette kan henge sammen med at kontoransatte har som formell oppgave å bistå klinikerne, men at *hvem* som får hjelp til *hva når* er mer åpent.

7.1.2 Forhandlinger

Forståelsen av hjelpen som noe den enkelte kliniker ikke har krav på, ser ut til å legge grunnlaget for ulike typer implisitte forhandlinger, uten at disse er tematisert. I alle gruppene brukes f.eks. uttrykket *å spørre pent* om noen typer forespørsler til kontoransatte. Alle ler når intervjueren stopper opp ved uttrykket og ber dem utdype. Jeg tolker dette som at alle forstår den underliggende betydningen: at en må be på en bestemt måte for å oppnå noe en ellers ikke ville oppnådd, på grensen til manipulering. I en gruppe nevnes denne tolkningen eksplisitt som noe likevel ingen vedstår seg. På spørsmål om utdyping svarer noen at å be pent handler om spørsmål om hjelp som ligger på kanten av den formelle arbeidsdelingen, en hevder at hun er mer forsiktig og usikker når hun spør på denne måten. Andre sier det kan handle om hjelp en trenger veldig akkurat nå og av en spesielt god grunn, dvs. en mer inntrengende

forespørsel. En annen igjen mener at en ber pent når en åpner mer eller mindre eksplisitt for at det er helt rimelig å få nei. Uansett kan å spørre pent forstås som et trekk i en uformell forhandling om hjelp det ikke er opplagt at en har legitimt krav på. Alternativt kan det forstås, slik det ble hevdet i en gruppe, som en måte å snakke med hverandre og ordlegger seg på for å skape en positiv stemning, i motsetning til en mer kommanderende tone som tar kontoransattes assistanse som gitt. Å spørre pent har likevel innebygd en klar forventning om et ja.

Forhandlingene ser ut til å handle om *hva hvem* kan spørre om *når* og *med hvilken begrunnelse*? Tid er som nevnt en viktig faktor. Det er mye det er legitimt å be om hjelp til når en har dårlig tid i forhold til en pasientavtale – mens en må ha en bedre grunn dersom en selv har tid til overs. På den andre siden spiller kontorfaglig ansattes tid en viktig rolle – det er visse ting en bare kan be om dersom de ikke har for mye å gjøre, uten at det er helt klart hva dette er. Har de ikke tid, må en bare vente, avhengig av kontoransattes vurderinger. Grensen mellom hva som definitivt er kontorfaglig ansattes oppgaver og hva som må forhandles er på ingen måte klar, den er situasjonsavhengig og handler mer om et kontinuum. Én hadde prøvd å få en avklaring av dette som nyansatt og fått til svar at noen gjør det slik og andre slik. For hjelp som ligger på grensen av kontoransattes arbeidsområde er begrunnelsene særlig viktig. F.eks. kan kontoransatte ringe pasienter og gi beskjeder for klinikere dersom det er en faglig grunn til at det ikke passer for klinikeren å snakke med dem akkurat nå, selv om dette oppfattes som på grensen – og kanskje til og med over.

Noen klinikere ser ut til å framstille seg selv som dumme og dermed særlig trengende, flere snakker om at de trenger ”*spesialundervisning på alle sånne datagreier og det pleier jeg å få (latter). Har plukka meg ut en som jeg går til da som har skjønt hvor dum jeg er for da vet hun akkurat på hvilket nivå hun må veilede.*”

Det er ikke alltid lett å vite *når* en kan spørre. Kontorfaglig ansattes oppgave med å gjøre seg tilgjengelig gjør det lett å spørre, men også vanskelig å vite når det faktisk passer. Flere ønsker seg tydeligere signaler for når det er greit å spørre –

Det tenker jeg alltid på, skal jeg nå bare gå forbi og prøve å løse det selv eller skal jeg avbryte og spørre og sjekke ut, det syns jeg er kinkig og så syns jeg det er kinkig at de sitter sånn plassert at det ikke er så lett for dem å fysiske skjerme seg og vise meg at nå, har jeg ikke tid.(...) Ellers så sitter de jo i et fellesareal, det krever at jeg gjør den reguleringen da. Jeg skulle ønsket meg at det var mer fysiske måter for dem å vise meg at kan du ikke bruke meg, fordi ellers så blir det vanskelig selv når jeg tenker meg om. Så trår jeg noen ganger feil i forhold til at det bare var for mye nå. Ikke at det jeg skal

spørre om egentlig er utenfor, eller noe mer. Jeg har gjerne alltid forsøkt selv først (mm), og det er gjerne innenfor det som er avtalt at de skal gjøre. Men det er bare noe med arbeidsmengden.

Denne informanten tar store deler av reguleringen på seg og representerer et unntak i materialet, andre velger å spørre uansett og satse på at kontorfaglig ansatte sier nei hvis det ikke passer. Det er litt ulike erfaringer i materialet; noen opplever at kontoransatte sier fra når de ikke har tid og at de da ev. må vente på tilgang, andre får som regel hjelp med en gang. Selv ble jeg overrasket over hvor mye overveininger klinikerne hadde rundt hva de kunne spørre om, hvor uklart og åpent dette var, og hvor sterkt behovet var for legitimering. Min spontane reaksjon, som sekretær selv, var at disse overlegningene på en måte var feil. Dette var ikke var noe klinikerne skulle bekymre seg om fordi vi kontorfaglig ansatte jo skal avlaste dem, ikke omvendt, det er vår yrkesgruppes profesjonelle oppgave. Senere tenkte jeg at overlegningene kunne forstås som uttrykk for en gjensidig respekt gjennom at kontoransatte ikke tas for gitt. Ved å gå tilbake til én diskusjon i materialet fant jeg også en annen tolkningsmulighet: en må være mer forsiktige med kontorfaglig ansatte enn med andre faggrupper for ikke å misbruke deres lavere status som gjør at de vanskeligere kan si nei. Hjelpens karakter av personlig tjeneste kan også skjerpe usikkerheten om hva en kan spørre om og føre til at klinikerne får dårlig samvittighet ved å spørre : ”*Jeg synes altså det er litt flaut å si, men jeg synes jeg ber mye om hjelp.*”

Et så åpent forhandlingsfelt gir stort rom for uskrevne regler, makt og hierarki - *hvem kan spørre om hva. Det er nok ikke tilfeldig at det er en nyansatt som tematiserer dette: ”er du ung og nyansatt så, drifter du deg selv så godt du kan, (Mm.) det er jo helt naturlig, det gjør de jo på alle arbeidsplasser. (Mm.) Har du vært der lenge, så, får du en annen type ekstraservice*”. Det er ulike oppfatninger i gruppene om hva det er rimelig å forvente hjelp til, også fra samme arbeidsplass. Et interessant funn er at de uskrevne reglene virker mer knyttet til hvilken situasjon en spør i enn til hvilke oppgaver det gjelder. Det finnes også stort rom for ulik behandling. Mye ser ut til å være legitimt, klinikere har ulikt behov for hjelp, både av arbeidsmessige og personlige grunner. Det kan også være legitimt med spesialavtaler for enkeltmedarbeidere, som f.eks. utenlandske leger, eller folk som henger etter med papirarbeidet, både formelt og uformelt. Annen forskjellsbehandling kan være mindre legitim, f.eks. nevnes spesialavtaler for leger. Ulikhet i forventninger til hjelp kan handle om ulike personlige grenser for hva en spør om, men også i hvilken grad en er vant til å bli servet av andre.

Svarene viser at kontoransatte har et handlingsrom i håndteringen av løpende forespørsler og at klinikerne er avhengige av deres vurderinger. Klinikernes beskrivelser av kontoransatte som hjelpere bekrefter også beskrivelsen i kapittel 6 av at kontoransatte er en del av deres egne arbeidsprosesser.

7.1.3 Hjelp eller samarbeid

Det er enkeltrøster i intervjuene som snakker om *samarbeid* med kontorfaglig ansatte før jeg bringer begrepet på banen, men de fleste snakker om å be om og få hjelp. De fleste, men ikke alle, kan, når begrepene hjelp og samarbeid stilles til refleksjon, komme på eksempler på samarbeid, oftest om vanskelige pasientmøter eller problemløsning i inntaksarbeid. Her opplever klinikerne en form for felles utgangspunkt. Et lite mindretall lanserer aktivt en forståelse av hele samhandlingen som samarbeid mellom yrkesgrupper, med ulike roller; én understreker viktigheten av gjensidighet for at hjelp og service ikke skal bli ”*sånn at vi tar imot og de gir. Og det er ikke samarbeid*”. De blir imidlertid stående litt alene; hjelp er den dominerende forståelsen, og det er tydelig at *samarbeid* er forbeholdt enkeltsituasjoner. De fleste deltakerne kan imidlertid gjennom diskusjonen se at samhandlingen *kan* forstås som samarbeid selv om de erkjenner at det ikke er slik de vanligvis tenker. Flere synes imidlertid begrepene hjelp og samarbeid er fruktbare og gir dem noe å reflektere over. Diskusjonen under viser ulike perspektiver:

A. (...) jeg syns det er ganske stor forskjell på å tenke samarbeid og tenke hjelp. Så jeg tenker at samarbeid handler om mere likeverdighet og at man har hver sin rolle men man er like mye verdt, mens hjelp er litt mer sånn at da er det jeg som er den egentlig også er de andre der som sånn backing-personal.

B. Jamen kan man ikke tenke annerledes om det, og tenke hvis en ber om hjelp så e det noe med at da gjør man jo andre betydningsfulle.

A. Jamen hvis de er betydningsfulle uansett

B. Jo, men det er jo noe med at de kan noe som jeg ikke får til

A. (...) Da tenker jeg det er samarbeid og ikke at de hjelper meg med noe

En informant sier eksplisitt at hun kanskje i større grad burde se på det som samarbeid, men gjør det ikke; slik gjør hun forståelsen av samhandlingen nærmest til et moralsk spørsmål.

Dette indikerer at mangel på likeverd er en faktor i forholdet mellom kontoransatte og klinikere, noe som også kommer til uttrykk i at det ikke er en selvfølge at kontorfaggruppa behandles som en faggruppe på linje med de andre f.eks. når det gjelder å rullere på ledelse av personalmøter, men at de selv må si fra. én informant reiser spørsmålet om hvem sitt arbeid som oppfattes som viktigst ”*akkurat nå, fem over to*”. En annen understreker at det går et

viktig skille mellom klinikere og kontoransatte som skal være der. Jeg vil drøfte forståelsen av arbeidet som hjelp eller samarbeid videre i kapittel 9.

En oppfatning om at klinikerne er de viktige og kontoransatte håndlangere har støtte i Veilederen (Helsedirektoratet, 2008). Her er kontoransatte ikke nevnt i kapitlet om faglige ressurser og kompetanse der alle de andre faggruppene er beskrevet. I stedet behandles kontoransatte under punktet om Ledelse og ledelsesutfordringer, hvor det heter at leder ”bør legge til rette for at fagpersonalet får nødvendig støtte til administrative oppgaver slik at større del av arbeidstiden kan gå til pasientrettet arbeid” (Helsedirektoratet, 2008, s. 73). Slik konstitueres kontoransatte som ”de andre”, som støttefunksjon, og de presenteres indirekte som en del av lederens verktøykasse. På tross av kontoransattes sentrale rolle i pasientadministrasjonen og utarbeidelse av rutiner, er de utelatt som en del av målgruppa for Veilederen som omfatter ”ledere og øvrig fagpersonell innen PHBU, samt brukere og personell i andre tjenester som psykisk helsevern for voksne, kommunal helsetjeneste og andre som samarbeider med poliklinikkene” (Helsedirektoratet, 2008, s. 7). På den andre siden tilkjennes kontoransatte en viktig rolle i kvalitetskontroll, og begrepet *kontorfaglig ansatte* som brukes i teksten åpner for at også kontoransatte tilhører en faggruppe.

7.2 Systemoppretholdere

Informanten som introduserer dette begrepet, gjør det slik:

Det er to ting som slår meg, det ene er altså (at de er) opprettholdere av rutine og systemet, det tenker jeg er kjempeviktig, hvis ikke hadde alle flydd til hverandre og lurt på hvordan ting egentlig .., og det er viktig.(...) Systemoppretholdere og mellommenn

Jeg skal komme tilbake til begrepet mellommenn i 7.3. Jeg presenterer i dette avsnittet flere funn i materiale som begrepet systemoppretholder bidrar til å synliggjøre:

* Kontorfaglig ansatte holder orden på formelle krav, registreringer og rutiner, både på systemnivå og for den enkelte kliniker. For den enkelte kliniker ser dette ut til å utgjøre et sikkerhetsnett, samtidig som funksjonen har et tydelig kontrollelement.

* Kontorfaglig ansatte utgjør og skaper rammer for arbeidsplassen og bidrar til å opprettholde den som både som materiell størrelse og fellesskap.

7.2.1 Å holde orden på formelle krav - sikkerhetsnett

Klinikerne er opptatt av at kontoransatte holder orden på formaliteter i forbindelse med inntak, behandlingsfrister/innkallinger og videre pasientadministrasjon, én sier det slik: ” De

er bare utrolig gode å ha der". Det kan se ut som mange av klinikerne i materialet langt på vei overlater formalitetene til kontorfaglig ansatte.. Dette kan forstås på bakgrunn av at det de siste årene har kommet stadig nye krav og føringer, slik at det etter hvert er blitt mange formaliteter å forholde seg til som klinikerne selv ikke har full oversikt over. Kravene handler om styrking av pasientenes rettigheter, men fordi de i stor grad handler om prosedyrer og operasjonaliseres gjennom styringstall, forstås de som utenfor selve pasientarbeidet. Klinikerne understreker at det er veldig fint at de kan stole på at alle de formelle kravene er ivaretatt, det gir en trygghet og ser ut til å oppleves som et sikkerhetsnett. *"Uten det, så etter noen år, så hadde man fått en litt sånn følelse av at ting flyter (...) du har kanskje avsluttet og har et ikke signert dokument her eller der, det hadde vært en litt sånn slitsom følelse egentlig."* En bruker også uttrykket *dobbeltsikring* om en av rutinene.

Klinikerne framhever videre teamsekretærene som en veldig god hjelp til å holde styring og ha oversikt.

(...) de har den oversiktsmuligheten, og det er der de opererer veldig mye, mens jeg for eksempel er langt inne i de diagnostiske utredningene og rapportvurderingen og mister veldig fort en slags oversikt. Den tenker jeg at det er noen andre på teamet som må ha."

Her beskrives et skille mellom sekretærenes og klinikernes arbeidsoppgaver og perspektiv. Dette skillet kan forstås som et skille mellom klinikernes driftsrasjonalitet, konsentrasjon om behandlingsarbeidet med den enkelte pasient, og en styringsrasjonalitet som sekretærene er satt til å forvalte i teamet, representert ved oversikt over pasientflyt og formelle krav. For teamsekretærene er denne styringen en del av deres driftsoppgaver. Denne forskjellen i perspektiv kan være noe av bakgrunnen for at oppgaven for teamsekretærene også av klinikerne blir omtalt som *"å holde orden på oss"* noe de er positive til. Å holde orden på formaliteter glir over i å holde orden på personene på teamet og forsterker dermed funksjonen som sikkerhetsnett for den individuelle behandler. Teamsekretærene fungerer både på system og individnivå. En gruppe peker på at funksjonen kan innebære en forlengelse av lederskap og at teamsekretæren blir en som teamet henvender seg til. Gruppen reflekterer over at dette både er noe de er glade for og noe som kanskje ikke er helt greit, det kan bli en sovepute for behandlerne, og det kan gi teamsekretæren stor innflytelse. Forholdet mellom styringsrasjonalitet og driftsrasjonalitet vil drøftes nærmere i 8.4.

7.2.2 "Det hadde vært verre hvis du følte at dette kom rett fra sjefene ..."

I tillegg til oversikten over pasientadministrasjonen beskriver klinikerne hvordan kontorfaglig ansatte følger opp nødvendige registreringer i BUP-data, både gjennom enkeltpåminnelser og

gjennom lister over manglende registreringer. Slike lister legges i hyllene til hver enkelt. I all hovedsak omtales dette som hjelp; de fleste er glade for at kontorfaglig ansatte også på dette området holder orden på de formelle kravene.

(...) også er jeg glad for at de hjelper meg med at de har litt den kontrollfunksjonen. At det er noen andre en meg som skal være ryddige til enhver tid.(...) jeg liker litt at det er noen som har kontroll som er litt rigide på det.

Oppfatningen av dette arbeidet som hjelp er også i tråd med kontoransattes forståelse.

Kontrollfunksjon?

Informantene har ulik oppfatning av **hvorvidt** dette er en kontrollfunksjon. Noen sier at de ikke opplever at kontorfaglig ansatte har en kontrollfunksjon i forhold til dem, det handler mer om påminnelser. En diskuterer med seg selv at ”*kontorleder kan kanskje mer ha den kontrollfunksjonen, selv om jeg ikke egentlig oppfatter det som kontroll der heller.*” Andre oppfatter det som kontroll, og at det er greit:

Jeg tenker at det er kontroll, men jeg synes ikke at det er et negativt ladet ord i denne sammenhengen. For det er ganske mye av denne jobben som er litt sånn, dokumentér. Bevis. Og jeg kan mene hva jeg vil om det, men sånn er det bare, og jeg synes kontroll egentlig er et mer redelig ord enn kvalitetssikring eller kvalitetsindikator, for jeg tenker ofte at det handler om noe annet.

Selv om kontrollen forstås som hjelp, er den ikke nødvendigvis bare behagelig: ”*Jeg kjenner også på kontroll i forhold til de listene (...) Men jeg tenker at det et vel nødvendig med en viss grad av kontroll - sjøl om den ikke kjennes så god alltid.*”

Hva kontrolleres og av hvem?

Det er ikke uten betydning *hva* som kontrolleres. At kontoransatte følger opp manglende registreringer ved avslutning av enkeltsaker oppleves som uproblematisk. Lister over registreringer som ikke er utført kan deles i henholdsvis mer registreringstekniske lister og oversikter over kvalitetsindikatorer. De siste beveger seg delvis inn på klinikernes fagområde, f.eks. registrering av diagnoser og individuell plan. I disse tilfellene er det ikke nødvendigvis nok for klinikerne å sette et kryss de har glemt i datasystemet– påminningene kan handle om at de ikke har gjort den faglige jobben som kreves for å registrere. En informant tenker at det handler om to nivåer, der selve påminnelsen om å registrere for så vidt er grei, men at denne samtidig kan utløse ubehag knyttet til uløste problemer i det faglige arbeidet, som f.eks arbeidet med individuell plan. En annen informant gjør det klart at hvordan (og når) hun diagnostiserer er en sak mellom henne og hennes faglige leder, ikke noe kontorfaglig ansatte skal kontrollere.

Det mest problematiske ser ut til å være lister over antall tiltak den enkelte klinker har pr. måned eller antall nye saker vedkommende har tatt, også omtalt som ”*hvor flink jeg har vært.*”, selv om informantene hevder at mange også vil ha slike lister. Kontorfaglig ansatte, som regel kontorleder, har med uttak av disse listene fått oppgaver utover selve pasientregistreringen, knyttet til måltall for effektivitet. I flere klinikker legger kontoransatte disse oversiktene i hyllene til klinikerne sammen med påminningslister som gjelder arbeidet med den enkelte pasient; det innebærer at klinikerne forstår dem som en helhetlig pakke og at de i stor grad behandles under ett i fokusgruppene:.

Nøytral?

Det er ikke helt tydelig **hvem** som kontrollerer. På den ene siden oppfattes kontrollen ikke som noe kontorfaglig ansatte bestemmer over og at en derfor ikke skal rette ev. kritikk eller misnøye mot dem.

Så vi pålegger jo egentlig kontorfaglig ansatte å gjøre en kjempejobb for oss med å lage disse listene til oss, som et hjelpemiddel for at vi skal gjøre jobben vår, sånn at det er noe med at (noen sier) æsj disse på kontoret nå kommer de med disse listene igjen, det er jo ikke sånn det egentlig er.

Informanten i dette tilfelle var teamleder og åpen for at posisjonen farget hennes holdning. Én hevder bestemt at misnøyen som av og til uttrykkes ikke handler om kontoransatte, ”*men følelsen av det som er over og det som er bestemt.*” På den andre siden ville det ikke vært det samme om listene kom fra ledelsen: ”*(...) det er egentlig deilig at det kommer derfra (fra kontorfaglig ansatte), for det føles mer nøytralt. Det hadde vært verre hvis du følte at dette kom rett fra sjefene (...)*”. Nøytral kan her sees som et nøkkelord. Kontrollen oppleves i mindre grad som ubehagelig – eller som kontroll i det hele tatt - gjennom at den gjøres av noen som oppfattes som nøytrale i forhold til ledelsen, kanskje også i forhold til det behandlingsfaglige. Samtidig ser det ut til at det kan være uklart hvem som faktisk ser og bruker disse listene.

Jeg blir bare litt sånn i stuss om hva leder gjør med de tallene, om han ser på de tallene eller hun som er teamleder. Ser hun på de tallene eller er det rett og slett sånn at jeg får dem i posthyllen som orientering og det er jeg som ser det, og teamsekretæren, hun kopierer opp ti stykker eller lager sånt for ti-tolv personer så hun har jo hvertfall ikke gidde og sett på dette her kanskje. Så hvem er det egentlig som ser på det?

Hva kommuniserer listene?

Særlig i ett intervju utviklet det seg en diskusjon om hva listene, og kanskje særlig listene over antall saker og antall tiltak pr måned kommuniserer når de legges i posthyllene på rutinebasis. Flere beskriver slike lister som en indirekte eller usagt måte å si fra på.

Jeg reagerer sånn, når jeg bare får klasket ned en liste fra sekretæren i hylla med så mange tiltak har du hatt: ja men i all verden hva er det de vil si meg her da, (...) så man får liksom en diffus følelse: hva er det egentlig de vet om meg og de tallene mine og er de fornøyd eller er de ikke fornøyd?

Dette knytter an til usikkerheten om hvem som faktisk leser og bruker dem. I en spøkefull tone sammenliknes med overvåkning:

Vet ikke helt hvordan på en måte sånn KGB funker, om det funker sånn at team-sekretæren går til teamlederen og sier at han eller hun er en latsabb og har ikke diagnostisert noen som helst på tross av mange lapper, eller ikke, det har jeg ikke peiling på.

Slik framstår det som uklart hva leder/teamleder – og for så vidt også sekretær - vet, bruker og tenker omkring klinikernes oppfylging av de formelle kravene og om klinikerne selv. Dette er et relevant spørsmål. Tall gir seg ut for å være objektive og har kraft til å påvirke.

Hva gjør klinikerne med påminningene

Noen beskriver at de registrerer det som skal gjøres med en gang, særlig gjelder dette små mangler ved avslutning av saker. Andre understreker at listene ikke endrer prioritering av arbeidsdagen – det direkte pasientarbeidet kommer først. Noen kaster listene i søpla, de oppfatter det slik at manglene bare kommer igjen på neste liste. En sier at hun er en sånn behandler som ikke forholder seg til tall. Kanskje gir det at listene kommer fra kontoransatte større handlingsrom i forhold til hvordan en forholder seg til dem.

Samtidig forholder klinikerne seg ulikt til kontoransattes arbeid med i oppfølging. Noen ble overrasket da de gjennom samtalen i gruppa forsto at kontoransatte kunne oppfatte det som ignorering og manglende respekt for dem og deres arbeid når klinikerne ikke forholdt seg til – og rettet opp – manglende registrering. De hadde ikke sett at deres oppfølging hadde noe med kontoransattes arbeid å gjøre. Andre anerkjenner dette som kontoransattes arbeidsfelt og får dårlig samvittighet fordi de ikke prioriterer å følge opp:

Ja de har jo en kjempeviktig rolle i kvalitetssikringen og rutinene rundt det. Og at de orker å gjøre oppfølgingen gang nummer to og nummer tre, særlig på usignerte journalnotater. (...) min dårlige samvittighet i forhold til dem er jo når jeg har fått en mail fra en av dem om at det og det mangler for at hun skal kunne sende sin rapportering videre. Og så er det på min liste over ting jeg skal gjøre, men så ringer en mor også snakker jeg med moren først. Og så får hun det, men akkurat litt for sent så det mangler i hennes rapportering videre (...) vet at på et vis så ødelegger jeg for det som den kontorfaglig ansatte blir målt på, for jeg vet jo at hun blir målt på om hun får rapporteringene sine sendt i tide, innenfor hver måned.

Sitatet viser hvordan påminningen kan gi klinikerne dårlig samvittighet i forhold til kontorfaglig ansatte, mer enn i forhold til oppgaven som skulle vært gjort. Dette er i tråd med

Jensen (2006) som beskriver hvordan klinikere gjorde ferdig epikriser og registreringer for kontoransattes skyld, og i tråd med at arbeidet gjøres som en personlige relasjon. Ulikhetene i informantenes forhold til påminningene avspeiler ulike holdninger, men kan også avspeile graden av kontroll på den enkelte poliklinikk.

Som funn i dette avsnittet vil jeg særlig trekke fram forståelsen av kontoransatte som nøytrale kontrollører, utydigheten når det gjelder hvem som bruker tallene til hva og handlingsrommet klinikerne ser ut til å ha når det gjelder å forholde seg til kontrollister. Disse spørsmålene vil bli drøftet nærmere i kapittel 8.

7.2.3 Å ramme inn arbeidsplassen

Sitatet om systemoppretholder først i dette kapitlet viser til hvordan kontoransatte opprettholder systemene gjennom hele tiden å svare på spørsmål om regler og rutiner. Slik bidrar de til å holde arbeidsplassen sammen. Kontoransatte ser imidlertid ut til å ramme inn arbeidsplassen på flere måter. *”Det slår meg at kontorfaglig ansatte er noen av de jeg har mest å gjøre med en sånn vanlig hverdag hvor det ellers går litt sånn i ett med pasienter. Som av og til minner meg på litt sånn, ja du er ikke alene, du er i et fellesskap her, du er blant flere.”*

Noe av grunnlaget for denne funksjonen er at kontorfaglig ansatte gjør seg til stede som en permanent faktor på en travel arbeidsplass, enten det er på sentralbord/resepsjon eller der sekretærene sitter. I intervjuene kom klinikere inn på at det er vanlig å komme innom sentralbord/resepsjon og småprate litt, f.eks. mens en venter på en time. *”Å henge i baren”* var et uttrykk som ble brukt. En av mine studenter som skulle observere sentralbord og resepsjon som del av en studentoppgave, ble overrasket over hvor mye av aktiviteten som handlet om klinikere og småsamtaler med dem. I fokusgruppene ble dette fenomenet i utgangspunktet omtalt som småprat, skravling og pjatt. Gjennom samtale, i noen grupper med oppfølgingsspørsmål, ble dette i alle intervjuene utviklet til å handle om en sosial funksjon og en fellesskapsrolle:

Jeg tenker de på kontorsida er jo personer som møter alle som jobber her. Mens vi fagpersonene, klinikere, tilhører noen team, og det er ganske mange av klinkerne her som vi ikke forholder oss til i arbeidshverdagen. Men alle har et forhold til kontorpersonalet mer eller mindre.(...) de har en viktig rolle, på en måte litt sånne omsorgspersoner., Når det skjer ting med folk på jobben, så er det noen vi kan si til, vet du hvordan går det med den? Når er den begravelse, vet dere hvem som går der? Blir buppen representert? Det er ofte et sted man henvender seg for sånne spørsmål som er viktig

for miljøet på jobben. For de møter alle og fanger opp masse signaler lettere enn vi som sitter bak dørene våre (...) det tror jeg er en viktig rolle på en arbeidsplass.

I slutten av en av diskusjonene kommer deltakerne fram til at kontoransatte er med å ”binde oss sammen alle sammen, til en sånn hel, arbeidsplass, både miljømessig og også litt fag, for det er jo litt sånn type prat der og.”

Kontoransattes arbeid med å skape en trygg ramme er også viktig for den enkelte behandler personlig; i alle intervjuene kommer deltakerne inn på betydningen av å dele tanker og følelser etter en vanskelig time

(...) den jobben her er så utrolig krevende relasjonelt, og at uansett hva jeg skal gjøre på jobben så er det jeg som skal få til den reguleringen i timen, og jeg skal svitsje om fra det ene til det neste. Derfor syns jeg det er utrolig godt når kontoret på en måte tåler at ikke jeg er helt fintunet på det relasjonelle idet jeg går gjennom hos dem, for jeg klarer ikke det hele arbeidsdagen. Og at de regulerer litt innimellom - når de gjør det så håper jeg at jeg klarer å vise dem at jeg setter pris på dem - jeg syns det er utrolig godt.

Flere er opptatt av hvordan de selv blir møtt i situasjoner der de er stressa eller sårbare:

Om man skulle ringe om man er syk, da tenker jeg det å møte noen som da ikke får helt panikk sjøl, det er veldig deilig. Synes at når man ringer og er syk og synes kanskje det er litt vanskelig, så er det alltid en positiv stemme man hører.

En annen sier ”at de orker å bare bære det at nå blir det mer jobb, (mm) jeg får lov til å være syk”. Sitatene viser at det å ta imot meldinger fra ansatte om at de er syke er en viktig personalfunksjon, der måten meldingen tas imot på er en form for sanksjonering fra arbeidsplassen og spiller stor rolle for ansattes trygghet. Også hvordan andre klinikere omtales spiller rolle, en informant synes enkelte kontoransatte var for kritiske i omtalen av kolleger når det manglet informasjon i vedkommendes timebok.

Det at kompetente kontoransatte alltid er til stede skaper også en trygghet for klinikerne med hensyn til til pasientene.

I går morges ble jeg sittende fast med et tog på vei til jobb, og jeg hadde en avtale klokka halv ni. Så da måtte jeg ringe til hun som sitter i resepsjonen, og da var jeg veldig glad for at hun sitter der (...) Jeg sa ifra da at det er togforsinkelse og du må bare ta deg av dem og høre med dem om de vil vente på meg eller om de vil dra og avlyse denne timen... Og det å vite at det sitter noen kompetente folk der som håndterer dette her og tar seg ordentlig av folk det syns jeg er en vesentlig ting.

Tilliten og tryggheten som skapes hviler på vissheten om at kontorfaglig ansatte er kompetente og håndterer både pasienter og formaliteter. Flere legger vekt på at kontoransatte

er inkludert, har kjennskap til feltet, og at klinikere og kontoransatte spiller på lag. Dette ser ut til å være med å legge grunnlag for tilliten og tryggheten.

Et tydelig dilemma i alle intervjuene er i hvilken grad den sosiale funksjonen – som viser seg å ha betydning for å skape en ramme for arbeidsplassen – forstyrrer kontoransattes arbeid, (kanskje særlig på sentralbord og i resepsjon), og om behandlerens prat viser mangel på respekt for kontoransattes arbeid og arbeidsplass. Klinikerne gir uttrykk for at de prøver å vurdere om de forstyrrer, at de forstår det som at kontoransatte liker det, og at de håper de sier fra om de blir forstyrret. Spørsmålet blir likevel stående åpent. Min erfaring er at dette også et dilemma fra kontoransattes side, selv om det kan være både hyggelig og viktig, kan det samtidig forstås som mangel på respekt, både til ulike tider og på en gang. Dilemmaet kan forsterkes av at kontoransatte har som en del av sin profesjonalitet å opptre som om de ikke blir forstyrret og at den sosiale funksjonen ikke er anerkjent.

7.3 Kontoransatte som hub og mellommenn

En av informantene introduserer begrepet hub slik: ”*Ja sentralbordet er her, også har du en gang hvor alle kommer inn om morgenen og henter ting i i hyllene, også sitter folk bak der, så det er virkelig et sånt knutepunkt... det er sånn skikkelig hub*”. En hub kan defineres på to måter, som et kommunikasjonsknutepunkt eller nav i trafikken og som et nettverksknutepunkt i datanettverk (Wikipedia, 2011a). Begge betydningene er relevante og jeg vil bruke hub om begge. Jeg velger imidlertid å gjengi den siste definisjonen fullt ut.

En **hub eller et nettverksnav er en enhet som brukes til å koble sammen flere datamaskiner i et nettverk, for å få dem til å kommunisere med hverandre. En hub opererer på det nederste laget i OSI-modellen (fysisk lag).*

**En hub har to eller flere porter. Når den mottar et signal på en av portene, sender den signalet videre ut på alle porter. Dette fører til at alle datamaskiner som er tilkoblet huben, mottar signalet. Den maskinen som har rett adresse, vil da fange opp signalet og etablere kommunikasjon med den datamaskinen som sendte signalet.*

**Passive huber gjør ingenting annet enn å forbinde kommunikasjonslinjene sammen, mens en aktiv hub har en innebygget repeater som regenererer dataene som passerer for å opprettholde et sterkt signal. (Wikipedia, 2011b)*

Informanten bruker både Hub og knutepunkt, men med knutepunkt kan en miste HUB-ens aktive element. For meg er det nettopp dette elementet som gjør begrepet interessant som metafor for kontoransattes arbeid. HUB er imidlertid et ukjent begrep for mange, derfor har jeg valgt også å bruke *kommunikasjonsknutepunkt* for begge de to betydningene; også nettverksknutepunkt handler om kommunikasjon

Sitatet i starten av avsnittet skildrer en arbeidssituasjon der sentralbord/resepsjon og de øvrige kontoransatte sitter samlet og informanten bruker begrepet HUB om hele systemet. Begrepet er brukt av Armstrong mfl. (2008) på tilsvarende måte. Erickson (2000) bruker begrepet ”resepsjonisten som hub” i sin studie av et konsulentfirma, som navn på et av flere mønster han bruker for å beskrive arbeidsplassen (Erickson, 2000, s. 258). Resepsjonisten hadde her oversikt over de ansatte og koordinerte bl.a. bruk av møterom. Metaforen stemmer godt med verbene som er brukt i 6.2 og er egnet ikke bare til å beskrive den omfattende strømmen av informasjon og folk inn og ut, men også at kontoransatte forholder seg aktivt til informasjonen og sikrer at den kommer fram i adekvat form. Det handler ikke bare om sentralbord og resepsjon – hele kontorgruppa bidrar til å gi HUB-en mange porter som aktivt fanger opp informasjon, i ganger, på møter, i kantiner og i småsamtalene. Dette stemmer med Jensen (Jensen, 2006) som viser til at kontoransatte er gode til, og avhengig av, å hente inn informasjon.

7.3.1 Hub som arbeid og samspill

HUB-en beskrives indirekte flere steder i intervjuene.

... det skjer ofte noen ting fort, har da behov for å kunne buse inn å gi en beskjed og forvente at det blir liksom hørt eller skrevet opp, og så er det andre ting som skjer, det er noen som er i en telefon, er veldig opptatt med noe, en annen som skal ha en test og det haster, og det er litt vanskelig. Skal en med takt og tone trekke seg tilbake eller skal en liksom buse på og allikevel få sagt det og håpe at det blir liksom tatt imot. Det er ofte ikke noe helt fasitsvar.

Dette sitatet illustrerer godt at informasjonen inn og ut ikke går av seg selv – det er et arbeid både for den som skal nå fram og den som skal ta imot; en HUB innebærer også et samspill.

Mange ting konkurrerer om oppmerksomheten. Informanten fortsetter:

for det at jeg tenker at våre beskjeder er jo de viktigste, altså min er mye viktigere enn din, vi er jo litt sånn alle sammen at det haster, det haster liksom mest for meg sjøl. Jeg tenker i hvert fall at vi ofte tenker at nå må jeg bare få gitt den beskjeden. Og det er klart at i det krysspresset da som den kontoransatte sitter i, ikke sant.

Svaret klinikerne gir hverandre i intervjuet er at informasjon i slike tilfelle må gis skriftlig, på lapp, men i farta blir det ikke alltid sånn. Presset oppfattes som størst i sentralbord/-resepsjonsfunksjonen. Dette kan føre til at ting ikke alltid går helt på skinner, men informantene viser stor forståelse for dette.

Også tenker jeg at selve sentralbordfunksjonen er jo også i seg veldig krevende når det er stort trykk og mange som ringer og mange i luka (...). Jeg merker godt da hvis den kontoransatte er blitt overvelda og det har gått litt i ball og er gitt feil meldinger(...) Det

var her forrige uke hvor en forelder hadde fått beskjed om at jeg ikke var på jobb, og jeg faktisk var det, og det hadde vært en del sånne feilbeskjeder. Det merker jeg godt (mm) så jeg merker både når det flyter og når det ikke flyter men det er ikke vanskelig å skjønne at den sentralbordfunksjonen kan være ganske....

Beskrivelsen av alt som skjer stemmer med et vanlig uttrykk på min arbeidsplass: *det koker* på sentralbordet. Det utspiller seg daglige drama – med drosjer som uteblir og foreldre som er sluppet opp for medisin, hendelser som kan ha stor betydning for de som er involvert i en sårbar situasjon og som krever løsning her og nå, samtidig med at pasienter skal tas imot og telefonen kimer. Krysspresset er også bakgrunnen for et potensielt skjæringspunkt mellom klinikere og kontoransatte: noen informanter sier de rutinemessig får beskjed om at pasienten har kommet, andre måtte selv hente pasientene og kunne ønske seg et slikt system. Andre steder kunne klinikerne be om slik beskjed når pasientene var for seine, uten at det var kontoransattes ansvar. Denne tvetydigheten kunne føre til at pasienter ble ventende uten at klinikerne fikk beskjed. HUB-begrepet fanger opp og synliggjør både toveis-kommunikasjonen og kommunikasjon mellom flere, både at mye skjer på en gang og at alt skal sorteres med sikte på hva som skal sendes videre eller handles på seinere. Videre plasserer HUB-begrepet kontoransatte inn i et helhetlig informasjonssystem der arbeidsplassen er koplet sammen og sammen med verden utenfor.

7.3.2 Mellommannsarbeid

En av informantene forstår sentralbordet som krevende fra egen sporadisk erfaring, og peker på et viktig element som HUB-begrepet ikke umiddelbart setter ord på – arbeidet som må gjøres med beskjedene som kommer inn for at de skal gå ut igjen.

Det hender at jeg sitter i resepsjonen når kontoransatte er på kontormøte f.eks, og da merker jeg jo hvor mange telefoner som kommer inn og at du må være fokusert på det du gjør når du sitter i den telefonen da, ikke sant, og så skal du huske på og så skal du skrive ned og så skal du sende en mail til en av de ansatte, så det kan bli ganske stressende ute i resepsjonen noen ganger.

Sitatet viser til arbeidet med de utallige beskjedene som formidles gjennom sentralbordet, og setter ord på kontoransattes rolle *i mellom*. Begrepet *mellommenn* synliggjør og setter ord på det aktive, problemløsende arbeidet som gjøres i forhold til de personene som kontoransatte går imellom, mellom pasienter og klinikere, mellom klinikere, mellom ledere og klinikere osv. En mellommann er aktiv i forhold til begge parter han går i mellom, i måten han presenterer de ulike syn, prøver ut forslag etc. Han må tolke og formidle på begge sider. Beskjeder skal forklares, ofte skal de ha et svar og kanskje skal svaret formidles tilbake. Et kjønnsnøytralt ord som mellomledd har ikke har de samme konnotasjonene, men gir bare

inntrykk av at noe passerer imellom. Kontorfaglig ansatte er nettopp ikke passive mellomledd, de setter sitt preg på kommunikasjonen. Et godt eksempel på dette er kontoransattes ansvar for å ta saker videre til IT som nevnes i intervjuene, i slike situasjoner må de formidle problemstillingen den ene veien og løsningen tilbake. Det går også fram av kapittel 6 at de er mellomledd både i rom og tid.

Informanten som introduserer begrepet mellommann er opptatt av forholdet til pasientene:

Og det andre som jeg tenker på som hovedfunksjonen er at de blir på en måte mellom, en mellominstans som kan fylle det hullet og gjøre veldig mye i forhold til brukerne,(...), ellers blir det bare et sort hull, hvor er han eller hun er på ferie eller borte eller syk eller (...) Systemoppretholdere og mellommenn.

En del av rollen som mellommann er selve møtet med pasientene, og klinikerne er i intervjuene opptatt av hvordan pasientene blir møtt. Utsagnet under er typisk:

Jeg er veldig opptatt av den rollen som de har på sentralbordet og, på venterommet og i møte med pasienter. Jeg merker at det er veldig viktig for meg hvordan de er blitt møtt og jeg merker selv når jeg forholder meg til sentralbord i situasjoner hvor jeg skal ha hjelp til noe eller skal ha undersøkelse til ett eller annet så er det så vanvittig viktig hvordan man blir møtt...

Én understreker at møtet i resepsjonen kan være en del av selve timen:

For veldig mange så begynner jo timen fra de går ut av bilen og skal gå inn de dørene (...) hvordan orke å være på venterommet er en del av det de trenger hjelp til (mm) eller må forholde seg til på et vis.

Eksemplene de bruker synliggjør at det å være i mellom krever arbeid – og kompetanse – fra kontoransattes side. I 8.3 siterer jeg f.eks. informanten som satt fast på toget slik at sekretæren på sentralbordet måtte både ta imot og forhandle med pasientene hennes om de ville gå eller vente. Flere legger vekt på at det gjøres vurderinger på sentralbordet, f.eks når det ringer en fortvilet mor og vil snakke med behandler, må sekretæren vurdere hvor mye skal jobbe for å få tak i behandleren, ev. en annen mor kan få snakke med. Betydningen av møtet med pasientene kommer også fram gjennom at enkelte tar opp at ikke alle kontoransatte er like gode til å møte pasientene og at det er viktig med god opplæring. En informant gjør dette på en måte som kan tyde på at det er vanskelig å tematisere dette i klinikken.

Mellommansarbeidet skjer i nært samspill med klinikerne. Én informant i det siste intervjuet bekrefter mitt inntrykk fra både observasjonen og alle intervjuene: "(...) og jeg tenkte på hvor mye av den kontakten med de kontorfaglig ansatte som faktisk er rundt pasienter og å legge til rette for pasientbehandlingen." Mange av eksemplene klinikerne spontant nevner på

samarbeid med kontorfaglig ansatte dreide seg da også om samarbeid omkring slike møter. Det kan være endringer av timer, misforståelser, drosjer som ikke kommer, telefoner klinikerne av faglige grunner ikke ønsker å ta eller spesielle hensyn som må tas.

Jeg husker mange erfaringer fra en vanskelig pasient (...) vi kan dele hvordan vi svarer, dele mine erfaringer med at kanskje vi må være litt strategiske her. Det er fort gjort å bli veldig irritert det kjenner jeg også, jeg mobiliserer veldig, den kritiske stemmen der gjør noe med meg, så da må jeg gjøre noe, og det er jo det samme for hun som da tar imot. Sånn at da kan vi lissom dele den erfaringen selv om våre roller og våre funksjoner er veldig forskjellige, så har vi en fellesopplevelse i det å skulle ta imot en aggressiv anklagende stemme.

Denne fellesopplevelsen ser ut til å være et sentralt element i en forståelse av samarbeid. Det som ikke kommer opp i intervjuene, men som jeg kjenner til fra egen erfaring er at mellommannsarbeidet også foregår i samspill med pasientene, f.eks. om hva slags beskjed som skal gis til behandlerne og hvordan og når det er lettest å få snakke med dem. Begrepet mellommenn drøftes nærmere i 8.5, arbeidet på sentralbord/resepsjon i 8.6.

7.4 Oppsummering

Dette kapitlet har vist hvordan klinikerne forstår samhandlingen med klinikerne og kontoransattes funksjon. Jeg har framhevet klinikernes egne begreper som funn; kontoransatte forstås som hjelpere, sjeldnere som samarbeidspartnere, som systemopprettholdere og som mellommenn og HUB. Rollen som hjelpere ligger de fleste nærmest, og brukes både om den individuelle hjelpen og om funksjonen på systemnivå.

Alle begrepene henger godt sammen med og gir mening til arbeidsprosessene i kap. 6. Klinikernes forståelse bekrefter at kontoransatte er integrert i deres egne arbeidsprosesser og er sentrale i det daglige arbeidet med pasientene både på sentralbordet og i teamene. Hjelpesforståelsen innebærer at klinikerne i stor grad forstår arbeidet som enveis, utført av kontoransatte for dem, og i liten grad som samskaping. Videre har, ikke overraskende, formidlingsarbeidet til teknologi og utstyr mindre plass i klinikernes forståelse enn i beskrivelsen de gir av selve arbeidet. Alle begrepene er på mellomnivå mellom de konkrete oppgavene på den ene siden og en overordnet sammenfatning av funksjonen på den andre. De vil, sammen med resultatene i kap. 6, bli drøftet videre i neste kapittel.

8. Begrepsfesting av kontorfaglig ansattes funksjoner på systemnivå

I de to forrige kapitlene har jeg redegjort for hvordan kontoransattes arbeid kan beskrives (6) og hvordan klinikerne forstår samhandlingen (7). I dette kapitlet vil jeg, med utgangspunkt i disse funnene, de analytiske begrepene og annen litteratur, drøfte hvordan kontoransattes funksjon kan forstås og begrepsfestes og med dette svare på hovedproblemstillingen i oppgaven. Som en del av analysen vil jeg se på forholdet mellom beskrivelsen i kapittel 6 og forståelsen i kapittel 7, og drøfte om klinikerens begreper er egnet til å forstå kontoransattes funksjon eller viderefører forståelser som bidrar til å usynliggjøre den. Det er i analysen av forholdet mellom *beskrivelsen* av oppgavene og den *oppfatning* klinikerne har at en kan finne kimen til en ny forståelse for det tatt-for-gitte i kontoransattes arbeid. Jeg er primært opptatt av kontoransattes rolle på systemnivå, men undersøkelsen viser at denne ikke kan forstås uavhengig av funksjonen på individnivå. Samhandlingen mellom den enkelte kontoransatte og kliniker skjer imidlertid også innenfor rammen av systemet.

8.1 Fra noen som er til noen som gjør

I arbeidet med å sette ord på kontorfaglig ansattes arbeid og kompetanse har også jeg opplevd å bli trukket mot begreper som fokuserer på hva kontoransatte *er* og ikke hva de *gjør*. Jeg har måttet anstrenge meg for å holde fast i – og utvikle - begreper som får fram at kontoransatte fyller sine funksjoner gjennom aktiv handling, framfor å være limet, veggen eller hjertet i klinikken. I kap 7 viser jeg at klinikerne snakker om at kontoransatte ”er så gode å ha der”, og jeg framhever at kontorfaglig ansatte ser ut til å fungere som trygg ramme og sikkerhetsnett for klinikerne. At jeg selv valgte slike statiske begreper for å sammenfatte klinikerens måte å snakke om kontorfaglig ansatte på, kan forstås på flere måter. For det første handlet mitt funn om at *klinikerne* ser kontoransatte som ramme og sikkerhetsnett. Funnet bekrefter at kontorfaglig ansatte forstås som noen som *er* framfor noen som *gjør*, og at denne forståelsen også dominerer i dette materialet.

En kan imidlertid spørre om også jeg er preget av denne tenkemåten slik at jeg overser andre forståelser. På dette punktet valgte jeg derfor å gå tilbake til materialet og lese det med blikk for ”gjøre-ord”, noe som ble utgangspunkt for presentasjonen av funnene i kap. 6. Gjøre-ordene som brukes, viser en tydelig kontrast mellom det aktive arbeidet som kontoransatte *gjør* og det sterke inntrykket intervjuene formidler av at det viktige for klinikerne er at kontor-

ansatte *er* der, med mine ord: som ramme og sikkerhetsnett. Dette framtrer nettopp som viktigere enn innholdet i de ulike handlingene. Undersøkelser av kontoransatte selv beskriver sikkerhetsnett mer aktivt: Bertelsen (2005) bruker uttrykket *bagstopper*. Kontoransatte selv snakker om å ha kontroll og oversikt over alt (Jensen, 2006).

Spriket mellom beskrivelse av det aktive arbeidet og forståelsen av kontoransatte som noen som er, kan betraktes som et funn i undersøkelsen, og jeg ble opptatt av å finne måter å forstå det på. Dette drøftes i 8.3. Jeg ble også opptatt av å unngå å skrive meg inn i en forståelse av kontoransatte som noen som er. Jeg har derfor valgt begreper fra ANT (Monteiro, 2000) som analytisk ramme for videre drøfting av kontoransattes funksjon. ANT har et tydelig fokus på handlinger og hva som påvirker dem, både mennesker og ting. ANT gjør det videre mulig både å gå tett på arbeidet og se den større konteksten (Monteiro, 2000). Med sine begreper som ligger fjernt fra dagligspråket er ANT videre egnet til å skape distanse til materialet, noe som er viktig for å kunne utfordre forståelser i eget felt.

8.2 Å skape flyt

Tilgjengelighetsarbeid kan forstås som et karaktertrekk ved kontorfaget; begrepet har møtt stor gjenkjennelse når jeg har presentert det i ulike typer organisasjoner. Selve begrepet har gitt arbeidet et navn og gjort det mulig å snakke om og tematisere som arbeid. Å sette ord på arbeidet har imidlertid ikke vært tilstrekkelig til å løfte forståelsen av det til systemnivå, for mange ser begrepet tilgjengelighetsarbeid bare ut til å bli en ytterligere bekreftelse på kontoransatte som hjelpere. Dette er i tråd med Fletchers (1999) analyse av at begreper på relasjonelt arbeid er svake begreper i organisasjonssammenheng. Jeg har derfor lenge vært opptatt av å finne måter å forstå tilgjengelighetsarbeidet på som tydeligere plasserer det på systemnivå. En innfallsvinkel har vært å se etter formålet med tilgjengelighetsarbeidet.

Et sentralt funn i undersøkelsen er at kontoransatte er integrert i klinikernes løpende arbeidsprosesser. Følgende sitat kan forstås som et nøkkelsitat: ”*når en ikke får gjort akkurat det lille som en hadde tenkt å gjøre akkurat da, så kan jo man jo bli sånn åååå, får jeg ikke gjort det (med desperasjon i stemmen)*”. Sitatet peker på at det er avgjørende for klinikerne å få ting gjort i tide, og at kontoransatte kan hindre at de må stoppe opp; arbeidet kan forstås som et bidrag til å få arbeidet til å gli (Bertelsen, 2005) eller med andre ord: til å skape flyt. Videre viser resultatene at kontoransatte utformer rutiner, lager bruksanvisninger og svarer på spørsmål om hvordan ting skal gjøres. Dette samsvarer med Jensen (2007, 2008) som nettopp

beskriver hvordan kontoransatte oppgave er å gjøre rutiner i praksis gjennom å svare på spørsmål om bruk i konkrete situasjoner. Janik (1996) framhever at regler ikke læres gjennom definisjonene, men nettopp gjennom å erfare reglene i praksis. Arbeidet med å få rutiner til å fungere i praksis er et nødvendig arbeid på systemnivå og også dette kan forstås som å skape flyt i arbeidsprosessene. Jeg vil videre utforske dette arbeidet nærmere.

8.2.1 Å få øye på tingene

ANT, med sin likestilling av ikke-menneskelige og menneskelige enheter, gjør det mulig å få øye på de ulike elementene som virker inn på kontoransattes, og klinikers, handlinger og som vanligvis tas for gitt. I materialet finnes PCen med programmer som BUP-data, epost og timebok, videre skannere, skrivere, kopimaskiner og fax, alle med sin fysiske plassering som virker inn på hvordan de brukes. Synlig blir også mobiltelefoner, brev og journaler med tilhørende brevpapir, konvolutter med og uten logo og teknisk utstyr som nøkler og kort.. Klinikerne forteller om posthyller og bokser for å legge f.eks. brev, skap med utstyr, oppslag og bruksanvisninger. Rutiner er knyttet til, eller innskrevet i, disse materielle elementene.

En rutine kan forstås som et aktørnettverk av alt og alle som er berørt av og virker inn på rutinen, både mennesker og ikke-mennesker. Aktørnettverket er tydeligst før rutinen er ferdig utformet. I utformingen handler det om å finne løsninger der ulike interesser finner sammen (alignment of interests). I mitt materiale støtte jeg på skannerrutiner som var foreløpig uferdige – og veldig uklare for den aktuelle kliniker. Å se skannerrutiner som aktørnettverk synliggjør en serie deltakere: lokalt inngår i tillegg til kontoransatte og klinikere bl.a. skanneren, skannerprogrammet og BUP-data, tidligere rutiner for utforming og lagring av brev, fysisk plassering av PC og skanner, postrutiner, posthyller og avstand til dem, epost-rutiner, hensynet til pasienten i form av personvern og dokumentsikkerhet. Også elementer utenfor klinikken påvirker skannerrutiner, som myndighetenes og sykehusets planer og standarder for EPJ i framtida og rutinene for dokumentflyt mellom sykehusets avdelinger. Å lage rutiner handler om å forene disse ulike interesser på best mulig måte. I mitt materiale er f.eks. spørsmålet om hvordan klinikerne skal få beskjed om at det er kommet post til dem som er skannet, et tema som er løst med ulik vekt på hensynet til kontoransatte og klinikere. Både i utforming av rutinene og gjennomføring i praksis er kontoransatte sentrale. Før rutiner er ferdige kan det hele virke uoversiktlig. Når rutinene fungerer, lukkes ”forhandlingene”, og rutinen tas som en selvfølge. Rutinen blir en svart boks, interessene som forenes i denne rutinen og arbeidet med å lage den blir ikke er synlig. Rutinen blir da i seg selv en knute i

andre nettverk som påvirker klinikernes og kontoransattes samhandling. Boksen holder seg imidlertid aldri helt lukket av seg selv, det krever arbeid (Lines, 2007). Gode rutiner kan få ting til å framstå som de går ”av seg selv”, arbeidet som kreves for å gjøre rutinen i praksis blir skjult. Kontoransatte fleiper med at når noe går av seg selv, er det nok en kontoransatt som gjør det.

8.2.2 Å sette ord på en flytfunksjon

Det paradoksale med flytbegrepet er at det ligger så nær en common sense forståelse av kontoransattes rolle, det er nesten som det er for trivielt. Samtidig brukes ikke begrepet å skape flyt om kontoransattes funksjon verken organisasjonsteoretisk eller i litteraturen om kontoransatte, selv om den kan ligge implisitt i beskrivelser. Bertelsen (2005) skriver om betydningen av å få arbeidet til å gli, og flyt kan forstås som en del av hennes begrep ”logistisk og infrastrukturell forretningsorden”, men dette begrepet er mer omfattende. Flytfunksjonen er ikke usynlig, men et godt eksempel på et fenomen som ikke er påaktet, ”det vi gjør som vi ikke legger merke til at vi gjør” (Beck-Jørgensen, 1997, s. 113), men som alle kan vet hva er og kan snakke om når det først tematiseres. Beck-Jørgensen hevder at upåaktet kunnskap og ferdigheter bidrar til å gi hverdagslivet mening og gjør det mulig å få hverdagen til å gli. Kontoransattes flytfunksjon kan også forstås i et slikt perspektiv.

Forståelsen av kontoransattes arbeid som å skape flyt gir mening til tilgjengelighetsarbeidet og løfter det fra individuell hjelp til funksjon på systemnivå. Forstått på denne måten innebærer oppgaven ikke bare å lage og gjøre gode formelle rutiner, men også å få alt arbeid som ikke passer med rutineene eller ikke er rutinisert til å fungere i praksis slik at virksomheten flyter. Dette er i tråd med både Armstrong mfl. (2008) og Bertelsen (2005) som understreker at det meste i kontoransattes hverdag ikke er A4 og Wichroskis (1994) som siterer Howard om en ”verden av praktisk handling”.

Flyt-funksjonen legger videre grunnlag for å forstå kontoransattes handlingsrom. Hensynet til flyten i pasientarbeidet gir rammer for prioritering og grunnlag for forhandlingene med klinikerne. Dette kan forklare hvorfor konteksten klinikerne spør i er viktigere enn selve oppgaven når det gjelder å begrunne behovet for ”hjelp”, slik det framgår i kap. 7, og hvorfor begrunnelser spiller så viktig rolle. Når klinikere i undersøkelsen etterlyser tydeligere signaler fra kontoransatte om når det er greit å spørre, peker dette på et dilemma i flytfunksjonen: kontoransatte kan spørres når det er nødvendig for flyt, men ikke når det de selv holder på

med er viktigere for den samme flyten. Dette er et implisitt tema i forhandlingene, og det er en balanse som kontoransatte må håndtere gjennom både skjønn og emosjonelt arbeid i relasjon til den som spør. Når kontoransatte både omtaler seg og blir omtalt som fleksible, kan det være et eksempel på at balansearbeidet forsvinner gjennom å gjøres om til personlige egenskaper. Begrepsfesting og anerkjennelse av flytfunksjonen kan gjøre dilemmaet tydeligere og åpne for løsninger på systemnivå. Kontoransattes handlingsrom omfatter videre ikke bare prioritering av henvendelser/oppgaver, men også rask problemløsning her og nå: å ta kommandoen i visse situasjoner, bruke skjønn og svare på spørsmål etter beste evne. Det blir derfor en del av kontorfaglig ansattes kjernekompetanse å kunne ting som tradisjonelt ligger utenfor deres spesialområde.

Selv om kontoransattes rolle i å få virksomheten til å flyte er kjent når det blir påpekt, har begrepssetting av en flytfunksjon store konsekvenser. Begrepet utfordrer støttefunksjonsbegrepet, plasserer kontoransatte inn i pasientarbeidet og medfører at det er denne virksomheten og ikke klinikerne (eller lederne) som er arbeidets mål. Dette er i tråd med Rantalaiho (1990) som peker på at kontorarbeid ikke har egne mål skilt fra virksomhetens mål. Å gjøre flyt nedenfra er basert på omfattende kjennskap til klinikken og klinikerne, tenkemåte, organisering, normer og verdier. Den løpende problemløsningen krever både kunnskaper, skjønn og relasjonelt arbeid. Flyt kan bare skapes i tett samspill med klinikerne.

8.2.3 Å lukke gapet mellom intenderte og reelle brukere

Å oversette teknologiens krav til brukerne

All teknologi stiller krav til brukerne, ANT s begrep handlingsprogram betegner handlingsmønsteret som er skrevet inn i teknologien (inskrripsjon) og som utstyret krever av og forventer hos brukeren, enten det er kompliserte dataprogram eller en boks til brev ut. Lite teknologi er selvforklarende; alle som leverer teknologi og utstyr jobber med å lage gode brukermanualer, ofte hele bøker, og bygge inn automatisk hjelp. Suchman (2007) undersøkte på begynnelsen av 1980-tallet kopimaskiner som ga automatiske tilbakemeldinger om hva som var feil og måtte gjøres, og viste hvordan disse meldingene bygget på feilaktige forutsetninger om hvordan brukeren opererer i interaksjon med maskinen. Det er ikke mulig fullt ut å foregripe hva brukeren forstår og vil trenge svar på i en konkret situasjon, vedkommende trenger en som har gjort det før. Kontorfaglig ansatte har ikke bare oppgaven med å lage rutiner for bruken av ulike typer teknologi, men også for å samle opp erfaringskunnskap slik at bruken kan integreres i klinikkens praksis,

BUP-data er eksempel på at teknologi kan ha inneskrevet omfattende handlingsprogram for brukeren. Programmet forutsetter bl.a. daglige registreringer og ulike datafelt krever bestemte måter å jobbe på. Det vil imidlertid være et gap mellom den *intenderte bruker* av BUP-data og *den reelle bruker* som på ulike måter ikke følger det handlingsmønsteret programmet forutsetter og pålegger. Dette kan gjelde enkeltindivider, men det kan også oppstå lokal praksis med andre måter å bruke programmet på enn den intenderte. Når handlingsprogrammet ikke fungerer, trengs en translasjon til en ny løsning som gjør at hensikten oppnås. Kontoransatte opererer i spennet mellom den intenderte og den reelle brukeren av BUP-data. Arbeidet med å få til fungerende program retter seg mot flere ledd i aktørnettverket. Kontoransatte kommer med forslag til å gjøre selve programmet tydeligere, dvs. med sterkere inskripsjoner, f.eks. datavinduer som ikke kan lukkes uten at bestemte felter er fylt ut. Samtidig jobber de med kollektiv opplæring og bruksanvisninger knyttet til klinikerne, og de utvikler sin egen måte å lære opp – og oppmuntre - klinikerne på. Videre kan de foreslå endringer i samarbeidsrutiner og arbeidsdeling mellom klinikere og kontoransatte. Dette er typiske translasjoner på systemnivå. Et annet eksempel på translasjoner i forhold til mange former for teknologi kan være ulike former for oppslag som, i tråd med hotellnøkkelens vedheng, blir stadig større.

Oversettelse som samarbeid

En forståelse av rutiner og translasjoner som aktørnettverk, synliggjør at arbeidet med å gjøre handlingsprogram og rutiner i praksis gjennom translasjon påvirkes av mange aktører, og at klinikerne spiller en sentral rolle. Utforming av fungerende løsninger forutsetter at de ulike interessene forenes; hvis det er mulig å finne fram til rutiner der f.eks. det som skal gjøres i BUP-data samtidig oppfattes som nyttig for klinikerne i pasientarbeidet, er sjansene for at de fungerer mye større. Med stadig flere komplekse føringer fra departement og direktorat som bygges inn i programmet blir dette vanskeligere. Ett eksempel på at samarbeidet om løsninger blir synlig er beskrivelsen av et felles arbeid rundt rutiner for tester. Informanten framhever at det er et felles arbeid og at det er uklart hvem som har gjort hva. Når en informant sier at kontoransatte og klinikere hele tiden ”*oppdaterer hverandre på hvordan det er*”, kan det også forstås som en innarbeidet translasjon i forhold til mange ulike rutiner.

Translasjoner på individnivå

De aller fleste trenger samarbeid med kontoransatte eller individuell oppfølging innimellom, ingen er fullt ut intenderte brukere. Det kan ofte være effektivt å søke kontoransattes ”det

kommer an på-kunnskap” om hvordan regler skal anvendes i det enkelte tilfellet, framfor selv å lete fram den generelle regelen. En del klinikere er videre ikke i stand til å nyttiggjøre seg translasjoner på systemnivå som felles bruksanvisninger, en fokusgruppe sier unisont at de foretrekker en ”kjapp egen forklaring” slik at de selv kan lage seg en bruksanvisning de forstår. I arbeidet med å oversette teknologiens handlingsprogram til den enkelte kliniker inngår ikke bare svar og praktisk hjelp når de står fast, translasjonene inneholder også relasjonelt arbeid, kontoransatte ”*tuner seg inn på den enkelte behandler*” for å få til en løsning som passer for akkurat dem. Slik gir de det Fletcher kaller ”*empatisk opplæring*” (Fletcher, 1999, s. 56)” i tillegg til å lytte til ev. misnøye, med f.eks. dataprogrammet.

Forholdet mellom system og individnivå

Gapet mellom intenderte og reelle brukere åpner et nærmest grenseløst felt for tilgjengelighetsarbeid som bare avgrenses gjennom ulike former for skrevne og uskrevne regler/rutiner for hva man kan spørre om og lokal praksis. Tydeliggjøring av teknologiens krav kan også åpne for å tematisere forholdet mellom translasjoner på system og individnivå. Èn mulig avgrensning av den individuelle oppfølgingen kan skje gjennom å utvikle løsninger i samspill med klinikerne som oppleves som nyttige i arbeidet og/eller som gjør det lettere for disse å klare seg mer på egen hånd. Hvis mange trenger individuell hjelp, kan dette være et utgangspunkt for nye translasjoner på systemnivå. En annen type translasjon kan være å skape en felles kultur for at klinikerne hjelper hverandre eller prøver sjøl før de går til kontoransatte, jmf lederen som ber klinikerne om å ta hensyn til kontoransatte. På systemnivå vil dette uansett være en balanse, mer tid til gode løsninger på system vil lette arbeidet for alle i klinikken; samtidig må det være rom for individuelle translasjoner der det er nødvendig for å skape flyt i pasientarbeidet. Hvis bare noen få sliter, kan det være lite hensiktsmessig å endre rutiner eller sende forklaringer til alle. Personlig samarbeid kan også føre til ny kompetanse hos kontoransatte og utvidet arbeidsfelt på systemnivå (Paulsen & Leonhardsen, 2000). Balansen mellom felles og individuelle løsninger håndheves i stor grad av kontoransatte, men er i liten grad tematisert.

8.2 4 Konklusjon

Konklusjonen blir at en sentral del av kontoransattes oppgave med å skape *flyt i pasientvirksomheten* kan forstås som å lukke gapet mellom intenderte og reelle brukere av hele spekteret av teknologi og utstyr. En slik forståelse løfter fram både omfang og betydning av ulike former for teknologi i klinikkens arbeid og det omfattende arbeidet som er nødvendig for å få teknologien til å bidra til flyt. Å lukke gapet mellom intenderte og reelle brukere er et

nødvendig arbeid på systemnivå, ikke et resultat av at klinikerne ikke er flinke nok. Gapet vil alltid eksistere, og ideer om at kontoransattes oppgave på dette området vil forsvinne med yngre ansatte og at behandlere vil gjøre alt av seg selv når de bare blir vant til det, står i motsetning til en slik forståelse. Forståelsen av rutiner som aktørnettverk understreker at arbeidet med translasjoner ikke kan gjøres av kontoransatte alene, men involverer klinikerne som aktører, og foregår i samspill, enten klinikerne oppfatter det som samarbeid eller ikke.

8.3 Å skape struktur og system

Dette avsnittet skal utforske spriket mellom det aktive arbeidet som beskrives i kap. 6 og forståelsen av kontoransatte som noen som *er* i kap. 7. Jeg skal også utforske forskjellen mellom den plassen BUP-data har i intervjuene med klinikerne og den rollen systemet hadde i undersøkelsen av kontoransatte (Jensen, 2006), omtalt i kap. 6.

8.3.1 Ramme og sikkerhetsnett som resultat av handlinger

Kontoransatte opprettholder rutine og systemet, ”*hvis ikke hadde alle flydd til hverandre og lurt på hvordan ting egentlig..*”. Her vises til arbeidet med å utforme rutiner og gjøre dem i praksis. Jeg har i forrige avsnitt vist hvordan hver rutine er et omfattende aktørnettverk, og at disse fryses og ikke lenger er synlige når rutine er ferdig utarbeidet og innarbeidet.

Rutinene framtrer som noe som bare er. ANT forstår orden og varighet som et resultat av handlinger, ikke noe som eksisterer i seg selv. En forklaring på at kontoransatte forstås med strukturbegreper som ramme og sikkerhetsnett og som noen som bare er, kan derfor være at de gjennom sine aktive handlinger for å utforme og gjøre rutiner i praksis skaper orden og varighet. Rutinene som fryses blir igjen aktører i andre aktørnettverk, de legger premisser for andre rutiner. Slik omgår ANT bevisst skillet mellom aktør og struktur (Latour, 1999).

Ramme og sikkerhetsnett skapes av kontoransattes handlinger og deres aktørnettverk, både i resepsjon/sentralbord, i tilgjengelighetsarbeidet og som teamsekretærer, og kan forklare det tilsynelatende spriket mellom handlingene og forståelsen.

Å ramme inn arbeidsplassen

En ting er at rutiner som praksis bidrar til å skape normer og verdier som ”sitter i veggene”. Et eksempel på dette er at i en klinikk der telefonbeskjeder fortsatt formidles gjennom lapper i hyllene til klinikerne, ble det å se innom hylla si en norm for å være en god kliniker og virket inn på strukturen i hverdagen. En annen ting er at fokusgruppene snakker fram en sosial - og faglig funksjon, innbakt i den daglige småpratene med og rundt kontoransatte som bidrar til å gjøre klinikken til en felles arbeidsplass. Funksjonen stemmer med Wynns (1979) analyse av

at småpraten på kontor bidrar både til kunnskapsutvikling og til å skape et felles tolkningsgrunnlag for arbeidet, både som er et mål og et middel i kontorarbeid. Kontoransattes fellesfunksjon kan også forstås som å ramme inn klinikken, og det kan være dette som nedfeller seg i metaforer som vegg og lim. Betydningen informantene legger i hvordan de blir møtt ved sykdom og fravær, understreker at rammen gjøres i relasjoner. Når en informant videre beskriver deler av den uformelle praten som et bidrag til å regulere klinikerne, fagliggjør hun et arbeid som i litteraturen blir beskrevet som mother-confessor (Wichroski, 1994) og i dagligtale som sjelesørger, klagemur o.l. Dette er et eksempel på at relasjonelt arbeid som er forsvunnet, gjøres synlig gjennom et sterkt begrep i vår kontekst. Et annet sterkt begrep på dette arbeidet er personalsosial ledelsesfunksjon (Hoffmann, 1989). Kontoransattes arbeid med regulering eller avgiftning kan slik løftes ut av det som bare er og anerkjennes som arbeid på systemnivå. En slik anerkjennelse innebærer at spørsmålet om hvorvidt klinikerne forstyrres må håndteres som prioritering mellom ulike arbeidsoppgaver.

Teamsekretærene

Teamsekretærorganiseringen viderefører arbeidet med å gjøre ramme og sikkerhetsnett både formelt og uformelt. Rantalaiho (1990) hevder at kvinnelig kontoransatte oppfatter arbeidsområdet sitt som et territorium de tar helhetlig ansvar for. Dette er parallelt til Fletcher (1999) som peker på hvordan hennes informanter gjør det som er nødvendig for prosjektet de deltar i selv om det er utenfor deres jobb i streng forstand. Teamet kan forstås både som prosjekt og territorium; et slikt perspektiv kan bidra til å forklare at arbeidet beveger seg fra å holde orden på struktur/lister/frister til ”å holde orden på teamet”. En slik forståelse kan også handle om at strukturer som ramme og sikkerhetsnett nettopp produseres gjennom relasjonelle handlinger i forhold til hver enkelt i teamet.

Teamsekretærenes arbeid samsvarer med Lockharts (2010) begrep ”administrering og organisering”, både det han kaller prosessledelse og det å ta kontroll. Han legger vekt på at kontoransattes ledelse som regel skjer på vegne av leder, med liten mulighet til å påvirke rammene. Teamsekretærenes uformelle ledelse skjer også innenfor gitte rammer, men kanskje mer på vegne av et overordnet system enn bare teamleder. Samtidig innebærer den uformelle ledelsen å gjøre de gitte rammene for teamet i relasjon til den enkelte kliniker.

8.3.2 BUP-data som infrastruktur

I kap. 6 reiste jeg spørsmål om hvorfor BUP-data fikk så liten plass i fokusgruppeintervjuene med klinikere, i motsetning til i mine tidligere intervjuer med kontoransatte (Jensen, 2006).

Spriket kan skyldes at løsningene som er utformet i de store aktørnettverkene som BUP-data er en del av, er frosset og blitt til svarte bokser for klinikerne. BUP-data er blitt noe som bare er sånn, en knute i klinikerens arbeidsnettverk som bare blir synlig når det ikke fungerer. Den svarte boksen kan imidlertid åpne seg i noen situasjoner. Min arbeidsplass har i perioden denne oppgaven ble skrevet skiftet pasientregistreringssystem, og at systemet blir da både mer synlig og åpent for forhandlinger. De tidligere automatiserte prosessene krever bevisst innsats fra klinikerne, og det stilles spørsmål ved løsninger fordi de er annerledes og krever andre arbeidsprosesser (har andre handlingsprogram innebygd). Hvis klinikerne hadde deltatt i intervjuer i denne perioden, hadde spørsmål omkring datasystemet fått stor plass. Skifte av program har også medført en annen endring. Fordi det nye systemet lenge hadde vært i bruk i sykehuset da vår klinikk gikk over, var mange løsninger allerede frosset. Både løsningene og de som forvalter dem i sykehuset blir nye aktører i nettverket rundt programmet, noe som fører til arbeidet med å forene interesser i nye løsninger for BUP blir mer komplisert og spillerommet begrenset.

For kontoransatte er BUP-data grunnlaget for og en del av det meste av arbeidsprosessene. Det er nettopp som forvaltere av pasientregistreringssystemet som en del av klinikkens infrastruktur at de er blitt plassert inn i pasientadministrasjonen og dermed blitt sentrale i klinikkens drift. Kontoransatte på sin side blir imidlertid også styrt av programmet. Spriket mellom BUP-datas rolle i de to undersøkelsene gjør det mulig å få øye på en sentral side ved kontoransatte som systemoppretholdere: kontoransatte bidrar til å opprettholde pasientregistreringsprogrammet som infrastruktur gjennom løsninger som gjør at programmet framstår som noe som bare er. Denne funksjonen kan ikke sees løsrevet fra arbeidsverktøyet, PCen og programmet, men verktøyet må anvendes. Arbeidet med å opprettholde BUP-data skjer i stor grad gjennom translasjoner på system- og individnivå som er beskrevet i 8.2. Opprettholdelsen av programmet som infrastruktur i klinikken gjøres dermed også i relasjon til klinikerne. Konklusjonen blir derfor ikke bare at kontoransatte opprettholder BUP-data som infrastruktur gjennom sine handlinger, men at disse handlingene skjer i samspill med klinikerne, både som felles translasjoner og individuell oppfølging. Denne samskapingen blir i stor grad "forsvunnet" gjennom å oppfattes som hjelp til klinikerne.

8.3.3 Struktur- og systemskapere

Begrepet systemoppretholder er presentert i kapittel 7. En forståelse av kontoransatte som systemoppretholdere er delvis i overensstemmelse med Rantalaihos (1990) begrep om

kvinnelige kontoransattes *reproduksjon* av virksomheten og dens verdier, de sikrer at arbeidet kan starte på nytt dagen etter. Dette begrepet har imidlertid bestemte konnotasjoner. Historisk er reproduksjon et begrep med lavere status enn produksjon, knyttet til nedvurdering av kvinners arbeid med barn og hushold. Dilemmaet er at begrepet på den ene siden setter søkelys på viktig uformelt og usynlig arbeid som gjøres av kontoransatte kvinner og får fram at dette arbeidet har en helhetlig funksjon i å opprettholde virksomheten. På den andre siden bidrar begrepet til å videreføre dette arbeidets lavere status ved å kjønne det og fastholde det som et ikke anerkjent arbeid. Dette dilemmaet er drøftet nærmere av Jensen (2007) og Fletcher (1999) og vil føre for langt å gå videre på her.

Begrepet systemopprettholder er mindre kjønnet og mer aktivt. System må her forstås i vid betydning; klinikkens struktur, selve arbeidsplassen og fellesskapet, teknologien, pasientvirksomheten og settet av regler og føringer fra myndigheter og helseforetak opprettholdes gjennom daglige praktiske og relasjonelle handlinger. Kapittel 6 viser hvordan kontoransatte gjør dette fra en posisjon som integrert i den daglige virksomheten. Arbeidet med å skape flyt som drøftes i 8.2 kan også ses som et bidrag til å opprettholde virksomheten. Spørsmålet er imidlertid om begrepet systemopprettholder blir for statisk og står i motsetning til en forståelse av orden og system som resultat av handling. Riktignok forvalter kontoransatte kunnskaper om "hvordan vi gjør det her" både formelt og uformelt, og normene knyttet til denne praksisen. Samtidig må de hele tiden forholde seg til endringer, både i sykehusorganisering, dataprogrammer og regelverk, og de arbeider selv stadig med rutineendringer på grunnlag av egne erfaringer og i samspill med klinikerne. I kapittel 4 har jeg også pekt på en rolle som endringsagenter som bl.a blir tydelig i situasjoner som skifte av datasystem. For å tydeliggjøre kontoransattes arbeid med å gjøre orden og struktur gjennom sine handlinger velger jeg i stedet å bruke begrepet *struktur- og systemskaper* eller som benevnelse for funksjonen *å skape struktur og system*.

8.4 Å gjøre kontroll nedenfra

Klinikerne beskriver at de får påminninger fra kontoransatte om registreringer de ikke har gjort, både i form av enkeltbeskjeder og regelmessige lister, samt at kontoransatte holder orden på at behandlingsfrister overholdes. Et funn i kapittel 7 er imidlertid at det er ulikt i hvilken grad dette tematiseres som kontroll, og ingen omtaler kontoransatte som kontrollører. Resultatene bekrefter imidlertid at klinikere og kontoransatte, uansett oppfatning om kontroll, har en felles forståelse av at oppfølgingen fra kontoransatte er en hjelp til klinikerne, selv om

den også kan medføre ubehag. For klinikerne ser det ut til å oppleves som et sikkerhetsnett som skaper trygghet. I dette avsnittet skal jeg drøfte kontrollfunksjonen nærmere.

8.4.1 Nøytrale kontoransatte?

Et hovedfunn i kapittel 7 er at kontoransatte forstås som nøytrale. Kontrollelementet ser ut til å nøytraliseres gjennom at kontrollen gjøres fra et lavt nivå i organisasjonen, av kontoransatte som verken har formell makt eller behandlingsfaglig kompetanse. I stedet har kontoransatte kompetanse på registrering og BUP-data, noe som bidrar til å understreke de registrerings-tekniske aspektene ved kontrollen og plassere den som en del av kontoransattes fagfelt. En del av kontrollen skjer derfor i form av opplæring og svar på spørsmål om hvordan ting skal gjøres, arbeid som er inkludert i forståelsen av hjelp.

Del av styringsnettverk

Kontoransattes nøytralitet kan problematiseres ved hjelp av ANT. Kapittel 4 redegjør for kontoransattes historiske forankring i styringsrasjonaliteten i BUP-feltet. Forankringen kan beskrives som et nettverk der både HOD, Helsedirektoratet, RHF-ene og HF-ene inngår i tillegg til klinikkene og deres ledere. Videre har pasientregistreringsprogrammene en viktig plass. Alle disse instansene påvirker kontoransattes handlinger, gjennom føringer, forskrifter, veiledere, definisjonskataloger for styringsindikatorer, datafelt etc, som også tar sin plass i nettverket. Videre tar styringstallene egen plass i nettverket, tallene påvirker handlingene til alle ledd i nettverket. ANT's forståelse av nettverk gjør det mulig å få øye på transformasjonene gjennom aktørnettverket, hvordan f.eks. kvalitetsmål transformeres i kjeden, fra indikatorer for kvalitet i departementet gjennom oppdragsdokumenter til tallmål i seg selv i helseforetak og klinikker og videre gjennom styringspraksis i sykehusene til kontoransattes kontrollpraksis. Eller omvendt, klinikerens driftrasjonelle forståelse av kvalitet i behandlingen omformes til et styringsrasjonelt kvalitetsbegrep som måles gjennom prosedyrer og styringstall. Når informanten i kap 7 synes kontroll er redeligere enn kvalitetssikring, kan det forstås som en reaksjon mot den styringsrasjonelle bruken av begrepet kvalitet.

Tallene som tas ut fra klinikkene sirkulerer i nettverket; hvordan tallene er framkommet og hva de egentlig måler følger ikke med gjennom transformasjonene. Tallene kan også forstås som grenseobjekter (Bowker & Star, 2000; Hovland, 2011) mellom ulike sosiale verdener, passe vage til at de kan gis mening både i departementet og i den lokale BUPen. Meningen vil imidlertid være avhengig av sammenhengen de til en hver tid inngår i, tallene betyr ulike ting for politikerne, BUP-lederne, klinikerne og kontoransatte. Hovland (2011) bygger videre på

Luhmanns begrep om kommunikasjonskoder (Luhmann referert i Hovland, 2011) som innebærer at hvert sosialt system har sin kode og vurderer alle utsagns relevans utfra den. Hovland peker på at tallene som grenseobjekter bringer kommunikasjonskoder knyttet til målbarhet og tallstørrelser fra én verden til en annen, en form for kolonisering. I vårt tilfelle kan dette innebærer at også klinikerens utsagn vurderes i forhold til denne kvantitative logikken. Prosessen kan også sammenliknes med gjøkungen i redet, når styringstallene settes i omløp har de en sterk påvirkningskraft som sluker andre forståelser.

Tall som aktører

En annen viktig side ved tallenes påvirkningskraft er at de krever standardisering. Norsk pasientregister⁴ (NPR) arbeider kontinuerlig med datakvaliteten. Datafeltene som danner grunnlaget for kvalitetsindikatorer blir brukt på ulik måte i klinikkene, både pga historiske forhold og ulik virksomhet i dag. Om tallene bl.a. for indikatorer skal bli sammenliknbare, må klinikkene forstå feltene på samme måte, og for å få dette til, har NPR utgitt en registreringsveileder (Norsk Pasientregister, 2009). Det er imidlertid ikke nok å forstå feltene likt; for at sammenlikning skal gi mening, må klinikkene også gjøre ting likt ellers kan samme tall ha ulik betydning. Arbeid med datakvaliteten for kvalitetsindikatorer blir derfor også et ledd i standardisering av prosedyrer og virksomhet i klinikkene, og kontoransatte blir trukket aktivt inn i dette arbeidet. En slik standardisering kan være ønsket, men den kan også ha utilsiktede virkninger og virke til å vanskeliggjøre nye måter å gjøre ting på. Uansett kan en ikke komme utenom at det stadig utvikles ny virksomhet som ikke passer til de eksisterende feltene – det må brukes skjønn i registreringen. Bowker og Star (2000) peker på at dette er et kjent dilemma: statistikere vil ha mer detaljerte kategorier og klinikere færre. Standardisering står i et spenningsforhold til lokale forhold, og forfatterne understreker at dette problemet ikke kan løses ved å tvinge fram standardisering, det dukker bare opp igjen. I stedet for å godta at virkeligheten ikke får plass i et datasystem, tvinger dagens tellesystemer fram enda mer detaljerte registreringsveiledninger. Standardiseringen blir en uendelig prosess med nye regler som stadig utfordres av ny behandlingsvirksomhet og lokal registreringspraksis, og derfor en utømmelig kilde til sysselsetting av et voksende kvalitetsbyråkrati. Jeg har i kapittel 4 beskrevet hvordan det å være en del av styringsnettverket har gjort kontoransatte til en kraft for gode og riktige tall og til endringsagenter i egen klinikk; på samme måte blir de en kraft i standardiseringsarbeidet. Innrulling i styringsnettverket har styrket kontoransattes posisjon i klinikkene og gjort dem til noen som teller (i dobbelt betydning). I materialet fra kontor-

⁴ NPR er fra 2007 en del av Helsedirektoratet

ansatte i denne undersøkelsen bekrefter de et fortsatt stort engasjement for korrekt registrering og for riktige tall, selv om mer nå er satt i system og lederstyrt.

Skjult for klinikerne

De konkrete styringsnettverkene og kontoransattes innrulling i dem er skjult for klinikerne, noe som gjør det mulig for kontoransatte å framstå som nøytrale. Når klinikerne forholder seg til kontoransatte, er det først og fremst som lokale hjelpere som forklarer og viser hvordan ting skal gjøres i datasystemet, styringsinstansene oppfattes som noe utenfor/utenfra. Samtidig er nettverkene i høy grad til stede i den enkelte klinikk også gjennom pasientregistreringsprogrammet. Dette programmet representerer forening/tilpasning av ulike interesser i et felles program: feltet selv, RHF-er og HF-er, Nav (refusjon), helsedirektoratet, fastlegene, etc. Motsetninger mellom instanser og interesser, faglige og administrative hensyn, er blitt avgjort, frosset og naturliggjort, programmet bare er sånn. Maktforholdene mellom interessene er dermed innskrevet i programmet og setter seg gjennom i dagliglivet i klinikkene. Et kuriøst eksempel på dette er maler som har vært/er i bruk i Helse Sør-Øst for brev til pasienter om at de har rett til helsehjelp (Helse Sør-Øst RHF, 2009). Disse er godkjent av 41 ulike instanser gjennom en prosess over flere år. Da blir det sjølsagt viktig at disse anvendes slik de er, uten lokal tillempeing. Pasientregistreringsprogrammet legger videre premisser for hva som er viktige opplysninger – som dermed skal registreres i programmet og telle/telles og hvilke som ikke er det. Kontoransatte bidrar til å forsterke virkningen av programmet gjennom sitt arbeid med å sikre utfylling av de ulike feltene og formalitetene rundt inntak av nye pasienter. Samtidig er de ulike interessene som har stått mot hverandre usynlig og BUP-data framstår som et nøytralt verktøy. Dette står i veien for en diskusjon om hvorvidt løsningene, og tenkningen som ligger til grunn, faktisk tjener pasientvirksomheten og pasientene selv.

Styringsrasjonelle og driftsrasjonelle begrunnelser

Den nøytrale posisjonen kan også forstås organisasjonsteoretisk som uttrykk for at kontoransatte er forankret både i styringsrasjonalitet og driftsrasjonalitet og balanserer disse ulike måtene å tenke på. I kapittel 8.2 har jeg analysert kontoransattes rolle i å skape flyt i pasientvirksomheten; dette arbeidet forankrer dem i klinikerens driftsrasjonalitet og gir en prioritering der pasientarbeidet alltid går først. Også pasientregistreringsprogrammet balanserer styring og drift. For hver pasienttime må det både skrives en faglig dokumentasjon i journal og registreres opplysninger for refusjon og rapportering. I BUP-data integreres dette i samme databilde. Kvalitetsindikatorer handler om arbeidet med den enkelte pasient og

registreres som pasientopplysninger: diagnoser, epikriser, individuell plan; samtidig må det gjøres på en spesiell måte slik at registreringene passer inn i et kodeverk for rapportering som datasytemet kan håndtere.

Kontoransatte understreker selv (Jensen, 2006) at de ikke bare må minne klinikerne på registreringer og forklare hvordan ting skal gjøres, de må også begrunne hvorfor. Dette understreker at handlingsprogrammene som er innskrevet i BUP-data ikke er sterke nok og at det trengs translasjoner både på system og individnivå; registreringer går ikke av seg selv i det daglige arbeidet. I mitt materiale fra kontoransatte i denne undersøkelsen ser det ut til at kontoransatte i oppfølgingen av klinikerne legger mest vekt på de rapporteringsmessige og økonomiske begrunnelsene for registrering og oppfatter at de gir mest autoritet, de argumenterer styringsrasjonelt. Dels gjentar de leders begrunnelser, dels gjør de ledelse nedenfra utfra egen forståelse. Kontoransatte gjør kontroll/påminningsjobben fra en posisjon med lite formell makt. Min tidligere undersøkelse (Jensen, 2006) viste at arbeidet i stor grad ble gjort som oppdragelse, med dominerende uttrykk som streng og flink, i relasjon til den enkelte kliniker.

Parallelt med begrunnelser i økonomi og rapportering holder kontoransatte tak i driftsrasjonelle begrunnelser: Registreringene må gjøres, *sånn er det bare*, som informanten sier i kap. 7, og kontoransatte hjelper til å få det gjort slik at det blir mer tid til pasientarbeidet. Oppfølgingen og kontrollen blir på denne måten gjort som en del arbeidet med å skape flyt, og skiller seg ikke nødvendigvis kvalitativt fra andre deler av arbeidet. Kontoransatte stiller seg på klinikerne side, og klinikerne oppfatter at de ”*spiller på lag*”. Arbeidsdelingen mellom klinikere og kontoransatte når det gjelder registrering kan ta hensyn til hva som er mest arbeidskrevende og på den måte fungere som buffer, i tråd med Evans (1987). Sekretærer gjør noen ganger registreringene selv for å spare tid, de foreslår løsninger, tar stilling til når det er bra nok eller når regler må fravikes for å få ting til å flyte. Balansen mellom regler og flyt er gjenkjennelig, hvor mye skal sekretærene legge ut på klinikerne for få ting helt riktig etter boka. Å gjøre nøytralitet ser ut til å innebære å gjøre balansen mellom styringsrasjonalitet og driftsrasjonalitet, og dette forutsetter et visst handlingsrom.

8.4.2 Ikke alle forstår kontrollen som hjelp

Resultatene i kapittel 7 bekrefter at omgjøringen av kontrollen til hjelp ikke er fullstendig; det er sprekker i forståelsen - slik min tidligere undersøkelse av kontoransatte indikerte (Jensen,

2006). Kontoransattes til dels hyppige lister over ugjorte registreringer møter reaksjoner, på tross av at kontoransatte ”bare gjør jobben sin”. Reaksjonene kan forstås som misnøye med hele styringsparadigmet, eller det som forstås som tallstyring. På bakgrunn av at denne misnøyen har vært omfattende, er det overraskende at disse reaksjonene ikke er sterkere. Dette kan forstås i tråd med Sehested (2002) som slår fast at klinikere over hele Europa har protestert mot NPM og mindre faglig autonomi og deretter har tilpasset seg tingenes tilstand. Det kan også forstås på bakgrunn av at kritikk av tallstyring er svært vanskelig å fremme på klinikknivå, nettopp fordi faglige og administrative hensyn er integrert i det daglige arbeidsredskapet, BUP-data, på en måte som bare er sånn- Løsninger representerer mange interesser som har funnet sammen og makta er skjult. Motstand mot kvalitetsindikatorer som mål kan omformes til spørsmål om folk er mot diagnoser, epikriser eller individuelle planer. Måling og tall har en innebygd autoritet som gjør at de naturaliseres: selvfølgelig må vi måles, og en egen logikk. ”Som logikk kan den ikke bestrides på egne premisser, den kan bare bestrides gjennom kontrasterende logiske systemer, systemer som er sterke nok til å bestride den.” (Hovland, 2011, s. 28, min oversettelse). Hovland viser også til at det mangler et språk for kritisk diskusjon. Logikkens dominans kommer til uttrykk i at alternativer i BUP handler om bedre mål, ikke om andre måter å lede på. Jeg har på konferanser i feltet hørt representanter for myndighetene spørre hvordan feltet vil måles, mens kritikk av måling som ledelse ikke har passet inn.

Den viktigste sprekken i hjelpeforståelsen ser ut til å være uklarheten om hvem som forholder seg til oversiktene over den enkelte klinikers mangler og hva disse brukes til. Kontoransatte opererer som sjølstendig kraft, på mandat fra leder, mens lederen spøker i bakgrunnen. Uklarheten hos klinikerne om hvem som kontrollerer og hvem som vet hva avspeiler også et dilemma hos kontoransatte – når skal manglene som listene avdekker gå videre til leder? I mitt forrige materiale var det å gå til leder et alternativ mange kontoransatte ikke brukte før de hadde gått langt i å prøve andre strategier, og svært mye av oppfølgingsansvaret lå den gang på kontorsida. Siden 2005 har lederne i stadig større grad selv blitt ledet i forhold til oppfølging av rapporteringsmål og tatt et mer direkte grep om kvalitetsindikatorer og måltall. Dette har ført til rutiner på systemnivå slik intervjuene forteller om. Likevel bekrefter mine informanter blant kontoransatte at de samme dilemmaene videreføres. Fortsatt driver kontoransatte med oppdragelsesstrategier for å få klinikerne til å gjøre registreringene uten å gå til leder. Fortsatt er det et åpent spørsmål mange steder hvor langt det skal gå når det gjelder manglende oppfølging av registrering og lister før leder koples inn – og hvordan dette

skal gjøres. Noen steder går kopi av lister til lederne, andre steder får de først kopi ved purring. Noen steder er det automatikk i dette, andre steder skjer det mer etter behov, ofte, men ikke alltid, ligger avgjørelsen hos kontorleder. Gitt den personlige relasjonen kontor-faglig ansatte har til klinikerne, kan dette lett oppfattes som ubehagelig dersom det ikke finnes rutiner på systemnivå som har bred støtte.

Reaksjonene er sterkest når det gjelder tall for klinikernes aktivitet eller ”*hvor flinke vi er*”, enten det uttrykkes som direkte misnøye eller mer diffust ubehag. Disse tallene er ikke begrunnet i registrering rundt den enkelte pasient og er ikke kontoransattes arbeidsområde historisk. Slike tall er fortsatt omstridt, ikke naturalisert. NPM bygger på mistillit til de profesjonelle (Sehested, 2002); profesjonelle utøvere må disiplineres gjennom produksjonskrav; denne skjulte disiplineringen kan være grunnen til ubehaget og at behandlerne i undersøkelsen ikke helt skjønner hva tallene over aktivitet skal kommunisere. De kan føle seg ukomfortable, men det er vanskelig å formulere en faglig kritikk. Ved å la kontoransatte samle oversikter over klinikernes egen aktivitet (eller produktivitet) og påminningene om pasientregistreringer, og legge disse i posthyllene sammen, ser det ut til at kontrollelementet også i de siste listene gjøres tydeligere. Det kan se ut som styringsrasjonaliteten smitter.

8.4.3 En utydelig kontrollfunksjon gir handlingsrom

Tvetydigheten når det gjelder *hvem* som kontrollerer *hva* gir rom for at kontoransatte kan gjøre kontrollen som hjelp. Utydeligheten kan derfor forstås som en del av funksjonen. Nøytrale oppfølgingsrutiner på systemnivå som legges ut til kontoransatte demper den direkte kontrollen og den underliggende misnøyen med tallfokuset. Det er uklart for klinikerne hva lederne vet – og dermed mulig for lederne å velge hva de vil handle på. Systemet legger opp til at klinikerne delvis kan rette opp feil og mangler selv med hjelp og kontroll fra kontoransatte, samtidig som lederne har mulighet til å fange opp de som ikke følger opp. Sitatene i kap. 7 viser at for noen er det vanskelig å ignorere påminninger når dette gjør det vanskelig for kolleger som har tallene som arbeidsoppgave, mens andre ikke forsto at dette også innebar å ignorere de kontoransatte. Når oppfølgingen gjøres i relasjon kan det derfor i stedet bli slik at klinikerne gjør registreringene for kontoransattes skyld (Jensen 2006), rommet for å protestere ”med beina” blir mindre. Det at listene kommer fra kontoransatte gir likevel et handlingsrom også for klinikerne. Her vil det være forskjeller mellom klinikkene; et sted var det til og med fortsatt mulig å kaste slike lister i søpla; dette ville vært vanskeligere hvis de kom fra leder.

Uklarheten kan også ha negative følger - KGB-metaforen (kap. 7) sier noe om den potensielle kraften i kontrollen – selv om metaforen ble moderert med en spøkefull tone. Når faglig leder ikke står for kontrollen i direkte møte med klinikerne, blir det ikke rom for en faglig diskusjon, og det kan det være vanskelig å vite om arbeidet er bra nok. Uklarheten i kontrollfunksjonen kan avspeile en motsetning mellom faglige ledelse og tallstyring – en viss uklarhet kan være nødvendig for å kunne holde fast ved faglig ledelse som overordnet. Faglig ledelse må være overordna for å være legitim, den må snakke til klinikerne driftsrasjonalitet, samtidig som ledelsen selv styres etter styringstallene, og det er mektige nettverk som holder systemet på plass. Det blir dermed både viktig og vanskelig å finne passende betydning til tallene – å legge tallene ut til effektive rutiner og kontoransatte kan være en måte å skaffe seg rom til faglig styring. Kontrollen og tallene knytter kontoransatte til spenningen mellom faglig ledelse og tallstyring som utgjør et viktig dilemma i dagens BUP-klinikker. Kontoransattes balanse mellom styringsrasjonalitet og driftsrasjonalitet handler om å gjøre det samme dilemmaet på lavt, praktisk nivå.

8.4.4 Organisering av kontroll som hjelp

Teamsekretærer er en organisatorisk løsning som **både** innebærer mer hjelp med arbeidet rundt den enkelte pasient **og** tettere kontroll/oppfølging av ventetider og registreringer. Sekretærene får både bedre oversikt over pasientarbeidet og større forståelse for arbeidet. Denne måten å organisere sekretærene på oppleves positivt, den gjør det mulig for klinikerne å konsentrere seg om pasientene, mens sekretærene holder løpende oversikt over at de formelle rettighetene oppfylles. Slik oversikt, med oppfølging av den enkelte kliniker, ser langt på vei ut til å være et ønske fra teamet selv, beskrevet som ”å holde orden på teamet”; klinikerne gjør seg til noen som kan kontrolleres. Utgangspunktet her er styringsregimet og styringsrasjonaliteten; når ting er som de er, gir det trygghet å ha noen som holder orden på regelverket. Sekretærene bidrar til at klinikerne kan fortsette i sin driftsrasjonalitet og konsentrere seg om den enkelte pasient. Arbeidet kan forstås som en kontroll innenfra som ligger i forkant for å unngå feil. Dette bidrar til å styrke kontrollen, men også menneskelig-gjøre den og knytte den til det daglige pasientarbeidet. Slik medierer sekretærene mellom de to rasjonalitetsformene og vever dem sammen. De bidrar til å gjøre styringsrasjonalitet som drift og dermed gjøre den til en del av driften.

I ordningen med teamsekretærer framstår ikke kontroll og hjelp som motsetninger – det er en ordning som rommer mer av begge deler. Motsetningen til teamsekretærordningen er større avstand til det kliniske arbeidet slik at det blir mindre av begge deler. Teamsekretærordningen står i motsetning til en moderne støttefunksjonstenkning der kontoransatte i større eller mindre grad trekkes ut av avdelingenes arbeid og samles i stab eller pooler.

8.4.5 Konklusjon

Kontoransattes særegne kontrollfunksjon ser ut til å være avhengig av at den gjøres som hjelp, av en faggruppe som oppfattes som nøytral, men både er solid forankret i pasientarbeidet og en selvstendig drivkraft for gode/riktige tall. Styrings- og driftsrasjonaliteten møtes i kontoransattes kropper. Kontoransatte kompletterer ledelse ovenfra med å gjøre kontroll nedenfra som blir sterkere og mer effektiv nettopp fordi den kommer fra en yrkesgruppe utenfor profesjonene med lavere status i hierarkiet og med oppgaver knyttet til det hverdagslige arbeidet rundt pasientene. Denne forankringen i driftsrasjonalitet både gir og forutsetter et visst handlingsrom – kontoransatte må bruke skjønn for å balansere ulike hensyn og fungerer som buffer mot kompliserte registreringspålegg. Kontoransatte kan forstås som noen som bidrar til å *avgifte* byråkratiet (Wichroski, 1994) ved at regler og rutiner formidles gjennom levende mennesker som bruker sitt skjønn og jobber relasjonelt. Kontoransatte vever sammen styring og drift, kontroll og hjelp, slik at kontrollen hverdagsliggjøres. Denne sammenvevingen gjør det samtidig vanskeligere for klinkerne å sette ord på ev. motstand mot styringsregimet og reise en faglig debatt.

8.5 Å gjøre HUB/kommunikasjonsknutepunkt

Begrepet HUB setter ord på kontoransattes plassering og aktivitet i forhold til all informasjon som kommer inn, bearbeides og går ut, og alle mennesker kontoransatte må forholde seg til både samtidig og over tid, både innad og på organisasjonens grense. Slik stemmer begrepet godt med den konkrete beskrivelsen av arbeidet i kapittel 6. Informasjonsfunksjonen i organisasjoner som helhet er lite framhevet i undersøkelser av sekretærer som ofte bygger på intervjuer med sekretærer som jobber for en enkelt eller noen få ledere. Begrepet HUB passer imidlertid godt med beskrivelser av kontoransattes arbeid fra sykehus (Armstrong et al., 2008; Bertelsen, 2005). Bertelsen bruker begreper som *brobygger* og *sentralt logistisk knutepunkt*, Jensen (2006) har valgt *informasjonssentral* i sin oversikt over ulike roller. Jeg skal i dette avsnittet drøfte HUB-funksjonen nærmere.

Jeg ble i utgangspunktet begeistret for begrepet hub, fordi jeg lenge har vært på jakt etter et begrep som kunne få fram knutepunkt/krumtapp/være i mellom-funksjonen uten å redusere kontoransatte verken til et passivt sted eller til enkeltpersoner med spesielle personlige egenskaper. Hub gir et bilde av et senter der det er stadig bevegelse og som samtidig er en del av et informasjonssystem. Mintzberg og Hayden (1999) definerer hub som "(...) et koordinerende senter. Det er et fysisk eller begrepsmessig punkt der folk, ting eller informasjon beveger seg" (Mintzberg & Hayden, 1999, s. 89, min oversettelse). Hub-en kan imidlertid oppfattes som et *sted* der tingene skjer, som sentralbord/resepsjon eller samlingen av kontoransattes kontorer, og slik trekke i retning av en fortsatt forståelse av kontoransatte som noen som *er* tilstede og som informasjonen strømmer gjennom.

8.5.1 Kommunikasjonsknutepunkt - både sted og aktivitet

Siden ANT tilkjenner fysiske ting egen påvirkningskraft på all virksomhet på linje med mennesker, er teorien egnet til å få grep om hvordan kontoransatte som HUB både handler om lokalisering og aktivitet. Kontorgruppa er som regel samlet i en del av klinikken, dette stedet blir en del av klinikernes aktørnettverk som påvirker deres handlinger og bidrar fysisk til at det er dit de går når de lurer på noe. På samme måte er et betjent sentralbord/resepsjon et sted som ikke bare er knutepunkt for alle som har et ærend, men som også trekker behandlerne til seg, jmf. begrepet "*å henge i baren*". Dersom posthyllene, ev. kontormaskinene, befinner seg på kontoransattes arbeidsområder, påvirker dette også hvor ofte klinikerne går innom kontoransatte og spør eller deler informasjon. Det er imidlertid ikke nok at kontoransatte er tilstede; HUB-funksjonen oppstår først gjennom at disse aktivt gjør seg til stede som noen som kan delta i informasjonsutveksling. HUB-funksjonen er derfor et resultat både av stedene som fysiske lokaliteter med kontoransatte og de kontoransattes aktivitet. For å tydeliggjøre at denne aktiviteten er nødvendig vil jeg benevne kontoransattes funksjon som *å gjøre HUB*.

Til sammen utgjør menneskene (klinikere og kontoransatte) og stedene en infrastruktur for både formell og uformell informasjonsflyt i klinikkene. Fordi kontoransatte inngår i aktørnettverk med alle ansatte, i alt fra kakelister til postbehandling, blir de påvirket av og får informasjon fra alle og vice versa. Dette kan forstås som grunnlag for fellesskapsfunksjonen som er beskrevet i kapittel 7. Den sosiale funksjonen som snakkes fram i intervjuene kan forstås som en form for uformelt informasjonssystem.

Arbeidet med å gjøre HUB strekker seg utover de faste fysiske stedene. Teamsekretærrollen kan forstås som en formalisert HUB-funksjon inn i det enkelte team, med mulighet til både å hente inn og gi ut informasjon/beskjeder direkte til/fra klinikerne. Kontoransatte gir, får og plukker opp informasjon på vei gjennom klinikken, i ganger, i kantina. Erfarne kontoransatte er opptatt av *à vite alt* for å gjøre jobben sin godt, mye mer enn de får gjennom infokanaler på systemnivå (Jensen, 2006). HUB-begrepet synliggjør videre at kontoransattes funksjon må forstås som lagarbeid, der de ulike kontoransatte er å sammenlikne med porter informasjonen går inn og ut gjennom. Det er da nødvendig at informasjonen samordnes gjennom utveksling i gruppa for å gjøre en effektiv HUB. En slik forståelse stemmer med Jensen (2006) som fant at det å kunne samkjøre seg var en helt sentral kompetanse for kontoransatte, i tråd med Wynns (1979) analyse av småsamtaler på kontot som kunnskapsutveksling.

8.5.2 En del av et helhetlig informasjonssystem

HUB-begrepet synliggjør at kontoransatte er en del av et helhetlig informasjonssystem i klinikkene. Jeg har i 8.3 og 8.4 beskrevet pasientregistreringssystemet BUP-data som en informasjonsmessig infrastruktur i klinikkene som langt på vei bestemmer hva som er vesentlig informasjon i arbeidet med pasientene gjennom hva som har egne felt i programmet. Feltene og funksjonene i programmet legger videre til rette for en bestemt type standard informasjonsflyt gjennom at både kontoransatte og klinikere legger inn og tar ut informasjon i programmet etter en bestemt arbeidsdeling. Også sentralbord/resepsjonfunksjon og post inn og ut er knyttet opp til BUP-data, gjennom registrering og uthenting av informasjon. Dette innebærer at BUP-data er en del av aktørnettverket rundt svært mye av samhandlingen mellom kontoransatte og klinikere og påvirker denne. Slik kan BUP-data forstås som en ytterligere faktor som legger grunnlag for HUB-funksjonen, sammen med de fysiske stedene og kontoransattes aktivitet. Kontoransattes rolle i informasjonsflyten er knyttet sammen med BUP-data som klinikkens informasjonsmessige infrastruktur, programmet muliggjør kontoransattes sentrale rolle samtidig som det legger rammer for handlingene. BUP-datas forutsetninger oppfylles imidlertid ikke av seg selv, jmf. 8.2, men er avhengig av at kontoransatte oversetter programmets krav, gjennom opplæring, bruksanvisninger og personlig veiledning. Slik bidrar de til å produsere klinikkens helhetlige informasjonssystem.

8.5.3 Å bearbeide og formidle informasjon

Et funn i undersøkelsen som er presentert i kap. 7, er at kontoransatte kan forstås som mellommenn, et begrep som setter ord på det aktive arbeidet som må til for å formidle beskjeder og informasjon. Mellommann er imidlertid et mannlige kjønn begrep, mellom-

kvinner eller mellomledd har ikke den samme aktive betydningen. Jeg velger derfor å bruke begrepet *arbeidet i mellom* i drøftingen av den samme funksjonen og å benevne kontoransatte som aktive formidlere.

Mens HUB-begrepet er egnet til å synliggjøre bevegelse og informasjonssystem, kan det være mindre egnet til å synliggjøre alt arbeid som ligger i å få fram hvert enkelt signal, det jeg har kalt arbeidet i mellom. I følge definisjonen kan en aktiv HUB forsterke eller ikke forsterke signalene, et begrenset repertoar. Hvis vi ser på hva som foregår i informasjonsflyten med utgangspunkt i aktør-nettverk, blir bildet et annet. Hver enkelt beskjed som mottas kan analyseres som et nettverk – hvordan beskjeden mottas, påvirkes bla av budskapet, språket og stemmen til den som gir beskjeden, forbindelsen, kunnskap om saken fra før, kunnskap om behandler, hva som står i BUP-data og hva som skjer samtidig. Bare noen av disse aktørene er tydelige for den som mottar beskjeden, men alle faktorene kan virke inn på forståelsen. Når informasjonen gis videre til en annen aktør i nettverket, innebærer det en transformasjon, den forblir ikke uendret. Kontoransatte kan forstås som en mediator (Latour, 2007), å gi en beskjed videre vil innebære en tolkning, ikke bare en ”forsterkning av signaler”, f.eks. vil en beskjedtekst fra sentralbordet ofte bli supplert med informasjon om hvorvidt den som ringte var sint, redd, lei seg, eller stresset. Kanskje skal noe undersøkes før informasjonen gis videre. Andre eksempler på transformasjoner i beskjedarbeidet handler om å oversette og formidle mellom ulike språk og verdener. F.eks. skal dataproblemer oversettes fra klinikernes presentasjon til en måte å forklare det på som passer inn i IT- språk. Når problemet er løst, skal løsningen oversettes tilbake. Kanskje skal det også forhandles om hvor fort problemet kan løses. Kontoransatte formidler mellom en teknisk/praktisk verden og behandlingsarbeidet.

Forståelsen av hver enkelt beskjed/informasjon som et aktørnettverk synliggjør både at informasjonen påvirkes av en rad ulike faktorer og den enorme mengden med informasjon som kontoransatte bearbeider og formidler. Å motta og gi beskjeder er derfor et aktivt formidlingsarbeid som involverer både kunnskap, skjønn og relasjonen til de som er involvert. Denne analysen bekrefter og konkretiserer Lie og Rasmussens begrep om kontorarbeid som informasjonsarbeid som involverer informasjonsbearbeiding, oversettelse og formidling (Lie & Rasmussen, 1983). En forståelse av beskjedarbeid som tolkning og formidling understreker at det gjøres vurderinger på sentralbordet, som beskrevet i kap. 7. selv om dette ikke hører med til den formelle rollen. Disse vurderingene ser ut til å anerkjennes av behandlerne. På

systemnivå er disse vurderingene forsvunnet, det regnes som faglige vurderinger som kontoransatte egentlig ikke skal gjøre.

8.5.4 Å koordinere og skape en kunnskapsbase

HUB – begrepet gir et bilde av stor bevegelse og mange aktører. ANT bidrar til å synliggjøre at kontoransatte har en plass i et stort antall ulike aktørnettverk med et nesten uendelig antall aktører og dermed mottar enorme mengder informasjon. Funksjoner som post, sentralbord, tilgjengelighetsarbeidet og håndtering av alle typer utstyr gir informasjon om alt fra adresser og telefonnummer til lover og regler, og kontoransatte samler bl.a. opp kunnskap om samarbeidspartnere, andre institusjoner og kontakter om tekniske installasjoner. I kap. 6 framgår det at denne informasjonen både handles på her og nå og lagres for seinere bruk.

Informasjon som flyter og transformeres i ett nettverk kan være nyttig i et annet. Deltakelse i mange aktørnettvek gjør kontoransatte i stand til å koordinere både informasjon og personer, som i eksemplet fra observasjonen, der flere ringte uavhengig av hverandre om samme sak. De som satt på sentralbordet var i stand til å kople informasjonen på tvers av samtalene og koordinere det som skulle skje videre. Et annet eksempel er at kontoransatte gjennom samhandling med klinikerne samler opp kunnskap om hvor disse er og hva de gjør, og bruker kunnskapen når noen spør etter dem. Denne formen for koordinering spiller en viktig rolle i arbeidet for å skape flyt. Dette er en funksjon som inngår i det Bertelsen (2005) kaller ”en logistisk forretningsorden” og som beskrives av Armstrong mfl. (2008) , men begrepet koordinering er ikke løftet fram som egen funksjon. I en kartlegging av kontoransattes arbeid på Lovisenberg diakonale sykehus (LDS) sprang imidlertid koordinering fram som et begrep som kunne bidra til å systematisere dataene som kom inn⁵.

HUB - begrepet fokuserer på bevegelse her og nå. De utallige aktør-nettverkene som kontoransatte blir en del av gir imidlertid informasjon som ikke bare går ut igjen og forbrukes, men samles opp som kunnskap. Slik får kontoransatte nødvendig informasjon for sitt eget arbeid, men de blir også en kunnskapsbase for klinikken, f.eks. når det gjelder hvem, både i klinikken, sykehuset og omliggende systemer, som kan kontaktes, eller som det lønner seg å kontakte om hva, og om hvor de holder til nå. Jensen (2006) viser at en sentral kompetanse for kontoransatte er å ta vare på informasjon og vite hvor en finner den. Kontoransattes kunnskapsbase tas i bruk daglig, men er ikke begrepsfestet i litteraturen, og arbeidet med å bygge den opp er ikke anerkjent på systemnivå.

⁵ Sonerud (2011) Presentasjon av resultater fra kartleggingsundersøkelse på LDS.

8.5.5 Konklusjon

Konklusjonen blir at begrepet **å gjøre HUB, eller kommunikasjonsknutepunkt**, er velegnet til å sette ord på og synliggjøre viktige sider ved kontorfaglig ansattes arbeid og funksjon i informasjonsflyt og daglig drift, ikke bare som enkeltpersoner, men som kollektiv. Grunnlaget for funksjonen er både kontoransattes faste lokalisering i klinikken, BUP-data og at kontoransatte gjør seg til stede som noen som utveksler informasjon. Begrepet må imidlertid suppleres for å gi en mer utfyllende forståelse og løfte fram arbeid som blir forsvunnet. Å gjøre HUB/kommunikasjonsknutepunkt på systemnivå innebærer aktivt arbeid med **å formidle og koordinere**. Plasseringen og det aktive arbeidet i informasjonsflyten gjør også at kontoransatte bygger opp og fungerer som en **uformell kunnskapsbase**.

8.6 Hva er det med sentralbordet?

I første skisse til resultater hadde jeg ikke tatt med vekten klinikerne la på kontoransattes møte med pasientene i telefon og resepsjon. Jeg hadde i utgangspunktet tenkt at dette lå litt på sida av mitt fokus: den direkte samhandlingen mellom klinikerne og kontorfaglig ansatte. Allerede observasjonen utfordret dette synet. Noe av det som overasket meg mest i observasjonen var nettopp hvor stor del av samhandlingen med klinikerne som faktisk foregår rundt møtene i sentralbord og resepsjon, dette på tross av at jeg selv jobber i klinikk og innimellom avløser på sentralbordet. Ved ny gjennomgang av intervjuene ble det imidlertid tydelig hvor viktig rollen som dem som møter pasientene er for klinikerne i det daglige arbeidet.

Mye av det samme skjedde ved min forrige undersøkelse – da jeg i utgangspunktet ikke tenkte å skrive om sentralbord/ resepsjonsfunksjonen fordi det var et stort eget område. Funksjonen måtte likevel med på grunn av den sentrale rollen det hadde for alle de kontorfaglig ansatte jeg intervjuet uavhengig av om de selv hadde det som daglig oppgave. Jeg er derfor blitt opptatt av hva det er med denne delen av kontorfaglig ansattes rolle som gjør at den ser ut til å falle på siden av analysen av kontoransatte funksjon, utover klisjeen om å være ansikt utad. På tross av at både klinikere og kontorfaglig ansatte i intervjuene anser sentralbord og resepsjonsfunksjonen som veldig viktig, har den lav status i mange kontorgrupper. Mange klinikker sliter med å finne gode ordninger for hvem som skal arbeide på sentralbordet, og det prøves ulike løsninger: fast person eller rotasjon, andre kontoransatte organisert rundt, mer bruk av direktenummer med telefonsvarer. På tross av arbeidets betydning er det på sentralbordet nyansatte får starte opp og vikarer settes; det kan se ut som kompleksiteten i dette arbeidet systematisk nedvurderes både på systemnivå og samfunnsnivå. Sentralbordtjenester

rasjonaliseres, og det blir stadig mindre vanlig å treffe på folk som kan bidra med å oversette det ærend de som henvender seg har til organisasjonens språk og rutiner (integre utenforstående i organisasjonen) og forklare hvem en skal snakke med om hva når. En slik funksjon er enda viktigere i møtet med mennesker i en sårbar situasjon.

8.6.1 Å gjøre grense og grenseovergang i samspill med pasientene

Sentralbord/resepsjon er åpenbart helt sentral i HUB-funksjonen, svært mye av arbeidet handler om informasjonsflyt og formidling. Funksjonen er sentral for å skape flyt i pasientarbeidet, og kontoransatte ivaretar rutineene utad og opprettholder struktur og system. Aktørnettverkene rundt handlingene på sentralbord og resepsjon skiller seg imidlertid fra kontoransattes øvrige arbeid på to viktig måter, for det første opptrer pasientene som direkte aktører og for det andre forvalter kontoransatte grensen mellom klinikken/behandlingsverden og verden utenfor.

Direkte kontakt med pasientene

I alt arbeid i klinikkene er pasientinteressene en faktor, men disse formidles ofte gjennom brev, henvisninger og gjennom klinikernes erfaringer. I sentralbord/resepsjon er pasientene til stede i det som skjer. Dette innebærer at den enkelte pasient eller pårørende virker inn på sekretæren i denne funksjonen og hennes handlinger og hun påvirker dem. Kontoransatte inngår i aktørnettverkene rundt de som kommer til BUP, sammen med behandlerne, behandlingsplaner, venterom, drosjer, avtaler, skjemaer, romstandard osv. Hvilke faktorer som faktisk virker inn på det enkelte møte med BUP krever en konkret analyse av hvert tilfelle. Det finnes imidlertid forskning som viser at kontoransattes påvirkning kan være svært viktig. Aamodt (1997), skriver om klienters møte med sosialkontorer og om hvordan opplevelsen av venterommet og møtet med mennesket i luka starter prosesser som fortsetter inn i timene. Hun mener at mye av det hun beskriver er relevant for flere hjelpeinstanser.

Det er som nevnt ikke slik at det alltid entydig er klientenes virkelighet som presenteres for sosialarbeideren. Klientens presentasjon av sin virkelighet kan være pakket inn i en tone som har direkte samklang med den tonen han/hun ble snakket til av kontorpersonalet...” Videre skriver hun om kontoransatte”... deres måte å være på farget klientens sinnsstemning og kunne føre til at de enten ble i bedre humør eller at de kunne føle seg verdiløse og nærmest til plage for andre..(Aamodt, 1997, s. 120).

ANT understreker at hver enkelt aktør i nettverket bestemmes av relasjonene til andre aktører, både menneskelige og ikke-menneskelige (Law, 1999). Når kontoransattes handlinger både involverer pasienter og klinikere som del av aktørnettverket, gjør det også noe med forholdet mellom klinikere og kontoransatte, samhandlingen oppfattes i større grad som samarbeid.

Dette kommer til uttrykk i intervjuene gjennom at klinikerne i større grad bruker ordet samarbeid om avtaler og informasjonsutveksling rundt den enkelte pasient på sentralbord/resepsjon enn om andre deler av samhandlingen.

Kontoransattes kontakt med pasientene har gitt dem en tvetydig posisjon i pasientarbeidet, det forstås som viktig for pasienter og klinikere, men regnes samtidig ikke som en del av pasientbehandlingen. Det er kontroversielt og utydelig om de gjør direkte pasientarbeid. I kartleggingsarbeidet i LDS var det f.eks. kontroversielt om det skulle være med en egen kategori som het *Direkte pasientarbeid*. Da kategorien så kom med, var det få som skåret at de gjorde slikt arbeid (Sonerud 2011), kategorien kan ha framstått som utydelig. En kan tenke seg at pasientmøtene ikke passer inn i analysen av kontoransattes arbeid fordi kontoransatte ikke skal drive pasientbehandling (i snever betydning), men samtidig har pasientkontakt og dermed driver pasientbehandling i vid betydning. Kontoransattes samhandling med pasientene, i aktørnettverk der også klinikerne deltar, utfordrer det tilsynelatende absolutte skillet i klinikkene mellom kontoransatte og klinikere. Fordi arbeidet ikke skal være behandling, blir det ofte forstått som det å være et vanlig menneske. I ”Da barnpsykiatrien kom til Norge fortelles fra Troms om kontorfullmektigen som med ”sin likefremme væremåte bidro mye til å ufarliggjøre familienes første møte med barnpsykiatrien”(Svendsen, 2005) . Denne forståelsen innebærer en usynliggjøring av kompetanse, kontoransatte i sentralbord/resepsjonsfunksjon får tilbakemeldinger om at de er uunnværlige enkeltpersoner som klinikken er glad for å *ha der*. For å utvide forståelsen av at kontoransatte virker gjennom sin væremåte, har jeg selv uttrykt oppgaven som ”å være et vanlig menneske på en profesjonell måte”. Dette setter ord på tvetydigheten i funksjonen og løfter det til en oppgave på systemnivå, men det utfordrer ikke fokuset på hva kontoransatte må *være* og deres egenskaper.

På organisasjonens grense

I kapittel 6 har jeg vist til begrepet portvakt, som innebærer en skjerming både av klinikere og sensitive opplysninger, samt til Wynns (1979) begrep om å integrere utenforstående i organisasjonen. Arbeidet som beskrives kan delvis forstås som en del av å gjøre HUB, samtidig som det understreker nødvendigheten av at informasjonen som går ut og inn må bearbeides og tas stilling til. Kontoransatte er imidlertid ikke bare operative på organisasjonens fysiske grense, de arbeider også på den symbolske grensen mellom den vanlige verden der en selv klarer å løse sine egne og barnas problemer og behandlingsverden der en trenger hjelp til dette. Skau (2003) beskriver hvordan det å søke hjelp i behandlings-

apparatet innebærer en endring i status: en går bl.a. fra å være subjekt til objekt og fra individ til kasus, og fremmede må slippes langt inn i den private sfære. Å ringe eller komme til BUP innebærer derfor å bevege seg over en grense, jmf sitatet i kap. 7 om hjelp til å tåle å være på venteværelset. I et slikt perspektiv kan sekretæren forstås som en som utformer denne grensen i praksis, gjennom å gjøre overgangen lettere eller vanskeligere og gjennom å løse barn og familier både praktisk og følelsesmessig inn i behandlingsverden med dens formelle regler, fagsjargong og uformelle koder. Dette gjøres både på telefon og i skranke i direkte samspill med barn og familier og er direkte pasientarbeid, ofte også i samarbeid med klinikerne. Samtidig skiller arbeidet seg tydelig fra klinikerne som opererer innenfor behandlingsverden.

En anerkjennelse av funksjonen med å utforme grensen og løse pasienter inn i klinikken kan bidra til å løfte forståelsen av arbeidet fra personlige egenskaper til en kompetanse av betydning for organisasjonen som kan anvendes, videreutvikles og deles. Erfaringene fra de som jobber i frontlinjeposisjon kan brukes systematisk for å gjøre det lettere å komme til BUP og synliggjøre dilemmaer som både kontoransatte og pasienter opplever i møtet.

8.6.2 Å motvirke byråkrati

De direkte pasientmøtene er ikke bare viktig for pasientene. Kontakten med pasientene holder kontoransatte forankret i klinikkenes driftsrasjonalitet: det er den direkte pasientvirksomheten som er viktigst og som må være grunnlag for prioritering og arbeid for å skape flyt. Med stadig større vekt på styringsrasjonelle føringer i det pasientadministrative arbeidet er dette en helt nødvendig forankring som kan bidra til å holde fast ved betydningen av den enkelte pasient og motvirket byråkrati, i tråd med Wichroski (1994). For meg er det blitt viktig å forstå kontorfaget i profesjonelle organisasjoner som et fag som bygger opp under virksomhet i forhold til levende mennesker. Kontorfaggruppen kan muligens øke sin status gjennom å knytte seg sterkere til rapporteringsbyråkratiet, men vil samtidig kunne miste mening i arbeidet knyttet til gode tjenester for folk som trenger det. Forankring i pasientvirksomheten er også en forutsetning for å kunne bidra til å skape frirom for behandlerne og utvikle god lokal praksis sammen med dem. Uten en slik forankring vil regler og rutiner kunne bli mål i seg selv noe som vil være til skade for dem som søker hjelp.

8.7 Oppsummering

Dette kapitlet har analysert fram og satt ord på fem sentrale funksjoner som kontorfaglig ansatte har på systemnivå: Kontoransatte skaper *flyt i pasientarbeidet* gjennom å gjøre rutiner

i praksis i relasjon til klinikerne. Arbeidet handler i stor grad om å lukke gapet som alltid vil finnes mellom intenderte og reelle brukere av program og utstyr, gjennom løsninger både på system og individnivå. For det andre skaper de med sine handlinger *struktur og system*, ramme og sikkerhetsnett, ikke bare gjennom å forvalte pasientregistreringssystemet og opprettholde rutiner, men også ved å binde arbeidsplassen sammen gjennom sosial kontakt med alle. For det tredje gjør kontoransatte *kontroll nedenfra*, fra en posisjon som oppfattes som nøytral, fordi de balanserer, medierer mellom og vever sammen styringsrasjonalitet og driftsrasjonalitet. Slik håndterer de dilemmaet mellom management-tenkning og fag på et lavt praktisk nivå. For det fjerde gjør de *HUB, eller kommunikasjonsknutepunkt* gjennom aktivt formidlings- og koordineringsarbeid i relasjon både til alle ansatte og til alle som ringer eller kommer. HUB-funksjonen både forutsetter og medfører at kontoransatte bygger opp en uformell kunnskapsbase. Sist, men ikke minst, gjør kontoransatte ikke bare klinikkens grense utad, men de gjør også *grenseovergangen inn i klinikken* i direkte samspill med barn, unge og familier som henvender seg. Kontoransatte loser dem inn i behandlingsverden, og blir dermed en del av pasientbehandlingen i vid betydning.

Felles for alle funksjonene er at de bare kan gjøres i samspill med klinikerne og i stor grad utøves i samhandling med den enkelte kliniker. Kontoransattes handlinger får bare mening gjennom dette samspillet. Funksjonene forutsetter at kontoransatte både har fakta- og fortrolighets- kunnskap om klinikkenes virksomhet og tenkemåte og er integrert i pasientarbeidet. Kontoransatte må videre være forankret i driftsrasjonalitet og ha et handlingsrom til å utøve skjønn når reglene møter den praktiske hverdagen. Samlet setter funksjonene et bilde av kontorfaglig ansatte som en handlende faggruppe opp mot forståelsen av denne gruppa som noen som *er*, og de står i motsetning til en forståelse av kontoransatte som støttefunksjon utenfor den operative virksomheten. Dette vil bli drøftet i kapittel 9.

9. Hjelp og støtte – hvordan utfordre etablerte forståelser?

I dette kapitlet skal jeg i 9.1 drøfte om den organisasjonsteoretiske begrepsfestingen av arbeidet som støttefunksjon står i veien for en forståelse av kontoransattes rolle og funksjon og hvordan denne forståelsen kan utfordres. I 9.2 foretar jeg en tilsvarende drøfting av forståelsen av kontoransattes arbeid som hjelp til klinikerne. Med dette svarer jeg på de to underproblemstillingene i oppgaven.

9.1 Hvordan utfordre støttefunksjonsbegrepet?

Jeg har i kapittel 7 vist hvordan Veilederen (Helsedirektoratet, 2008) plasserer kontoransatte som støttefunksjon og hvordan forståelsen av kontoransatte som ”de andre” blir tema i klinikerne reflekser. Dette avsnittet utfordrer denne forståelsen.

9.1.1 Sentrale funn bryter med støttefunksjonsbegrepet

Sentrale funn i undersøkelsen bryter med en forståelse av kontoransattes rolle som støttefunksjon: Kontoransatte er integrert i klinikkens og klinikerne arbeidsprosesser; de gjør flyt, struktur/system, kontroll og HUB/kommunikasjonsknutepunkt, gjennom rutiner, aktiv problemløsning, formidling, koordinering og oppbygging av en uformell kunnskapsbase. Kontoransatte er en del av det direkte pasientarbeidet; de utformer klinikkens grenser og fungerer som los for barn og familier inn i klinikkene og behandlingsverden. Kontoransatte utøver sine funksjoner i et tett samspill med klinikerne, både på system- og individnivå. Felles for funksjonene er også at de gjøres innenfra av kontoransatte med intim kjennskap til virksomheten, tekningen og systemet klinikkene er en del av og i relasjon til den enkelte behandler. Videre er funksjonene innrettet mot pasientvirksomheten, de gjøres ikke for andre yrkesgrupper – kontorfaglig ansatte har samme mål for virksomheten som andre faggrupper. Støttefunksjonsbegrepet stemmer derfor ikke med resultatene i denne undersøkelsen.

9.1.2 Står støttefunksjonsbegrepet i veien for forståelsen?

I arbeidet med å analysere fram kontoransattes funksjoner i klinikkene har det vært nødvendig både å utfordre forståelsen av kontorfaglig ansatte som noen som *er* og noen som *er der for andre* yrkesgrupper, i stedet for noen som gjør samarbeid med andre yrkesgrupper om best mulig hjelp for pasientene. Disse forståelsene henger sammen og har forankring i støttefunksjonsbegrepets definisjon av kontoransatte som en annen sort ansatte. Så lenge kontoransatte forstås som noen som er, blir handlingene og kompetansen, og dermed

funksjonene, forsvunnet gjennom å bli forstått som personlige egenskaper. Så lenge de blir forstått som å være til for andre yrkesgrupper, forsterkes hjelpeforståelse og manglende likeverd i arbeidet. Disse forståelsene virker derfor i sin tur til å opprettholde begrepet på tross av at det står i motsetning til det praktiske arbeidet. Konklusjonen blir derfor at støttefunksjonsbegrepet står i veien for en forståelse av kontoransattes rolle og funksjon på systemnivå.

9.1.3 Er det mulig å rokke ved støttefunksjonsbegrepet?

Støttefunksjon er et innarbeidet begrep for arbeidsområder i organisasjoner som i liten grad er organisasjonsteoretisk behandlet. De siste årene har begrepet fått ny aktualitet fordi trenden med utskilling og konkurranseutsetting av deler av virksomheten krever og produserer et skille mellom kjernevirksomhet og det som kan settes ut (støttefunksjoner). Trenden er sterkt ideologisk fundert og forankret i sterke nettverk av interessenter. Den kan dermed være vanskelig å endre. På den andre siden knytter denne utviklingen støttefunksjon nært opp til utsetting til eksterne firmaer og gjør det lettere å argumentere for at kontorfaggruppen ikke utgjør en støttefunksjon. Uansett er det viktigste å løfte begrepet ut av det tatt for gitt og reise en diskusjon om hva som er adekvat betegnelser for kontorfaglig ansattes funksjon(er).

En kan tenke seg to mulige hovedstrategier for å rokke ved begrepet. Den ene, som i utgangspunktet var en av mine intensjoner, er å forsøke å finne et nytt begrep for å erstatte støttefunksjonsbegrepet. Underveis var jeg innom tanken på at flytfunksjon kunne være et mulig begrep for å skifte fokus fra utenfra til innenfra og forankre virksomhetens mål i pasientarbeidet. Problemet med en slik strategi er for det første at det ikke har utkrySTALLISERT seg noe enkeltbegrep som kan dekke opp de mangfoldige funksjonene, men at det mangfoldige er det karakteristiske. Et nytt enkeltbegrep vil fortsatt bidra til at mye av arbeidet forblir forsvunnet. For det andre innebærer strategien at kontoransatte fortsatt defineres ut som en annen slags ansatte, definert ved hva de er. En slik strategi vil derfor kunne slå beina under seg selv.

En alternativ strategi går ut på å avvise at kontorfaglig ansatte skal merkes ut som en faggruppe som må ha en egen betegnelse for å rettferdiggjøre sitt nærvær i klinikken, med funksjon og mål som er atskilt fra resten av arbeidskollektivet. Kontoransatte må forstås som en integrert faggruppe i klinikkene, med flere sentrale funksjoner som utøves i samarbeid med behandlerne for å sikre at klinikken gir best mulig hjelp til barn, unge og deres familier. En slik argumentasjon kan bl.a. basere seg på funksjonene som er analysert fram i denne oppgaven. Denne strategien kan også finne organisasjonsteoretisk støtte. Mintzberg har

seinere endret sitt syn på organisasjoner og hevder at bruk av sett, kjede, hub og web som organisasjonsbegreper kan snu opp ned på forståelse av de ulike yrkesgrupper og funksjoners plass i organisasjonen (Mintzberg & Hayden, 1999). Et slikt organisasjonssyn ville flytte kontoransatte fra firkanter på sida av hovedstrukturen i organisasjonskart til kjede, hub og web midt i virksomheten og åpne for en organisasjonsteoretisk diskusjon om støttefunksjonsbegrepet. En tematisering av begrepet kan også knyttes til en endring av synet på hva som er pasientbehandling i BUP, fra det som foregår i lukkede behandlingsrom til hele pasientens kontakt med hjelpeapparatet. Dette er i tråd med Armstrong mfl. (2008) som knytter kritikken av begrepet hjelpepersonale til et utvidet helsebegrep.

Parallelt med tematisering av begrepet kan en utnytte det rommet som finnes også innenfor en støttefunksjonsforståelse til å gjøre endringer i praksis som organiserer kontorfaglig ansatte tettere på det kliniske arbeidet og på den måten bidrar til å øke samarbeidet og endre forståelser. Teamsekretærorganiseringen kan forstås som en formalisering av et slikt tettere samarbeid som har vokst fram lokalt, bl.a. som resultat av økt pågang og flere formelle føringer. Kontoransattes deltakelse i kliniske team, og særlig deltakelse i møtene, har imidlertid også møtt motstand basert på ideer om at kontoransatte skal holdes atskilt fra behandlingsvirksomheten (Jensen, 2006), i tråd med grunntanken i støttefunksjonsforståelsen. Innføring av teamsekretærer kan derfor i denne sammenheng forstås som et eksempel på en undergraving av støttefunksjonsforståelsen i praksis.

For å utfordre støttefunksjonsforståelsen kan det noen ganger være nødvendig å spille på lag med hjelpeforståelsen. I den tidligere omtalte kartleggingsundersøkelsen på LDS, ble begrepet klinikerstøtte et omstridt begrep. For meg ble det et paradoks å argumentere aktivt for klinikerstøtte som kategori; dette er et begrep som er knyttet til hjelpeforståelsen og bidrar til å opprettholde den. Samtidig synliggjør begrepet at kontoransatte har en plass i den daglige samhandlingen med klinikerne, en samhandling som er sentral i å utfordre støttefunksjonsideen om at kontoransatte er utenfor den operative virksomheten. Dersom denne kategorien ikke var med, ville dette arbeidet ikke bli synlig i kartleggingen.

9.2 Hvordan forstå og utfordre hjelpeforståelsen?

Mens støttefunksjonsbegrepet plasserer kontoransatte utenfor den operative virksomheten, bekrefter hjelpeforståelsen at kontoransatte er en del av klinikernes daglige arbeidsprosesser. Kontoransatte gjør en rekke ulike funksjoner i samspill med klinikerne, mens klinikerne i stor

grad forstår arbeidet som hjelp fra kontoransatte. En forståelse av samarbeid kan snakkes fram gjennom fokusgruppene, men for de fleste deltakerne begrenser det seg til enkeltteksempler på samarbeid som skiller seg fra den vanlige hjelpen. Hjelpforståelsen begrenser seg ikke til individnivå; kontoransattes rolle i klinikken beskrives som gode hjelpere. Klinikernes vekt på betydningen av hjelpen stemmer med kontorfaglig ansattes egen oppfatning; deres storyline er at ”Kontorfaglig ansatte hjelper klinikere så de kan hjelpe pasienten” (Jensen 2010). Jensen peker videre på at kontorfaglig ansatte både tildeles og selv inntar en posisjon som hjelpere der de gir klinikerne mer hjelp enn forutsatt i den formelle arbeidsdelingen. Jeg vil først analysere hjelpforståelsen og vise at den står i veien for en forståelse av kontoransattes funksjoner i klinikkene, deretter vil jeg drøfte hva som opprettholder forståelsen og til slutt hvordan den kan utfordres.

9.2.1 Hjelpforståelsen er ikke enhetlig

Kontoransatte og klinikere bekrefter hverandre i en tilsynelatende massiv hjelpforståelse. Hvis en ser nærmere etter forskjeller og refleksjoner i materialet, blir det tydelig at forståelsen er flertydig. Det er som nevnt mulig å finne eksempler på forståelse av arbeidet som samarbeid. Når det gjelder hjelpforståelsen, kan en for det første få øye på videreføring av en rolle der kontoransatte gjør ting for behandlerne *fordi deres arbeid er viktigere/har høyere status*. Når en lege får sine epikriser skrevet av sekretærene, kan det forstås i et slikt perspektiv. Tradisjonelt inneholdt denne rolle også kaffekoking, og fortsatt faller en del kjøkkenarbeid på kontoransatte uansett systemer (Jensen, 2006). Når klinikerne strekker seg langt for å begrunne hvorfor de ber om ”hjelp”, kan dette forstås som en måte å distansere seg fra et slikt perspektiv på. Forståelsen av klinikernes arbeid som viktigere ligger imidlertid fortsatt under, en kontoransatt uttrykker det slik: ”Det er klart vi har en annen stilling enn dem, vi er der mer for dem på en måte” (Jensen, 2008). Hjelpforståelsen skaper en asymmetrisk relasjon. Dette gjenspeiles også i utsagn og refleksjoner i intervjuene, om hvilket arbeid som er viktigst når det gjelder, om kontoransatte som backingpersonale eller håndlangere og om at det går et viktig skille i arbeidet mellom kontoransatte og klinikere, et skille som skal være der. For det andre finnes en hjelpforståelse med basis i at klinikerne er avhengig av kontoransattes kompetanse. BUP-datas inntog førte til at det tradisjonelle arbeidet med å *gjøre for* i stor grad ble erstattet av at kontoransatte måtte *lære opp klinikerne og vise hvordan*. Flere understreker i intervjuene at de får hjelp med ting de selv ikke kan. I forlengelsen av denne forståelsen ligger oppfatningen av kontoransattes kontrollfunksjoner

som hjelp og sikkerhetsnett. Her handler det om en oppfølging av at klinikerne faktisk gjør en del ting som er inkludert i jobben og at de følger lover, regler og lokale retningslinjer.

Disse to svært ulike forståelsene av hjelp, noe en har krav på med basis i høyere status eller noe en trenger fordi en ikke kan/får til/husker det som skal gjøres, blander seg. Kravet om at klinikere skal gjøre mye data- og kontorteknisk arbeid selv, fører til at klinikerne oppfatter at de får *hjelp* fra kontoransatte med ting de burde gjort selv, men enten ikke har rukket eller ikke husker hvordan en gjør. Dette kan være grunnlaget for at klinikere oppfatter hjelpen som en personlig tjeneste, som noe ekstra. Likevel ser det ut til at det er noe de forventer, i tråd med en forståelse av at klinikerne har krav på kontoransattes arbeid. Slik bidrar de to ulike perspektivene på hjelp til en grunnleggende tvetydighet som sees i forhandlingene som beskrives i kapittel 7, bl.a. i diskusjonen av formuleringer om å spørre pent: Hjelp er både noe klinikerne har krav på og noe de ber om. Tvetydigheten bidrar til å forklare hvorfor det kan være vanskelig å si nei, selv når det hadde vært best for flyten i pasientarbeidet. For kontoransatte nedfeller denne tvetydigheten seg i at det er overordna viktig ikke å bli tatt for gitt (Jensen, 2008). Dette bekreftes også i intervjuene. I kontorutdanningen ser jeg at mangel på respekt for kontoansattes arbeid og tid går igjen i deres diskusjoner om arbeidssituasjonen.

Hjelpeforståelsen har også røtter i en kjønnet forståelse av kontoransattes arbeid. Dette er en gruppe som i BUP er totalt kvinnedominert. Det å strekke seg lenger enn det jobben formelt krever har blitt forstått både som uttrykk for "naturlig" kvinnelighet og for en tradisjonell måte å gjøre kjønn på, som utnyttes i kvinnedominerte yrker ved å inngå i en uformell jobb-beskrivelse slik at jobben også krever det uformelle (Lockhart, 2010; Pringle, 1989; Solbrække, 1999). Min erfaring er at mange kontoransatte forstår arbeidet sitt som husmorarbeid, en sa det slik: "vi gjør det alle kan, men ikke gjør". Heller ikke denne hjelpeforståelsen er entydig. Fletscher (1999) er opptatt av at det hun kaller relasjonelt arbeid, utført av kontoransatte, ikke nødvendigvis innebærer en videreføring av tradisjonelt kvinnelig kjønnet arbeid. Hun viser til at kvinnelige arbeidstakere faktisk kan prioritere relasjonelt arbeid fordi de ser dette som effektive handlinger for prosjektet de er opptatt av. For kontoransatte vil prosjektet være å legge til rette for klinikerne slik at de kan konsentrere seg om pasientbehandlingen. Fletchers forståelse bekreftes av Kenelly (2006) som finner at det som ofte beskrives som omsorg fra sekretærer også kan forstås som det hun kaller en bredere service-etikk, dvs at sekretærene i undersøkelsen hennes ønsket å tjene publikum i jobben sin. Kenelly hevder at dette public service-aspektet i liten grad anerkjennes i sekretærjobber.

Konklusjonen er at det ikke finnes en enhetlig hjelpeforståelse, men at det eksisterer ulike forståelser av kontoransattes rolle side om side og i ulike kombinasjoner. Disse ulike forståelsene forblir gjemt under det felles begrepet *hjelp* eller *service* og blir derfor heller ikke utfordret. Felles for de ulike forståelsene er at de ikke bare skjuler kontoransattes arbeid og kompetanse, men også betydningen av samspillet mellom kontoransatte og klinikere for utformingen av praksis i klinikkene nedenfra. Slik står hjelpeforståelsene i veien for en benevning og anerkjennelse av kontoransattes funksjoner på systemnivå.

9.2.2 Hva opprettholder hjelpeforståelsen(e)?

Jeg har lenge strevet med å få tak i hvorfor hjelpeforståelsen står så sterkt og har vist seg så vanskelig å utfordre, både hos klinikere og kontorfaglig ansatte (Jensen 2010). En av grunnene kan nettopp være sammenvevingen av ulike betydninger av begrepet *hjelp*. Det kan imidlertid også være at det er viktig for klinikerne at arbeidet gjøres som *hjelp*.

Et sentralt funn i 7.1 er at klinikerne i stor grad opplever hjelpen som personlig tjeneste. En slik forståelse ser ikke ut til å deles av kontoransatte, i min undersøkelse oppfattet de det aller meste av hjelpen som en naturlig og selvsagt del av jobben. En tolkning av dette er at det som klinikerne ser som en (forventet) personlig tjeneste, kan forstås som en del av kontoransattes profesjonelle arbeid på systemnivå, et arbeid som samtidig gjøres i relasjon til den enkelte kliniker. Som kontrast kan det se ut som klinikerne i en del sammenhenger posisjonerer seg utenfor systemets krav og sin egen profesjonalitet, f.eks. som dumme og trengende, jmf. kap. 7; de gjør seg til noen som må bli hjulpet. Hjelperelasjonen kan oppfattes som et *frirom* utenfor organisasjonslinjene, der klinikerne kan vise at de ikke kan det de i organisasjonen burde kunne, uten at dette virker inn på deres omdømme som klinikere. Betydningen av et slikt frirom kan være én av grunnene til at klinikerne holder fast ved hjelpeforståelsen. Omdefinering til formelle arbeidsoppgaver en samarbeider om kan true dette frirommet. Behovet for frirom må forstås på bakgrunn av at kontortekniske og administrative oppgaver i stadig større grad er lagt ut til klinikere. Arbeid som det tidligere var legitimt at kontoransatte gjorde for klinikerne er forskjøvet fra formelle arbeidsoppgaver til uformell assistanse som det ideelt sett ikke skal være behov for og som derfor ikke kan/skal formaliseres. Det ser ut til at kontoransatte håndterer en spenning mellom de formelle oppgavene og det som må gjøres, men ikke kan formaliseres. Hjelpeforståelsen kan derfor også opprettholdes av manglende oppmerksomhet/forståelse/tematisering av kontorfaglig ansattes rolle på systemnivå og tvetydigheten i denne rollen.

Hjelpeforståelsen opprettholdes også av forståelsen av kontoransatte som noen som *er*. Fletscher (1999) beskriver hvordan det relasjonelle arbeidet blir forsvunnet gjennom at det mangler begreper som anerkjenner dette arbeidet og at det i stedet forstås som svakhet, manglende kompetanse og personlige egenskaper. Når klinikerne understreker at kontoransatte er velvillige, kan det alternativt forstås som at de gjør relasjonelt arbeid for å frigi tid til pasientbehandling, eller i tråd med drøftingen i 8.2 som ledd i å gjøre flyt. For kontoransatte er forståelsen av arbeidet som hjelp en del av å gi arbeidet mening. Så lenge arbeidet ikke anerkjennes på systemnivå som en del av klinikkens arbeid med pasientene, knyttes i stedet mening til at arbeidet er til hjelp for den enkelte kliniker som hjelper pasientene.

9.2.3 Fagliggjøring som brudd med hjelpeforståelsen(e)

Begrepet samarbeid forekommer noe oftere i klinikerintervjuene enn de gjorde i mitt gamle materiale fra kontoransatte (Jensen, 2006). Noe av dette har nok sammenheng med metoden og med mine direkte spørsmål om refleksjon over begrepene. Begrepet samarbeid dukket imidlertid opp før jeg introduserte begrepet, og dette kan reflektere en styrking av kontor-faglig ansattes stilling siden 2005. Det kan også være uttrykk for at det er lettere å se samhandlingen som samarbeid fra en posisjon med høyere status; ulikeverd sees lettere nedenfra (Ames, 1996). To endringer som har skjedd de siste årene kan ha bidratt til at kontoransatte har fått en sterkere stilling. Det ene er at ordningen med teamsekretærer ser ut til å ha blitt mer utbredt, det andre er at den særegne videreutdanningen for BUP-feltet har gitt stadig flere kontoransatte en styrket faglig bevissthet.

Teamsekretærorganiseringen kan, som behandlet i kap 6 og 8, forstås som en fagliggjøring både av kontoransattes formelle og uformelle oppgaver. Deler av den individuelle oppfølgingen av hver enkelt settes i system og gjennomføres i regi av teamet, jmf. eksemplet med at teamet selv bestemmer at teamsekretæren skal holde oversikt både for den enkelte og for hele teamet. Denne overgangen fra individuell *hjelp* til organisering av samarbeid og kontroll på systemnivå gir både økt faglighet og økt status, og kan være én grunn til at teamsekretærjobben er så populær. Ordningen har likevel ikke vært tilstrekkelig til å utfordre hjelpeforståelsen. Paradoksalt nok kan det nære samspillet med klinikerne snarere bidra til å forsterke den. Organisering av kontoransatte tettere inn i virksomheten kan likevel være én vei å gå for å fagliggjøre arbeidet og bryte med hjelpeforståelsene. Uansett er det samtidig nødvendig at kontoransattes funksjoner begrepsfestes slik at det finnes et alternativt språk for

arbeidet, og at funksjonene anerkjennes på systemnivå. Det er heller ikke nok å sette ord på funksjonene på systemnivå, det er nødvendig å løfte fram hvordan disse funksjonene faktisk gjøres i samarbeid med klinikerne, uavhengig av hvordan de selv forstår det.

En fagliggjøring må ta vare på behovet for translasjoner på individnivå og på klinikernes behov for frirom. Dette kan i første omgang gjøres ved at ledelsen anerkjenner at det er mye arbeid rundt pasientene med registrering og dokumentasjon i stadig mer kompliserte data-systemer som kan være vanskelig å følge opp når pasientantallet øker og behandlingen av den enkelte skal stå i fokus. Hensikten med fagliggjøring av kontoransattes arbeid er ikke å kvitte seg med det uformelle arbeidet og den løpende individuelle problemløsningen, men å anerkjenne dette arbeidet og plassere det innenfor en forståelse av kontorfaglig ansattes arbeid og funksjoner på systemnivå. En tematisering av behovet for individuell oppfølging kan være nødvendig for å finne ut hvordan kontoransatte best mulig kan bruke sin kompetanse inn i samarbeidet med klinikerne. Målet må være å finne fram til best mulige rutiner (translasjoner) på systemnivå – som alle kan nyte godt av, men samtidig anerkjenne behovet for individuell oppfølging. Dette er tematisert i 8.2. En slik anerkjennelse kan løfte den individuelle oppfølgingen ut av en forståelse som personlig tjeneste. Det er en utfordring hvordan en kan anerkjenne det uformelle arbeidet uten at alt arbeidet samtidig formaliseres og kontoransattes, og klinikernes handlingsrom, innskrenkes. Jeg er imidlertid skeptisk til behovet for å formalisere de uformelle oppgavene for å kunne kartlegge dem (Bertelsen, 2005).

Bare en gjensidig anerkjennelse av hverandres arbeid kan føre til et mer likeverdig forhold mellom kontoransatte og klinikere. Suchmann (2000) peker på at rutinejobber og profesjonelt arbeid framstilles som kvalitativt forskjellig, mens hun i sin undersøkelse fra et advokatkontor fant at begge grupper både hadde elementer av rutinearbeid og vurderinger som krevde kunnskap. Hennes poeng er ikke at jobbene er like, men at skillet mellom kunnskapsarbeid og rutinearbeid både er for enkelt og bidrar til å tilsløre hva det konkrete arbeidet består i.

Å utfordre hjelpeforståelsen er et langsiktig arbeid både fordi det er knyttet til grensen mellom kontorfaget og profesjonene og til grunnleggende forestillinger om kjønn og arbeid. Det kan også være vanskelig fordi kontoransatte gjør arbeid som i dagligtale vil betegnes både som støtte og hjelp, selv om det som vist i denne oppgaven er ledd i funksjoner på systemnivå. Et første mål må derfor være å løfte hjelpeforståelsen ut av det tatt for gitt og gjøre den til tema, gjennom å vise fram ulike forståelser og motsetninger innenfor denne forståelsen.

Kapittel 10. Konklusjon og videre forskning

10.1 Hovedkonklusjoner – kontoransattes funksjoner på systemnivå

Oppgaven analyserer fram fem sentrale funksjoner:

1. Kontorfaglig ansatte skaper flyt, gjennom løpende problemløsning og formidling mellom teknologi og klinikere både på system- og individnivå.
2. De skaper system og struktur, ramme og sikkerhetsnett, både ved å forvalte formelle rutiner og klinikkens pasientregistreringsprogram, og ved å binde arbeidsplassen sammen gjennom kontakt med alle ansatte.
3. Kontorfaglig ansatte gjør kontroll nedenfra på en måte som vever sammen klinikkens styringsrasjonalitet og driftsrasjonalitet. Sammenvevingen bidrar til at mye av kontrollen gjøres og framstår som hjelp til den enkelte.
4. De gjør HUB, eller kommunikasjonsknutepunkt, gjennom formidling, koordinering og oppbygging av en uformell kunnskapsbase.
5. Kontorfaglig ansatte gjør grense og grenseovergang inn i klinikken i samspill med både pasienter/brukere og klinikere. Gjennom å løse barn og familier som henvender seg til BUP inn i klinikkens verden blir de en del av pasientbehandlingen i vid forstand.

Felles for funksjonene er at de bare kan utføres *i tett samspill med klinikerne*; funksjonene på systemnivå forutsetter et omfattende (sam)arbeid på individnivå. Funksjonene forutsetter videre *innenfrakjennskap* til klinikkens virksomhet og tenkemåte og krever både *kunnskapsarbeid, skjønn og relasjonelt arbeid* fra kontorfaglig ansatte. Funksjonene setter aktive handlinger og et bilde av ”noen som *gjør*”, opp mot forståelsen av kontoransatte som ”noen som *er*”, og de både forutsetter og bidrar til at denne gruppa har et visst *handlingsrom* i møte med den praktiske verdens krav.

Støttefunksjonsbegrepet har ingen støtte i studien, tvert imot kan begrepet brukes til å begrunne organisasjonsformer som svekker funksjonene som er analysert fram. De fem funksjonene både forutsetter og styrker kontorfaglig ansattes integrasjon i klinikkens operative virksomhet og utfordrer støttefunksjonsforståelsen. Kontorfaglig ansatte står ikke utenfor primærvirksomheten, de må forstås som en faggruppe som er integrert i klinikkens arbeid med samme mål som resten av arbeidskollektivet og klinikken som helhet. Støttefunksjonsforståelsen kan også utfordres i praksis gjennom organisering av kontoransatte tettere på det kliniske arbeidet som i ulike ordninger med teamsekretærer.

Forståelsen av arbeidet som hjelp til klinikerne anerkjenner at kontoransatte er integrert i virksomheten, men står i motsetning til og skjuler ikke bare kontoransattes funksjoner, men også at disse utføres i samarbeid med klinikerne. Viktige grunner til at hjelpeforståelsen er vanskelig å utfordre, er at den bidrar til å forsvinne kontoransattes arbeid gjennom å gjøre det til personlige egenskaper og at den legitimerer nødvendig uformelt arbeid. Forståelsen kan utfordres gjennom å sette ord på og anerkjenne kontoransattes funksjoner på systemnivå, og dermed fagliggjøre kontoransattes arbeid som grunnlag for en mer likeverdig relasjon mellom kontoransatte og klinikere i selve arbeidet. En slik fagliggjøring må anerkjenne det uformelle og relasjonelle arbeidet og klinikernes behov for frirom. En analyse av hjelpeforståelsens ulike komponenter kan bidra til å gjøre den mindre massiv og åpne for flere forståelser.

10.2 Nytt av de analytiske begrepene

Funksjonene som er analysert fram, er i hovedsak i tråd med tidligere beskrivelser av kontoransattes arbeid. Kommunikasjon, utad og innad, problemløsning, organisering og administrering ble i kapittel 2 skissert som sentrale arbeidsområder. Alle disse områdene inngår i funksjonene som er skissert over. Undersøkelsen har imidlertid løftet fram funksjonene på systemnivå og også brakt inn nye områder som ikke tidligere har hatt like stor oppmerksomhet. Jeg vil nedenfor trekke fram noen punkter der de analytiske begrepene har bidratt til å løfte fram nye momenter i forståelsen av kontoransattes rolle og funksjon.

10.2.1 Handlinger, teknologi og nettverk

Bruken av ANT har bidratt til å holde fast ved et fokus på kontoransattes handlinger og dermed gjort det mulig direkte å utfordre ”væreforståelsen” i analysen av de ulike funksjonene. Teoriens likestilling av mennesker og ikke-menneskelige enheter har videre gjort det mulig å få øye på hvor sentral ulike former for teknologi er i kontoransattes arbeid. Begrepene teknologiens handlingsprogram og translasjoner har gjort det mulig å forstå at kontorfaglig ansatte ikke bare forvalter hele bredden av teknologi i klinikkene, de har også som oppgave å formidle mellom klinikerne og teknologien, både på system- og individnivå. Dette er en oppgave som er lite omtalt i litteraturen og som også har konsekvenser for forståelsen av selve kontorfaget.

Begrepet aktørnettverk har tydeliggjort bredden av faktorer, både menneskelige og ikke-menneskelige som innvirker på kontoransattes arbeid. Videre viser de konkrete nettverkene hvordan kontoransatte og klinikere virker inn på, og gir mening til, hverandres arbeids-

prosesser, og dermed betydningen av samspillet/samarbeidet mellom klinikerne og kontoransatte. Tilsvarende har begrepet løftet fram pasientenes direkte påvirkning på kontoransattes handlinger i sentralbord/resepsjonsfunksjonen og synliggjort at kontoransattes arbeid på organisasjonens grense gjøres i samspill både med pasienter og klinikere. Dette har bidratt til utfordring både av hjelpeforståelsen og støttefunksjonsbegrepet.

10.2.2 Styringsrasjonalitet og driftsrasjonalitet

Begrepene styrings- og driftsrasjonalitet har, sammen med ANT, gjort det mulig å forstå kontoransattes innrulling både i styringsnettverk og i aktørnettverk knyttet til det daglige pasientarbeidet. Videre har de to begrepene gjort det mulig å analysere hvordan kontoransatte gjør nøytralitet gjennom å balansere de to rasjonalitetstypene, en nøytralitet som er en forutsetning for at kontrollen kan gjøres og forstås som ”hjelp” til klinikerne. Kontoransatte opererer innafor stadig sterkere føringer fra myndighetene, samtidig krever det daglige pasientarbeidet stadig mer fordi presset øker. Styrings- og driftsrasjonalitet møtes i kontoransattes kropp, og de vever dem sammen, bl.a gjennom å gjøre styring som drift og kontroll som hjelp. Forankringen i driftsrasjonalitet gjør at de kan fungere som buffer mot styringsrasjonalitetens inntog i det daglige pasientarbeidet, dette krever imidlertid et visst handlingsrom. Samtidig bidrar de til at styringen aksepteres. Reaksjonene som likevel kommer til uttrykk i klinikkene rundt tallstyringen kan forstås som motsetninger mellom styringsrasjonalitet i NPM- utgave og driftsrasjonalitet. Både styringsrasjonalitetens integrasjon i pasientregistreringsprogrammet og kontoransattes sammenveving av styring og drift kan også bidra til å gjøre det vanskeligere for klinikerne å reise en faglig debatt om styringsregimet. I en tid da styringsrasjonaliteten får stadig større innpass, blir det avgjørende både for organisasjoner og pasienter/brukere å sikre at kontoransattes forankring i driftsrasjonalitet videreføres, både gjennom direkte pasientkontakt og nært samarbeid med klinikerne rundt det daglige pasientarbeidet. Dette er i tråd med Wichroskis (1994) forståelse av at kontoransatte spiller en viktig rolle i avgiftning av byråkratiet, gjennom at regler må gjøres i praksis av mennesker.

Modellen til Berg, Hovde og Heen (2002) opererer med styrings- og driftsrasjonalitet som motsetninger i alle organisasjoner. Resultatene i denne undersøkelsen viser at modellen kan utvides med en forståelse av at det kan finnes yrkesgrupper og praksis i organisasjoner som fungerer til å veve disse rasjonalitetsformene sammen og dempe og/eller legge lokk på motsetninger mellom dem.

10.2.3 Å hindre at arbeid forsvinner

Utfordringen fra Fletchers forståelse har, som presentert i kap. 3, vært å finne sterke begreper for kontoransattes funksjoner som inkluderer, og ikke forsvinner, relasjonelt arbeid. Denne utfordringen har bidratt til å holde fokus på at det ikke er selve det uformelle og relasjonelle arbeidet som gjøres innenfor hjelpe- eller serviceforståelsen som skal utfordres og endres, men forståelsen av dette arbeidet og konteksten det gjøres innenfor. Begrepene som er brukt på de fem funksjonene som utgjør resultatet av denne studien, kan forstås som organisasjonsmessig sterke begreper; flyt, struktur/system, kontroll, kommunikasjonsknutepunkt og grenseovergang for pasienter/brukere er sentrale områder i moderne profesjonelle organisasjoner. Samtidig har alle disse begrepene etablerte forståelser som kan bidra til å forsvinne det relasjonelle arbeidet de innebærer og dermed svekke disse sentrale funksjonene. Studien viser at de fem funksjonene gjøres og må gjøres i et tett samspill med klinikerne der relasjonelt arbeid er en viktig komponent. Jeg har derfor i konklusjonen valgt beskrivelser av funksjonene som framhever samspillet med klinikerne, både på systemnivå og på individnivå.

Både Fletchers egne eksempler, og mine, innebærer imidlertid at også andre typer arbeid enn det relasjonelle forsvinner, både kunnskapsarbeid, informasjonsarbeid og skjønn. Fletcher kan, ved ensidig å definere det som relasjonelt arbeid selv stå i fare for å forsvinne disse andre sidene ved arbeidet. Begge mine undersøkelser viser at kontoransattes kunnskapsarbeid og skjønn i like stor grad forsvinner som de relasjonelle sidene ved arbeidet, som f.eks. oppbyggingen av en uformell kunnskapsbase og vurderingene som gjøres på sentralbordet.

10.3 Implikasjoner

10.3.1 Generalisering til andre profesjonelle organisasjoner

Jeg har i 5.2 argumentert for at kontoransatte i BUP-feltet opererer i en kontekst som de har felles med kontoransatte i andre profesjonelle organisasjoner, og at resultatene ville være egnet for generalisering til andre felt. Ingen av funksjonene som inngår i konklusjonen er spesifikke for BUP, men bør kunne ha relevans for andre profesjonelle organisasjoner. Lincoln og Guba (1985) argumenterer for Cronbachs begrep ”arbeidshypotesen” (Cronbach 1975 sitert i Lincoln & Guba, 1985, s. 122), som innebærer at resultater i kvalitative studier kan fungere som arbeidshypoteser, både for videre studier og for overføring til andre felt, som kan testes ut både i praksis og videre forskning. Begrepene må uansett brukes som innfallsvinkler til konkrete analyser i andre kontekster. Videre har jeg argumentert for at studien også kan forstås som testing av en hypotese om at støttefunksjon ikke er en adekvat

beskrivelse, og at dersom den ikke passer på BUP, som er en typisk profesjonell organisasjon, er det vanskelig å se hvor den skulle være gyldig. Siden resultatene i studien tydelig står i motsetning til støttefunksjonsbegrepet, innebærer dette at det er sannsynliggjort at begrepet heller ikke passer for andre profesjonelle organisasjoner.

10.3.2 Implikasjoner for organisasjonsendringer

Resultatene av undersøkelsen viser at kontoransatte har funksjoner som er knyttet til sentrale prioriteringer i dagens organisasjoner: flyt, struktur, kontroll, kommunikasjon/informasjon og behandling av pasienter/klienter/brukere, og at disse gjøres i nær relasjon til klinikerne i det daglige arbeidet. Kontoransattes arbeid er derfor ikke nødvendigvis egnet for standardisering. Om kontoransatte i større eller mindre grad trekkes ut av klinikkene eller det nære samarbeidet med klinikerne, vil disse funksjonene bli skadelidende. Støttefunksjonsbegrepet står ikke bare i veien for forståelsen av kontoransattes arbeid, men manglende forståelse kan føre til organisasjonsendringer med direkte skadelige konsekvenser, slik nedskjæring i antall legesekretærer ved Sykehuset Asker og Bærum trolig bidro til at flere hundre pasienter ikke fikk behandlingen de hadde krav på. En implikasjon av denne undersøkelsen er derfor at det er nødvendig med grundige analyser av hvilke konsekvenser organisasjonsendringer har for kontoransattes funksjoner. Dette gjelder ikke bare ved nedskjæringer i antall kontorfaglig ansatte eller omorganisering av deres arbeid, men ved alle organisasjonsendringer som berører forutsetningene for kontoransattes samspill med andre faggrupper og med pasienter/brukere. Fordi så mye av arbeidet er uformelt og ikke anerkjent, er det i slike situasjoner ikke nok å foreta kartlegginger av hva kontoransatte selv sier de gjør; det er nødvendig å analysere selve arbeidet og funksjonen det har for organisasjonen. I dette arbeidet kan funksjonene som er analysert fram i denne oppgaven være et nyttig utgangspunkt. Det er sjølsagt også mulig å tenke seg organisasjonsendring som bevisst tar sikte på å styrke disse funksjonene.

Denne studien kan videre gi kontoransatte og ledere et språk for å oppsummere viktige lokale erfaringer med organisering av kontoransatte inn i virksomheten, slik at disse kan formidles oppover på en måte som kan nedfelle seg i ny forståelse av kontoransattes rolle høyere opp i hierarkiene, f.eks. i helseforetakene og bidra til å forebygge uønskede endringsforslag. På dette nivået er det tilsynelatende det gamle støttefunksjonsbegrepet som eksplisitt eller implisitt råder grunnen, og som en trekker på ved organisasjonsendringer. Dette kommer til uttrykk både i forslag til nedskjæringer i antall helsesekretærer uten konsekvensanalyse og

ulike varianter av sentralisering av kontoransatte, enten det er i pooler, servicesentre eller under ledelse utenfor lokal organisasjon, men også i at det er skåret ned på kontorfaglig ansatte som jobber på det operative nivået/i tilknytning til det kliniske arbeidet, samtidig som antallet administrativt ansatte langt unna pasientene har økt dramatisk (Simenstad & Røset, 24.02.2012). Dette kan ha bidratt til å endre balansen i forholdet mellom styring og drift, svekket bufferne og gjort det mulig for styringsrasjonaliteten å invadere klinikerne. En implikasjon av denne studien er at en slik utvikling bør analyseres i forhold til konsekvensene for flyt, struktur, kontroll nedenfra, kommunikasjon/informasjon og pasientbehandling.

10.3.3 Videre forskning

Denne studien tematiserer kontoransattes funksjoner i klinikkene og konsentrerer seg i stor grad om det som er felles. Det ville imidlertid også være interessant å studere forskjeller mellom klinikkene nærmere, særlig forskjeller i organisering av kontoransattes arbeid i forhold til klinikerne, for å se på konsekvenser for funksjonene. Også forskjeller i bruk av teamsekretærer og forskjeller i fysisk plassering av kontoransatte kan være relevant. Siden funksjonene er lite tematisert er det også aktuelt med utviklingsprosjekter der en bevisst legger forholdene til rette for å utvikle funksjonene som er analysert fram i denne oppgaven. Denne undersøkelsen har videre ikke tatt opp kontoransattes arbeid for ledere og mellomledere; det er derfor aktuelt å undersøke hvordan disse forstår kontoransattes funksjon som utgangspunkt for et slikt utviklingsarbeid. For videre arbeid med å utfordre hjelpeforståelsen kan det være aktuelt med en diskursteoretisk tilnærming, for å gå videre på *hvordan* klinikere og kontoransatte snakker om hverandre og samhandlingen for å finne åpninger for andre måter å snakke på.

For å prøve ut relevansen for andre profesjonelle organisasjoner, kan det være aktuelt å teste begrepene på andre avdelinger i sykehus, eller i skoler og på universitet. Det hadde også vært spennende å prøve ut i hvilken grad begrepene kan være nyttige i helt andre typer organisasjoner og dermed si noe om kontorfaget som helhet. Ikke minst ville det være aktuelt å undersøke endringsprosesser i profesjonelle organisasjoner i lys av resultatet av denne undersøkelsen.

Litteraturliste

- Aamodt, L. (1997). *Den gode relasjonen - støtte, omsorg eller anerkjennelse?* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Ames, L. J. (1996). Contrarities at work: Women's resistance to bureaucracy. *NWSA Journal*, 8(2), 37-51.
- Andenæs, A. (2005). Fra undersøkelsesobjekt til medforsker? Livsformsintervju med 4-5 åring. *Nordisk Psykologi*, 43(4), 274-292.
- Andersen, S. S. (1997). *Case-studier og generalisering: forskningsstrategi og design*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Armstrong, P., Armstrong, H., & Scott-Dixon, K. (2008). *Critical to care: The invisible women in health services*. Toronto: University of Toronto Press.
- Beck-Jørgensen, B. (1997). Symbolsk orden og hverdagskultur. I A. D. Christensen, A.-B. Ravn & I. Rittenhofer (Red.), *Det kønnede samfunn: forståelser av køn og social forandring* (s. 109-135). Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Berg, A. M., Heen, H., & Hovde, S. (2002). *Kvalitetsbyråkratiet – mellom autonomi og kontroll*. (Arbeidsforskningsinstituttets skriftserie 11). Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Bertelsen, P. (2005). *Hvad laver lægesekretærene, når de ikke er sekretærer for lægerne?* Aalborg: Aalborg Universitet.
- Bowker, G. C., & Star, S. L. (2000). *Sorting things out; classification and its consequences*. Cambridge Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology.
- Braverman, H. (1974). *Labor and monopoly capital: The degradation of work in the twentieth century*. New York og London: Monthly Review Press.
- Charmaz, K. (2005). Grounded theory in the 21st century. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (s. 507-535). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dagsrevyen. (24.01.2010). Intervju med overlege og tillitsvalgt Tom Henri Hansen. Oslo: NRK.
- Davies, M. W. (1982). *Woman's place is at the typewriter: office work and office workers 1870-1930*. Philadelphia: Temple University.
- Dey, I. (2007). Grounded theory. I C. Seale, G. Gobo, J. F. Gubrium & D. Silverman (Red.), *Qualitative Research Practice* (s. 80-93). London: Sage.
- Erickson, E. (2000). Supporting interdisciplinary design: towards pattern languages for workplaces. I P. Luff, J. Hindmarsh & C. Heath (Red.), *Workplace studies: recovering work practice and informing system design* (s. 252-259). Cambridge: Cambridge University Press.
- Evans, M. K. (1987). Department secretaries: Unsung heroines in the resolution of professional-organizational conflict. *Human Organization*, 46(1), 62-69.
- Fletcher, J. K. (1999). *Disappearing acts: gender, power and relational practice at work*. Cambridge, MA: The MIT Press
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of culture*. New York, NY: Basic Books.
- Gjertsen, A. (2007). Åpenhet og helhet ti år etter. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(6), 775-760.
- Glaser, B. G. (1978). *Theoretical sensitivity*. Mill Valley, CA: The Sociology Press.
- Greenbaum, J. (2004). *Windows on the workplace: technology, jobs, and the organization of office*. New York, NY: Monthly Review Press.

- Haavind, H. (1987). *Liten og stor: mødres omsorg og barns utviklingsmuligheter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hellawell, D. (2006). Inside-out: analysis of the insider-outsider concept as a heuristic device to develop reflexivity in students doing qualitative work. *Teaching in Higher Education*, 11(4), 483-494.
- Helse Sør-Øst RHF. (2009). Nye brevmaler ved svar på henvisning. Brev til Helseforetakene i Helse Sør-Øst.
- Helsedirektoratet. (2008). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale mål og prioriterte områder for 2009*. (Rundskriv 1 2009). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-mal-og-hovedprioriteringer-for-2009/Publikasjoner/nasjonale-mal-og-hovedprioriteringer-for-2009.pdf>
- Hockey, J. (1993). Research methods: researching peers and familiar settings. *Research papers in education*, 8(2), 199-225.
- Hoffmann, U. (1989). *Sekreteraren bakom allt: en väg till synliggörande*. Stockholm: Arbetslivscentrum.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons. *Public Administration*, 69(Spring), 3-19.
- Hovland, J. (2011). Numbers: their relation to power and organization. I S. A. Rudinow, H. M. Lomell & S. Hammer (Red.), *The mutual construction of statistics and society* (s. 21-40). New York, NY: Routledge.
- Hughes, K. D. (1996). Transformed by technology? The changing nature of women's "traditional" and "non-traditional" white-collar work. *Work, Employment and Society*, 10(2), 227-250.
- Janesick, V. J. (2000). The choreography of qualitative design; minuets, improvisations, and crystallization. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *Handbook of Qualitative Research* (2 utg., s. 379-399). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Janik, A. (1996). *Kunskapsbegreppet i praktisk filosofi*. Stockholm: Symposion.
- Jensen, S. (2006). *Fra uunnværlige enkeltpersoner til faggruppe i et tverrfaglig samarbeid?* Oslo: Nic Waals Institutt, Lovisenberg Diakonale sykehus.
- Jensen, S. (2007). Jakten på kontoransatte kvinners kompetanse. *Materialisten*, 38(4), 54-68.
- Jensen, S. (2008). Når samhandling forstås som hjelp: Forholdet mellom kontoransattes kompetanse og samhandlingen med klinikerne i psykisk helsevern for barn og unge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(2), 133-140.
- Jensen, S. (2010). Taking the analysis one step further. *Qualitative research in psychology*, 7(4), 281-298.
- Johannessen, K. S. (1999). *Praxis og tyst kunnande*. Stockholm: Dialoger.
- Kamberelis, G., & Dimitriadis, G. (2005). Focus groups: strategic articulations of pedagogy, politics and inquiry. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *The Sage handbook of Qualitative Research?* (3 utg., s. 887-907). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kanter, R. M. (1977). *Men and women of the corporation*. New York, NY: Basic Books.
- Kennelly, I. (2006). Secretarial work, nurturing, and the ethic of service. *NWSA Journal*, 18(2), 170-192.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of focus groups: The importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness*, 16(1), 103-121.
- Kitzinger, J., & Farquhar, C. (1999). The analytical potential of "sensitive moments" in focus group discussions. I R. S. Barbour & J. Kitzinger (Red.), *Developing Focus Group Research* (s. 156-172). London: Sage.
- Krueger, R. A. (1998). *Moderating focus groups*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Labaree, R. V. (2002). The risk of "going observationalist": negotiating the hidden dilemmas of being an insider participant observer. *Qualitative Research*, 2(1), 97-122.
- Latour, B. (1995). Social theory and the study of computerized work sites. I W. J. Orlikowski, G. Walsham, M. R. Jones & J. I. DeGross (Red.), *Information technology and changes in organizational work* (s. 295-307). London: Chapman & Hall.
- Latour, B. (1999). On recalling ANT. I J. Law & J. Hassard (Red.), *Actor network theory and after* (s. 15-25). Oxford: Blackwell
- Latour, B. (2007). *Reassembling the social: an introduction to actor-network-theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Law, J. (1999). After ANT: complexity, naming, topology. I J. Law & J. Hassard (Red.), *Actor network theory and after* (s. 1-14). Oxford: Blackwell
- Lie, M., & Rasmussen, B. (1983). *Kan "kontordamene" automatiseres? Rapport fra prosjektet Kontorautomatisering og kvinnearbeidsplasser*. Trondheim: Institutt for industriell miljøforskning, SINTEF-NTH.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.
- Lines, K. (2007). *Management information systems in health care; politics and the dynamics of legitimacy*. Steinkjer: Høgskolen i Sør-Trøndelag, Copenhagen Business School.
- Lockhart, L. (2010). *Gender, identity and occupational segregation: An interpretative study of secretaries and administrative assistants*. Doctor of Philosophy, Alliant International University, San Francisco.
- Lowe, G. S. (1987). *Women in the administrative revolution: the feminization of clerical work*. Toronto ON: University of Toronto Press.
- Madill, A., Jordan, A., & Shirley, C. (2000). Objectivity and reliability in qualitative analysis: Realist, contextualist and radical constructionist epistemologies. *British Journal of Psychology*, 91(1), 1-20.
- Maxwell, J. A. (1996). *Qualitative research design* (2. utg.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- McNally, F. (1979). *Women for hire: A study of the female office worker*. London: MacMillan Press
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on management; inside our strange world of organizations*. New York, NY: The Free Press.
- Mintzberg, H., & Hayden, L. V. d. (1999). Organigraphs: Drawing how companies really work. *Harvard Business Review*, 77(5), 87-94.
- Monteiro, E. (2000). *Actor-Network Theory and information infrastructure*. Hentet fra <http://www.idi.ntnu.no/~ericm/ant.FINAL.htm>
- Morgan, D. L. (1998). *Planning focus groups*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Norsk Pasientregister. (2009). *Veileder for registrering av aktivitetsdata i psykisk helsevern*. Oslo: Helsedirektoratet
- Paulsen, B., & Leonhardsen, A. (2000). *Intern delegering ved legekantor som strategi for forbedring av legenes arbeidssituasjon*. Trondheim: NIS Helsetjenesteforskning.
- Potter, J., & Hepburn, A. (2005). Qualitative interviews in psychology: problems and possibilities. *Qualitative Research in Psychology*, 2(4), 281-307.
- Pringle, R. (1989). *Secretaries talk: sexuality, power and work*. London: Verso.
- Rantalaiho, L. (1990). Office work as women's work. *The Polish Sociological Bulletin*, 29(2), 63-74.
- Regjeringen. (2003). *... sammen om psykisk helse... Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse*. Oslo: Helsedepartementet
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner; Ideer som former det 21. århundres organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Sehested, K. (2002). How new public management reforms challenge the roles of professionals? *International journal of public administration*, 25(12), 1513-1537.
- Simenstad, L. M., & Røset, H. H. (24.02.2012). Målemani i Sykehus-Norge. *Klassekampen*.
- Simonton, D. (1998). *A history of European women work*. London: Routledge.
- Skau, G. (2003). *Mellom makt og hjelp: om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Smith, J. A. (2003). Validity and qualitative psychology. I *Qualitative psychology; a Practical Guide to Research Methods* (s. 232-249). London: Sage.
- Solbrække, K. N. (1999). *Noen ganger er det all right* (Arbeidsnotat 2/99). Oslo: Senter for kvinneforskning, Universitetet i Oslo.
- Sommerschild, H., & Moe, E. (2005). *Da barnepsykatrien kom til Norge: beretninger ved noen som var med*. Oslo: Universitetsforlaget.
- St.melding nr. 25. (1996-1997). *Åpenhet og helhet: om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet
- St.prp. nr. 63. (1997-1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006* Oslo: Sosial- og helsedepartementet
- Statistisk sentralbyrå. (2011). *Rettledning i yrkeskoding for helseforetak*. Hentet fra http://www.ssb.no/emner/06/yrke/rettledning_helseforetak.html
- Stewart, D. W., Shamdasani, P. N., & Rook, D. W. (2007). *Focus groups; theory and practice*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1994). *Grounded theory methodology: an overview*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Suchman, L. A. (1983). Office procedure as practical action: Models of work and system design. *Transactions on Office Information Systems*, 1(4), 320-328.
- Suchman, L. A. (2000). Making a case: "knowledge" and "routine" work in document production. I P. Luff, J. Hindmarsh & C. Heath (Red.), *Workplace studies; recovering work practice and informing system design* (s. 29-45). Cambridge: Cambridge University Press.
- Suchman, L. A. (2007). *Human-machine reconfigurations: plans and situated actions* (2nd. utg.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Svendsen, K. L. (2005). Troms; det store spranget. I H. Sommerschildt & E. Moe (Red.), *Da barnepsykatrien kom til Norge; beretninger ved noen som var med* (s. 198-205). Oslo: Universitetsforlaget.
- Truss, C., Goffee, R., & Jones, G. (1995). Segregated occupations and gender stereotyping: A study of secretarial work in Europe. *Human Relations*, 48(11), 1331-1354.
- Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur*. Sandefjord: Seek.
- West, C., & Zimmerman, D. H. (1987). Doing gender. *Gender and Society*, 1(2), 125-151.
- Wichroski, M. A. (1994). The secretary: Invisible labor in the workworld of women. *Human Organizations*, 53(1), 33-43.
- Wikipedia. (2011a). *Hub*. Hentet fra <http://no.wikipedia.org/wiki/Hub>
- Wikipedia. (2011b). *Hub (datanettverk)*. Hentet fra [http://no.wikipedia.org/wiki/Hub_\(datanettverk\)](http://no.wikipedia.org/wiki/Hub_(datanettverk))
- Wynn, E. H. (1979). *Office conversation as an information medium*. University of California, Berkeley, Berkeley, CA.
- Yardley, L. (2000). Dilemma in qualitative health research. *Psychology and Health*, 15(2), 215-228.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research: design and methods* (3. utg.). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Ytterhus, A., & Lossius, M. (2008). Da data`n kom til BUP: BUP-datas historie til NFBUIs 50-årsjubileum. I O. A. Rostad & K. Wigers (Red.), *Festskrift i anledningen NFBUIs 50-årsjubileum 2008*. Trondheim: NFBUI.
- Øgård, M. (2005). New Public Management - fornyelse eller fortapelse av den kommunale egenart? I H. Baldersheim & L. E. Rose (Red.), *Det kommunale laboratorium* (2 utg., s. 25-49). Bergen: Fagforlaget.

(Intervjuguiden gikk gjennom mange endringer, og dette er slik den endte opp i de siste intervjuene. Oppfølgingen var bare veiledende, andre ting kunne dukke opp i samtalen).

Vedlegg 1 Intervjuguide

Velkommen til dette fokusgruppeintervjuet som skal handle om samhandlingen mellom kontoransatte og klinikere i BUP. Dette er et forprosjekt i arbeidet med masteroppgaven min i Velferdsforvaltning ved Høgskolen i Lillehammer med tema kontoransattes rolle.

For øvrig er jeg konsulent på NWI og studieleder på R.BUP for videreutdanningen for kontoransatte. Jeg har tidligere intervjuet kontoransatte om samhandlingen med klinikere og ønsker nå å forstå mer om hvordan samhandlingen gjøres fra klinikernes perspektiv.

Aller først vil jeg be om samtykke til å ta opp dette intervjuet på bånd, dele ut.

Spørre om de har fått informasjonsskrivet.

Understreke at materialet vil anonymiseres, og det vil ikke være mulig å føre synspunkter tilbake til den enkelte deltaker eller den enkelte klinikk. Hvem som deltar i fokusgruppene er konfidensielt, men dere står sjølsagt fritt til å fortelle at dere selv har vært med. Prosjektet er meldt til personvernombudet, og data vil bli behandlet etter deres retningslinjer

Jeg vil understreke at fokus i intervjuet vil være hva dere som klinikere gjør og tenker i samhandling med kontoransatte. For å få fram samspillet gjennom konkrete eksempler vil dere imidlertid også måtte snakke om hva den enkelte kontoransatte gjør i samspillet, kanskje også i tilfelle der ikke alt går på skinner. Dette vil være opplysninger om tredjeperson, og det kan i noen tilfelle også være personer jeg kjenner. Jeg vil derfor be dere la være å bruke navn. Jeg forutsetter også at dere respekterer konfidensialiteten og ikke bringer videre det som blir sagt her slik at dere fritt kan tenke høyt. Jeg vil understreke at jeg ikke er ute etter å *vurdere* kontoransattes arbeid, og ikke deres heller for den saks skyld – det er klinikers måte å gjøre og forstå samspillet på som jeg er interessert i.

Opplegget for samtalen vår bygger på min erfaring med at samhandlingen mellom kontoransatte og klinikere i liten grad er et emne som snakkes om, men tas for gitt. Jeg vil derfor prøve å få til at vi går så tett på det praktiske arbeidet som mulig med utgangspunkt i de eksemplene dere har notert på skjemaet dere har fått tilsendt, ev. andre eksempler dere vil trekke fram. Poenget med fokusgrupper er at dere som deltakere i så stor grad som mulig snakker med hverandre og utvikler synspunkter og refleksjoner, istedenfor å rette svarene til meg. Jeg håper å få til at dere sammen kan **utforske hva klinikere gjør i samhandlingen**

med kontoransatte – og hjelpe hverandre med spørsmål om hva dere gjør, hvordan dere gjør det, hvorfor og i hvilken kontekst. Hva er det dere gjør når dere gjør det dere gjør? Hvis vi får mer tid, vil jeg også stille noen tematiske spørsmål til diskusjon og refleksjon. Vi vil holde på med selve intervjuet fram til (1 ½ time).

1. Aller først, kan dere si noe kort om deres egen bakgrunn, hvor lenge dere har jobbet i BUP og i hvilken grad dere har hatt lederposisjoner?

2. Vi skal nå gå inn på dagens tema. Før vi går inn på de konkrete situasjonene, kan dere si noe om hvordan det var å bruke skjemaet og om dere gjorde dere noen tanker underveis eller etterpå?

3. Jeg vil nå be dere om å fortelle konkret om hvordan de enkelte kontaktene dere har notert, forløp og hva dere tenkte. Det er fint om dere kan veksle på å ta en situasjon av gangen og hjelpe hverandre med å utforske hva som gjøres og hvorfor det gjøres akkurat slik. Kanskje gjøres det annerledes hos dere andre. *Oppfølging - hva dere gjorde og hva de kontoransatte gjorde, og om dere har noen tanker om situasjonen i ettertid. Om og hvorfor det gjøres forskjellig.*

4. Dere har nå gitt noen/en del/mange eksempler på samhandling, oppfatter dere disse som dekkende for kontakten dere har med kontoransatte eller vil dere trekke fram noen flere eksempler?

(BUP-data, _support, praktisk hjelp, organisering, sentralbord/resepsjon, journalhåndtering, registrering, opplæring, hvordan gjør vi det her)

Oppfølging om BUP-data – ev. hvorfor det kommer så lite fram.

5. I min undersøkelse av kontoransatte er det en kontorgruppe som har som motto i forhold til klinikerne: Bruk oss, men ikke misbruk oss! Har dere eksempler på noe som ligger utenfor eller på grensen av det dere kan spørre kontoransatte om?

6. I mange klinikker har kontoransatte som oppgave å følge opp registrering og minne klinikerne på registreringer som ikke er gjort. Hvordan får dere slike påminninger og hva tenker dere når dere får dem? *Oppfølging: hva tror dere kontoransatte tenker om dere spesielt og klinikerne generelt når de sender ut slike meldinger? 2: Lese et sitat fra en informant i min undersøkelse om strategier kontoransatte har overfor klinikere og at noen ignorerer dem.*

7. I hvilken grad tenker dere at begrepene kontroll, hjelp og samarbeid kan brukes som beskrivelse av forholdet mellom kontoransatte og klinikere?

Oppfølging: Tenker dere at det kan ha noen konsekvenser om en forstår samhandlingen som hjelp eller som samarbeid?

Vedlegg 2 Skjema til informantene

Kontakter med kontoransatte

Sett en strek for hver kontakt

Direkte

kontakt:	Fra meg	Fra kontorans.	Hvor	Stikkord om innholdet
beskjed				
oppdrag				
Spørsmål/svar				
Diskusjon/ problemløsning				
annet				

Telefon:

	Stikkord om innholdet			
beskjed				
oppdrag				
spørsmål/svar				
Diskusjon/ problemløsning				
annet				

E-post:

beskjed				
oppdrag				
Spørsmål/svar				
Diskusjon/ problemløsning				
annet				
Annet:				

Vedlegg 3 Godkjenning av forprosjektet

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Anne Marie Berg
Avdeling for helse- og sosialfag
Høgskolen i Lillehammer
Postboks 952
2626 LILLEHAMMER

Vår dato: 22.03.2010

Vår ref: 23898 / 2 / LT

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 26.02.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

23898

Behandlingsansvarlig

Daglig ansvarlig

Student

Klinikeres samhandling med kontoransatte i Psykisk helsevern for barn og unge

Høgskolen i Lillehammer, ved institusjonens øverste leder

Anne Marie Berg

Siri Jensen

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

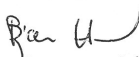
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Siri Jensen, Postboks 43 Tåsen, 0801 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svuit.no



Prosjektet omfatter intervju med 6-12 klinikere fra poliklinikker i BUP i Oslo/Akershusområdet.

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet finner i utgangspunkt skrivet tilfredsstillende, men forutsetter at følgende tilføyes:

- navn og kontaktinformasjon til veileder
- dato for prosjektslutt, her 01.06.2012.

Personvernombudet ber om at revidert skriv ettersendes før det tas kontakt med utvalget.

Intervjuene tas opp på lydbånd og behandles elektronisk. Det samles inn og registreres opplysninger om bl.a. navn, arbeidssted, hvordan samhandlingen mellom kontoransatte og klinikere foregår i klinikkene. Prosjektleder har ikke lagt ved endelig kopi av intervjuguide, så personvernombudet forutsetter at denne ettersendes ombudet før intervjuene tar til.

Innsamlete opplysninger registreres på pc i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende Høgskolen i Lillehammer.

Innsamlete opplysninger anonymiseres ved prosjektslutt, senest 01.06.2012. Med anonymisering innebærer at navnelister slettes/makuleres, og ev. kategorisere eller slette indirekte personidentifiserbare opplysninger. Lydbånd makuleres.

Vedlegg 4 Godkjenning av hovedprosjektet

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Anne Marie Berg
Avdeling for helse- og sosialfag
Høgskolen i Lillehammer
Postboks 952
2604 LILLEHAMMER

Vår dato: 16.12.2010

Vår ref: 25675 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.12.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

25675	<i>Kontoransattes rolle i psykisk helsevern for barn og unge - mellom driftsrasjonalitet og styringsrasjonalitet?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Lillehammer, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Anne Marie Berg</i>
Student	<i>Siri Jensen</i>

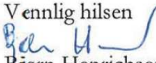
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.08.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henriksen


Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 25 83
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Siri Jensen, H. Sørensenvei 29, 1065 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no