

ATM

Autonomy, Transparency and Management

Reform dynamics in health care: a comparative research program

Kari Ilebekk

Helsesekretærer i klinisk virksomhet Sørlandet sykehus HF

**Hvilke faktorer påvirker denne rollen?
I hvilken retning endres rollen?**

**ATM – Skriftserie
Nr. 22/2008**

Forord

Autonomi, Transparens og Management (ATM) Et forskningsprosjekt omkring ledelse og organisering i helsetjenestene

Ansvar for sykehusene i Norge ble fra og med 1. januar 2002 overført fra fylkene til staten. Fem regionale helseforetak ble etablert. I tillegg er det gjennomført reformer som omfatter alt fra pasientrettigheter til finansieringsordninger til enhetlig ledelse. Formålet med ATM-prosjektet ved Rokkansenteret er å studere slike reformer og endringsprosesser i den norske helsesektoren. I studiet av de aktuelle reformene brukes de tre begrepene Autonomi, Transparens og Management.

Med AUTONOMI siktes det til ambisjonen om å etablere autonome organisasjonsenheter og resultatenheter på lavere nivå, samtidig som man sentraliserer eierskapet til stater og regioner. TRANSPARENS; her siktes det til ambisjoner om å redusere kostnader og bidra til pasientens frie valg gjennom tiltak for økt grad av gjennomsiktighet og innsyn i ressursbruk og kvalitet. Den tredje typen reformambisjoner dreier seg om å innføre MANAGEMENT – det vil si at det skal utvikles en mest mulig profesjonell og entydig lederrolle på alle nivåer i helsevesenet. Samlet sett bidrar disse reformambisjonene til et sterkt press for omstilling, samtidig som konsekvensene på det praktiske planet er tildels motstridende og uoversiktlige.

I prosjektet gjøres det analyser av ulike former for organisasjon og ledelse, blant annet med hensyn til mulige konsekvenser for effektivitet, kvalitet og legitimitet i helsetjenestene. Det gjøres sammenligninger med Sverige og Danmark med sikte på å oppnå bedre forståelse for de aktuelle endringsprosessene. Det praktiske siktemålet med prosjektet er å utvikle forskningsbasert kunnskap omkring helsevesenets struktur og historie, bidra til å forstå aktuelle endringsprosesser og hvordan reformer ”virker” i praksis. Det er også et mål å bidra til kompetanseutvikling innenfor organisasjon og ledelse i helsevesenet, slik at helseinstitusjonene kan forbedre tjenesteytingen og kommunikasjonen mellom foretakene og befolkningen.

I prosjektet har det vært utviklet forskningsgrupper, nettverk og forskningsseminar der både praktikere, forskere og studenter har deltatt. Formidling av resultater fra forskningen skjer fortløpende på nettsidene til prosjektet (Se <http://www.polis.no>). Der formidles også resultater fra internasjonale forskningsseminarer og prosjekter der forskerne på ATM-prosjektet inngår, samt at det orienteres om åpne forskningsseminarer, formidlingsseminar og nettverksseminar.

Haldor Byrkjeflot
Prosjektleder

Kari Ilebekk har master.pol grad med masteroppgave i Offentlig politikk og ledelse fra Høgskolen i Agder. Denne rapporten er en gjengivelse av masteroppgaven hennes fra 2007 som er skrevet i tilknytning til polis- vest nettverket. Ilebekk har tidligere arbeidet som helsesekretær og arbeider nå i personalavdelingen i Post- og teletilsynet.

Førord

Med bakgrunn som sekretær ved Sørlandet Sykehus HF har jeg opparbeidet en generell interesse for situasjonen til sekretærene i klinisk virksomhet ved Sørlandet Sykehus. Det er blant annet på bakgrunn av disse erfaringene jeg har valgt dette emnet for min masteroppgave. Arbeidet med denne oppgaven har gitt meg en større forståelse og bedre innsikt i flere forhold ved sekretærenes situasjon, og i helsevesenet generelt. Det har vært en til tider vanskelig prosess, spesielt i forhold til at det er mange uavklarte forhold knyttet til sekretærenes fremtidsutsikter. Arbeidet med prosjektet har vært svært lærerikt, og jeg har fått et annet syn på sekretæryrket enn jeg hadde tidligere. Først og fremst har jeg skjönt at sekretæryrket er langt viktigere for organisasjonen enn jeg tidligere mente. Dette har vært en aha-opplevelse for meg, fordi jeg spesielt har fått øynene opp for hvor avhengig Sørlandet Sykehus HF er av sekretærene og det koordinerende elementet gruppen utgjør, og hvilken viktig kunnskapsbase sekretærenes tause kunnskap er.

Jeg vil takke min veileder, Dag Olaf Torjesen, som har bistått meg med veiledning og gitt meg viktige innspill til litteratur og motivasjon. Videre vil jeg takke mine kolleger på Sørlandet Sykehus HF og andre informanter, som har gitt meg informasjon og råd i mitt forskningsprosjekt.

Kristiansand 31.05.07.

Innhold

1.0	Innledning	s. 7
1.1	Bakgrunn for undersøkelsen og problemstilling	s. 8
1.2	Oppsummering av funn i undersøkelsen	s. 10
1.3	Oppgavens oppbygging	s. 11
2.0	Metodedel	s. 12
2.1	Om å forske i egen organisasjon	s. 13
2.2	Utvalg av informanter	s. 15
2.3	Analyse av intervjuene	s. 16
2.4	Oversikt over kategorisering av opplysninger	s. 17
3.0	Indre og ytre kontekst i sykehuset	s. 17
3.1	Sørlandet Sykehus HF	s. 17
3.2	Nærmere beskrivelse av sekretærenes arbeidsprosess	s. 18
3.2.1	Hvilke oppgaver har legesekretærene?	s. 18
3.3	Utdanning, yrkestittel og arbeidsområde	s. 21
3.3.1	Økt arbeidstilfang som følge av økt kompetanse?	s. 22
3.3.2	Redusert arbeidstilfang som konsekvens av ny teknologi?	s. 22
4.0	Hva som påvirker sekretærenes rolle i lys av teori	s. 23
4.1	Organisering og innflytelse	s. 23
4.2	Er sykehus også preget av å være maskinbyråkrati?	s. 24
4.3	Hva betyr endringer i økonomisk styring i helseforetakene for helsesekretærene?	s. 26
4.4	Leger versus sykepleiere	s. 27

4.5	Endringsledelse	s. 29
4.6	Koordinering og ledelse	s. 31
5.0	Teknologi	s. 33
5.1	Teknologi og arbeidsoppgaver	s. 33
5.2	Arbeidsmiljøloven	s. 34
5.3	Elektronisk pasientjournal	s. 35
5.4	Andre elektroniske verktøy	s. 37
6.0	Å være i et kvinneyrke/profesjonsstudier	s. 38
6.1	Helsesekretærer og kjønnsaspektet	s. 38
6.2	Profesjonsstudier	s. 41
7.0	Sekretærenes fremtidsutsikter i lys av teori om det nye arbeidslivet.	s. 44
7.1	Det fleksible mennesket	s. 44
8.0	Analyse av intervjuer	s. 46
8.1.0	Teknologi og arbeidsoppgaver	s. 46
8.1.1	Analyse og diskusjon - Teknologi og arbeidsoppgaver	s. 47
8.1.2	Implementering av ny teknologi – både trussel og nye muligheter	s. 49
8.1.3	Følger av autorisasjon av helsesekretærer	s. 51
8.1.4	Undersøkelse Vikkelsø & Vinge	s. 53
8.1.5	Avsluttende diskusjon – Teknologi og arbeidsoppgaver	s. 55

8.2.0	Organisering og innflytelse	s. 57
8.2.1	Analyse og diskusjon - Organisering og innflytelse	s. 57
8.2.1.1	Sekretærenes fagforeninger	s. 58
8.2.1.2	Profesjoner og innflytelse	s. 60
8.2.2	Forskningsrådets resultatevaluering	s. 65
8.2.3	Avsluttende diskusjon – Organisering og innflytelse	s. 65
8.3.0	Pasientkontakt	s. 66
8.3.1	Analyse og diskusjon – Pasientkontakt	s. 66
8.3.1.1	Pasientkontakt og kjønnsaspektet	s. 66
8.3.1.2	Pasientkontakt og yrkesidentitet	s. 67
8.3.1.3	Pasientkontakt og det menneskelige aspektet	s. 67
8.3.1.4	Ledelsens oppfatning av pasientkontakt	s. 68
8.3.2	Avsluttende diskusjon – Pasientkontakt	s. 70
8.4.0	Å være i et kvinneyrke/profesjoner	s. 71
8.4.1	Analyse og diskusjon–Å være i et kvinneyrke/profesjoner	s. 71
8.4.1.1	Kjønn som et konstruert begrep	s. 72
8.4.1.2	Profesjoner	s. 75
8.4.2	Avsluttende diskusjon – Å være i et kvinneyrke/profesjoner	s. 76
8.5.0	Tanker om sekretærenes framtid.	s. 78
8.5.1	Analyse og diskusjon – Tanker om sekretærenes framtid	s. 79
8.5.1.1	Jobbmuligheter for helsesekretærer	s. 80

8.5.1.2	Fleksibilitet	s. 81
8.5.2	Videre fagplaner for helsesekretærene	s. 84
8.5.3	Avsluttende diskusjon – Sekretærenes framtidsutsikter	s. 85
9.0	Avsluttende diskusjon og konklusjoner	s. 87
9.1	Teknologi og arbeidsoppgaver	s. 87
9.2	Organisering og innflytelse	s. 89
9.3	Pasientkontakt	s. 96
9.4	Å være i et kvinneyrke/profesjoner	s. 98
9.5	Framtidsutsikter for sekretærgruppen	s. 101
10.0	Litteraturliste	s. 105
 Oversikt over modeller		
Modell 1.1		s. 10
Modell 4.1		s. 31

1.0 Innledning

Jeg har valgt å skrive min masteroppgave om rollen til sekretærene i klinisk virksomhet ved Sørlandet Sykehus HF. Interessen for denne gruppen av sykehusansatte har blant annet sammenheng med at jeg selv har arbeidet som sekretær ved sykehuset. Jeg har opparbeidet erfaringer i forhold til denne yrkesgruppens status og situasjon i forbindelse med pågående organisasjonsendringer. Sekretærene er en gruppe som må tilpasse seg endringer gjort av andre yrkesgrupper med større innflytelse. Sekretærene er relativt mange i antall, og de synes å ha en viktig rolle i forhold til å holde arbeidsflyten i gang på en avdeling. Gruppen er ellers lite synlig, da de fleste avgjørelser som tas angår kjerneaktiviteten (medisinsk diagnostisering og behandling) ved sykehuset. Sekretærene har også en viktig koordinerende rolle som gjør at jeg finner det interessant å studere gruppens innflytelse, status og fremtidsutsikter ved Sørlandet Sykehus HF. For det første vil den teknologiske utvikling kunne erstatte deler av sekretærenes arbeidsoppgaver. Blant legesekretærer synes det å være en utbredt frykt for fremtiden, blant annet fordi maskiner overtar flere av deres tradisjonelle oppgaver som arbeid med journaler, skriving av notater, ulike typer registrering osv. Konkret består denne utviklingen først og fremst av at ny teknologi som talegjenkjenning og elektronisk journal gjør sekretærene overflødige med hensyn til en del skrivetjeneste og journalbehandling. På bakgrunn av så vel teknologiske som organisatoriske endringer legesekretærene opplever, reiser det seg mange spørsmål. Det er på denne bakgrunn jeg er interessert i å finne ut hvilke faktorer som definerer sekretærenes arbeidsoppgaver, og hva slags rolle fremtidens sekretærer vil ha ved Sørlandet Sykehus HF.

Jeg har valgt å avgrense min problemstilling til å omfatte sekretærer i klinisk virksomhet ved Sørlandet Sykehus HF. Det er sekretærarbeid i klinisk virksomhet jeg finner interessant, i forhold til relasjoner til andre profesjoner, i forhold til teknologisk utvikling, og i forhold til fremtidsutsikter. Et svært viktig aspekt ved dette er at det er kun i klinisk virksomhet og i enkelte serviceavdelinger at sekretærene driver ekspedisjonsarbeid og personlig har kontakt med pasienter. Jeg oppfatter dette som en av de viktigste oppgavene sekretærene gjør, og ønsker derfor også å undersøke hvor viktig pasientkontakt egentlig er, både for sekretærene selv og for organisasjonen som helhet.

Jeg er interessert i sykehuset som organisasjon, og hvordan de tallrike endringsprosessene i pålagte reformer påvirker de ulike gruppene med sekretærene som utgangspunkt. Det er

spesielt interessant å se hvordan sekretærgruppen blir påvirket av ulike faktorer, og hvordan sykehusets toppledelse implementerer endringer som påvirker denne gruppen. Ambisjonen er videre å undersøke nærmere i hvor stor grad sekretærene blir representert, eventuelt tatt hensyn til, i beslutningsprosesser i sykehusledelsen. Det finnes ikke mye litteratur på området, og jeg har derfor blant annet valgt å bruke min egen erfaring som sekretær som en del av grunnlaget for studien, dvs. hva jeg har erfart og observert i forhold til legesekretærgruppen og sykehusorganisasjon gjennom egen praksis og yrkeserfaring.

1.1. Bakgrunn for undersøkelsen og problemstilling

På bakgrunn av at jeg selv har arbeidet som sekretær i flere år ved Sørlandet Sykehus HF, har jeg en oppfatning av at sekretærene kan være sentrale aktører i organisasjonsendringer. Grunnen til dette er blant annet at de er aktive i svært mange deler av et pasientforløp, og legger til rette for andre yrkesgrupper som gir pasientene direkte medisinsk behandling. De fleste organisasjonsendringer omhandler ikke sekretærene direkte, men er på et strategisk, overordnet nivå. Imidlertid fører de fleste endringer til at sekretærene må tilpasse seg og sørge for at endringene blir implementert i form av endrede rutiner. Her vil jeg gå nærmere empirisk til verks og finne ut hva sekretærenes egne synspunkter på endringsprosesser er, og hvilke innflytelsesmuligheter de selv erfarer i forhold til disse. På denne bakgrunn er min overordnede problemstilling: *Hvordan påvirkes helsesekretærrollen ved Sørlandet Sykehus HF av organisatorisk og teknologisk endring, og hva slags rolle vil denne yrkesgruppen få i fremtiden? Hvor stor betydning har det at sekretæryrket er et typisk kvinneyrke, og hvor viktig er sekretærenes pasientbehandling?*

Jeg har reist problemstillingene med bakgrunn i de utviklingstrekk jeg har kunnet observere og erfare. Jeg har en forhåndsantakelse om at det hovedsakelig er tre forhold som har størst innvirkning på sekretærenes rolle: Kompetanseutvikling, organisatorisk utvikling og teknologisk utvikling.

Egne erfaringer viser at sekretærene i liten grad ser ut til å ta del i organisatorisk utvikling ved sykehuset, og må i stor grad tilpasse seg ledes teknologiske og organisatoriske valg og endringer ovenfra. For å kartlegge sekretærenes nåværende situasjon og deres fremtidsutsikter har jeg valgt å se på enkelte utviklingsområder, og hvilke krav som stilles til sekretærgruppen i kjølvannet av disse. For det andre har jeg valgt å se på sammenhenger i

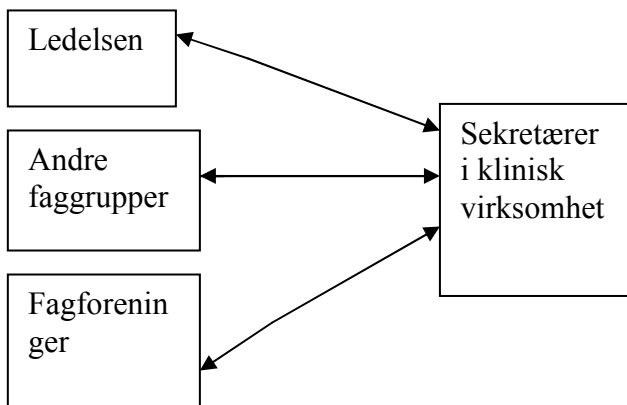
selve arbeidsprosessen til sekretærene i forhold til overordnede ledelsesmessige strategier og disposisjoner, for fullt ut å kunne forstå hvilken posisjon sekretærene har i organisasjonen Sørlandet Sykehus HF, og hvilke muligheter de har til å påvirke systemet. Som det fremgår av modell 1.1 har jeg vist hvilke andre grupper som kan innvirke på sekretærenes rolle. Modellen viser også at påvirkningen kan være gjensidig, og at sekretærenes arbeidssituasjon også kan påvirke grupper og profesjoner som deres arbeid er relatert til:

Ledelsen har ansvaret for å drive sykehuset på en ansvarlig måte og organisere driften hensiktsmessig og effektivt. Dette inkluderer også sekretærene og alle andre arbeidere underlagt sykehusledelsen. Ledelsen må drive sykehuset mest mulig effektivt med de ressurser de har fått tildelt. Måten de velger å gjøre dette på, og hvilke ledelsesstrategier de velger å bruke, har stor betydning for sekretærene. Dette fordi sekretærene må tilpasse seg endringer som blir gjort. Det er sjeldent at strategisk ledelse retter seg direkte mot legesekretærene.

Andre faggrupper har stor betydning for sekretærgruppen både direkte og indirekte. Dynamikken på avdelingen endres når nye faggrupper kommer til, eller arbeidsoppgaver overtas av andre faggrupper enn det som tradisjonelt har vært vanlig. Dette vil også påvirke sekretærene. Også i forhold til profesjonskonflikter ved avdelingen/avdelingskultur fordi deres relasjoner avgjør hvilke oppgaver som løses av hvem, og også hvilke oppgaver sekretærene gjør. Et eksempel på dette er den tradisjonelle konflikten mellom leger og sykepleiere. Når sykepleierne overtar noen av legenenes oppgaver, kan de frigjøre tid ved å la sekretærene gjøre noen av sine oppgaver. Slik blir sekretærene påvirket av andre faggrupper.

Fagforeninger fremstår som en svært viktig faktor i forhold til sekretærenes stilling. De fleste sekretærene ved Sørlandet Sykehus HF er organisert i fagforeninger, som arbeider for å gjøre sekretærenes status i organisasjonen sterkere, for å ivareta medlemmene i forhold til avtaleverk og arbeidslivets lovregulering. De aller fleste sekretærene i klinisk virksomhet ved Sørlandet Sykehus HF er organisert i KFO eller Fagforbundet.

Modell over sekretærenes posisjon ved Sørlandet Sykehus:



Modell 1.1

1.2 Oppsummering av funn i undersøkelsen

Et av hovedfunnene i denne masteroppgaven, er at sekretærene har liten innflytelse både på avdelingsnivå og på høyere nivåer i organisasjonen. Det er en gruppe med relativt lav status, som delvis er betinget av at det er et typisk kvinneyrke. I mitt case, som omhandler Sørlandet Sykehus HF, er det ingen menn som arbeider som sekretærer i klinisk virksomhet. Kjønnaspektet er svært viktig for sekretærene, og det viser seg at både sekretærene selv og andre informanter alle bruker dette som en forklaring på hvorfor sekretæryrkets status er relativt lav. Fagansvarlig ved en videregående skole hevder langt på vei at sekretærene i større grad må la kjønnsforskjellene være, og slutte å sammenligne seg med menn. Dette peker i retning av at helsesekretærene allerede under utdanningen sosialiseres til å føle seg ”underlegne” i forhold til andre, mer maskuline yrker, hvilket kan forklare at flere representanter for yrkesgruppen føler at de har lavere status enn andre grupper. Denne form for ”negativ sosialisering” viser hvor viktig det er å se at kjønn er et konstruert begrep, og at arbeidslivet er en arena for utøvelse av kjønnsrett.

Sekretærene viser generelt sett en stor avmaktfølelse i forhold til fremtiden, fordi teknologisk utvikling bidrar til å gjøre sekretærenes funksjoner overflødige, og i og med at yrkesgruppens muligheter for innflytelse er små, erfarer flere sekretærer at de må tilpasse seg endringer som blir gjort uten at de i særlig grad kan påvirke disse. Fremtidsutsiktene for gruppen står og faller på hva slags oppgaver de vil ha i fremtiden. Det er vanskelig å spå om fremtiden. Likevel er det ett utviklingstrekk som kan gi grunn til optimisme, nemlig kompetanseheving, som vil si at man ved sykehuset kun vil satse på å ansette autoriserte helsesekretærer. Denne kompetansehevingen kan innebære nye oppgaver rettet inn mot tradisjonelle

sykepleieroppgaver. Her kan en forvente en oppgradering av sekretærenes status og betydning i sykehusorganisasjonen.

Videre er det avgjørende om deres interesseorganisasjoner er sterke nok til å forhandle frem gunstige arbeidsbetingelser for sekretærene. Organisatoriske endringer i kjølvannet av teknologisk utvikling er kanskje den mest avgjørende faktoren, fordi disse endringene avgjør om det er rom for sekretæren i en hverdag med mer teknologi. Den stadige fleksibiliseringen som foregår i arbeidslivet og samfunnet generelt, affiserer sekretærene i stor grad. Sykehusledelsen og ledere på lavere nivåer, hevder at sekretærene må lære å tilpasse seg ”nye tider”, og lære seg nye oppgaver. Flere ledere påpeker at sekretærene må være fleksible for å tilpasse seg nye oppgaver. Dette innebærer en differensiering mellom sekretærene, hvilket kan være med på å splitte gruppen, og gjøre den svakere enn om den makter å fremstå samlet.

1.3 Oppgavens oppbygging

Jeg tar først for meg sykehusets indre og ytre kontekst, da denne har stor påvirkningskraft i forhold til sekretærenes situasjon. Deretter beskriver jeg sekretærenes konkrete arbeidsoppgaver, og deres utdanningsbakgrunn. I teoridelen trekker jeg først frem teori omkring utviklingstrekk i selve sykehusorganisasjonen ved hjelp av konfigurasjonsperspektiver (Mintzberg, 1983/Jacobsen og Thorsvik, 1997/Vinge, 2005 samt Jacobsen, 2004). Hva slags organisasjonstrekk som vil prege sykehus fremover vil kunne være viktig for sekretærenes situasjon og innflytelsesmuligheter. Jeg tar videre for meg endringer i helseforetakenes økonomiske styring, og også forholdet mellom andre yrkesgrupper ved sykehusene. Alle disse faktorene preger sekretærenes arbeidsforhold og hva slags oppgaver de gjør. Koordinering og ledelse drøftes så opp mot sekretærenes situasjon.

Jeg har hentet teori og noe empiri fra danske relevante undersøkelser som angår gruppen (Vikkelsø & Vinge, 2004 / Vinge, 2005/Olesen & Østergaard, 2004 / Bertelsen, 2005). I mangel på tilsvarende studier i Norge, vil dansk litteratur være anvendbar for å forklare sammenhenger som også har paralleller i det norske helsevesenet. Sykehus er institusjoner som er relativt likt organisert i de nordiske land, med samme kunnskap, profesjoner og arbeidsprosesser. Danmark og Norge fremstår også relativt like kulturelt, og oppgavene sekretærer i klinisk virksomhet utfører er tilnærmet like. Av denne grunn velger jeg å presentere en dansk undersøkelse om hvilke oppgaver legesekretærer har på danske sykehus.

Teknologi er den kanskje mest avgjørende faktoren for sekretærenes fremtidsutsikter, og vies derfor en del plass i dette prosjektet. Sekretærenes pasientkontakt er viet et eget kapittel, fordi jeg på bakgrunn av egne erfaringer vet at dette er en svært viktig oppgave, både for organisasjonen og for sekretærene selv. Dette perspektivet kobles også opp mot kjønnsaspektet fordi dette av mange ansees å være en typisk kvinneoppgave. Sekretæryrket er et typisk kvinneyrke, og fordi det kun arbeider kvinner som sekretærer i klinisk virksomhet ved sykehuset dette prosjektet tar for seg, tillegges dette mye vekt. Kjønnstudier kobles også sammen med profesjonsstudier for å belyse sekretærenes status og plassering i situasjonen.. Til sist bringes det også inn teori om økende fleksibilitet i arbeidslivet fordi mine intervjuer peker mot at fleksibilitet er en av sekretærenes viktigste egenskaper for å tilpasse seg endringer i arbeidssituasjonen.

Videre analyserer jeg intervjuene, og drøfter disse opp mot ovenstående teorier. I analysedelen bringer jeg inn informasjon om sekretærenes fagforeninger og også en dansk undersøkelse om arbeidslivets organisering . Til slutt foretas avsluttende diskusjoner og konklusjoner. Problemstillingen vil bli teoretisk behandlet i lys av tre ulike perspektiver: *Et organisatorisk endringsperspektiv, et arbeidssosiologisk/profesjonsteoretisk perspektiv og et kjønnperspektiv*. Disse perspektivene belyser problemstillingen på en spennende måte, og synes å være de faktorene som i størst grad legger føringer for sekretærenes fremtidige rolle. Disse perspektivene vil kunne være relevante for problemstillingen, og vil bli utledet nærmere i teoridelen.

2.0 Metodedel

Som tidligere nevnt, er det gjennomført lite forskning på dette området, og det eksisterer derfor få tilsvarende studier. Fordi min problemstilling er relativt omfattende, og det eksisterer lite systematisk kunnskap om denne yrkesgruppen fra før, har jeg valgt et eksplorativt utgangspunkt med kvalitative intervjuer. Dette betyr at jeg har etterstrebet stor grad av åpenhet i mine intervjuer. Jeg har i utgangspunktet ønsket generell informasjon om mange forhold, relasjoner og roller i tilknytning til legesekretærene. Jeg har operert med relativt få informanter, men med mange temaområder og forhold.

Kvalitativ analyse får frem flere nyanser og perspektiver på forskningsområdet. Det er imidlertid et paradoks at arbeidet med datamaterialet i hovedsak har gått ut på å sile ut og forkaste store deler av det innsamlede materialet. Den kvalitative tilnærmingen har dermed handlet om å vurdere hva slags biter av informasjonen jeg har hatt behov for, og hvilke biter som må forkastes. Denne forskningsmetoden er svært åpen, og funnene kan ta andre retninger enn man på forhånd ventet seg (Jacobsen, 2000). Med andre ord bestod store deler av mitt arbeid i å sile ut informasjon fra informantene som jeg anså som overflødig. Dette var en avgjørende oppgave som dannet grunnlag for mitt videre arbeid med forskningsprosjektet.

Anne Ryen (2002) skriver om det naturalistiske intervjuet. Hun mener at denne tilnærmingen til data er den som står nærmest den positivistiske tradisjonen, men at disse ikke må anses for å være like, da epistemologisk og ontologisk oppfatning skiller disse to. Graden av struktur i intervjuet avhenger av fokus, forskningsspørsmål og utvalgsriterier. Ifølge Ryen kan for mye struktur føre til at intervjuet blir for mekanisk, lite naturlig og for lite avhengig av konteksten intervjuer og respondent befinner seg i. Hvis dette skjer mister man mange muligheter som ligger i det kvalitative intervjuets natur; blant annet at det er åpent og inviterer til en uformell samtale, hvilket kan frembringe ”skjult” informasjon. Samtidig fremhever Ryen at en viss grad av strukturering av intervjuguide er nødvendig for å kunne sammenligne intervjuene en foretar, og at en intervjuguide også legger føringer for at man skal slippe å samle inn masse unødvendig informasjon. I tillegg er intervjuets struktur avhengig av hva slags svar man regner med å finne. Det er viktig å ha fokus på at det er respondentens meninger man ønsker å frem gjennom intervjuet, og at man ikke skal forsøke å tvinge gjennom sine egne forhåndsinnfattede synspunkt på respondenten (Ryen, 2002).

2.1 Om å forske i egen organisasjon

Selv om jeg hadde en fordel med lett tilgang til informasjon om forskningsfeltet, er det likevel ifølge Repstad og Nielsen (Repstad, 1998) flere problemer knyttet til å forske på sin egen arbeidsplass. Det er lett å miste den objektive akademiske distanse, og legge for mye personlig interesse og motiv i det man undersøker. Det er lett å velge side når man forsker på venner, kjenninger eller kolleger. Dette har jeg forsøkt være bevisst på i mine intervjuer, analyser og tolkninger, og jeg har helt fra starten av arbeidet tatt dette med i betraktningen. Praktisk har dette gitt seg utslag i at jeg har valgt å ta opp temaer som er relativt vide, og jeg

vil la respondentene fortelle ut fra egne erfaringer. Ved at jeg gjør dette i stedet for å styre respondentene gjennom detaljerte førende spørsmål, har jeg forsøkt å oppdage nye dimensjoner etter hvert. Det er lett å anlegge tendenser til selvsensur når man intervjuer kjente for å ikke legge seg ut med disse (Repstad og Nielsen i Repstad, 1998), og jeg har derfor forsøkt å være så åpen for informasjon som mulig. Dette har jeg også tatt med i betraktningen når jeg har valgt å foreta en undersøkelse om forhold på Sørlandet Sykehus. Det finnes imidlertid også flere fordeler med å forske ”på hjemmebane”, og ikke bare forskningsmessige problemer. Den menneskelige faktoren, dvs. at forskeren er personlig berørt i forhold til forskningsmiljøet, kan være en viktig kilde til motivasjon. At forskeren har forhåndskjennskap til miljøet han skal forske i, gir bedre innsikt, så misforståelser og feilslutninger kan unngås. Imidlertid kan dette også by på problemer hvis forskeren begynner å ta mer for gitt enn man bør gjøre, nettopp fordi man kjenner miljøet. En skal samtidig ta høyde for at utfallet av forskningsprosjektet kan få store personlige konsekvenser for forskeren (Ibid, s. 31). Med det ovennevnte som utgangspunkt etterstreber jeg å forholde meg nøytral og upartisk selv om jeg arbeider ved Sørlandet Sykehus HF. Jeg anser det imidlertid for å være en stor fordel at jeg har god kjennskap til problemstillingene sekretærene står ovenfor.

I tillegg til egne intervjudata har jeg benyttet sekundæremperi, altså undersøkelser utført av andre. Ett eksempel på dette er Bertelsens (2005) studie av helsesekretærer i Danmark.

Jeg valgte å foreta alle mine intervjuer ansikt til ansikt, da jeg mente at dette var den intervjuformen som vil gi mest informasjon. Jeg gjorde individuelle intervjuer for i størst mulig grad å få ærlige svar uten påvirkning fra andres tilstedeværelse. Telefonintervjuer eller andre innsamlingsmetoder var dermed ikke relevant i denne sammenheng. Jeg fant det nødvendig foreta en viss grad av prestrukturering av intervjuguiden blant annet fordi jeg gjennom egen yrkeserfaring hadde opparbeidet meg kunnskaper og innsikter i feltet fra før. Den undersøkelsesformen jeg valgte, kvalitativt/eksplorativt design, forutsatte at jeg hadde en stor grad av åpenhet i mine intervjuer. Dette bygde jeg opp min intervjuguide rundt. Jeg måtte samtidig balansere struktur for å sikre at essensielle poeng kom i fokus. På bakgrunn av mer åpne tema fikk jeg informantene til å fortelle åpent og assosierende i løpet av intervjuet. Jeg spurte samtidig mer konkret etter fakta jeg hadde behov for, men utover dette forsøkte jeg i mest mulig grad å legge til rette for en åpen samtale omkring tema og stikkord. På denne

måten fikk informantene mulighet til selv å vri samtalen i ønsket retning. Jeg erfarte at jeg fikk mye informasjon på denne måten, og flere informanter koblet sammen de ulike temaene på spennende måter. Nye dimensjoner om et fenomen som fremkommer midt i en rekke intervjuer kan vanskeliggjøre sammenligningsprosessen av intervjuene (Kvale, 1997). Imidlertid har jeg ikke hatt klare hypoteser som skal testes ut, og mener derfor at det har vært viktig å gjøre bruk av ny informasjonen i intervjuene.

2.2 Utvalg av informanter.

I alt har jeg intervjuet syv personer, tre sekretærer i klinisk virksomhet ved sykehuset, en kontorleder, en assisterende avdelingsleder, en representant for sykehusledelsen og en fagsansvarlig ved en videregående skole. Sistnevnte gav viktig informasjon om helsesekretærenes samfunnsmessige rolle og utvikling. Informantene arbeider i ulike avdelinger og enheter, og på ulike hierarkiske nivå. I tillegg til informanter fra sykehuset har jeg altså intervjuet en representant som er lærer og fagsansvarlig for helsesekretæruddanningen i videregående skole. De tre sekretærene jeg intervjuet er alle erfarne sekretærer, og dette gjør at en kan forvente at disse har opparbeidet betydelige erfaringer og innsikter i forhold til helsesekretæryrket.

Sekretærene jobber ved ulike avdelinger på sykehuset, både poliklinikk, avdeling og serviceavdeling. Ved å intervjuer en kontorleder, en assisterende avdelingsleder og representant for sykehusledelsen har jeg forsøkt å samle erfaringer og synspunkter på sekretærrollen fra ulike hierarkiske nivå innen organisasjonen Sørlandet Sykehus HF. Fokus i alle intervjuene har vært oppfatning av sekretærenes rolle.

Ved å ha både interne og eksterne aktører i mitt utvalg håpet jeg å dekke flere aspekter ved helsesekretærenes situasjon, både sett innenfra egen organisasjon, men også sett utenfra av sentrale aktører i utdanningssystemet. Utvalget gav informasjon fra både overordnet nivå og avdelingsnivå. På denne bakgrunn representerer undersøkelsen et tverrsnitt av erfaringer fra sekretærer i klinisk virksomhet ved Sørlandet Sykehus HF og andre som påvirker deres situasjon. Da den interne gyldighet er tenkt å gjelde for Sørlandet Sykehus HF har jeg valgt å kun ha representanter fra dette sykehuset. Jeg har også fått informasjon og råd fra mine sekretærkolleger ved sykehuset.

I tillegg har jeg også brukt informanter som har gitt meg informasjon som har mer karakter av bakgrunnsopplysninger. I denne kategorien er representant for Fagforbundet, og i tillegg har også ansatte på Sørlandet Sykehus' IT-avdeling gitt meg informasjon om ulike elektroniske verktøy. Jeg har også brukt Internett for å finne dokumentasjon om videreutdanning i helseadministrasjon fra Helse- og sosialdirektoratet og også informasjon fra Norges Helsesekretærforbund. Svært viktig er min egen erfaring som sekretær. Dette har sannsynligvis bidratt til viktig innsikt i yrket, men det har også den ulempen at det kan farge min undersøkelse. Med denne bevisstheten har jeg derfor gjennom forskningsprosessen forsøkt å være så objektiv som mulig, og forsøkt å se sekretærrollen fra flere synsvinkler, og brukt teori for å oppnå distanse når jeg har tolket data, slik Repstad og Nielsen (1998) anbefaler.

I følge Jacobsen skal beskrivelsen av opplysningene vi får gjennom intervjuene være så objektive som mulig og i minst mulig grad farges av forskerne. Videre er målet med analyseprosessen å kutte ned informasjonsmengden ved å sile ut informasjon som anses å være mindre viktig for oss. Implisitt i dette ligger at man må være i stand til å skille mellom viktig og uviktig informasjon, og danne logiske og hensiktsmessige kategorier for å trekke slutninger av informasjonen i intervjuene (Jacobsen, 2000). Intervjuene i mitt forskningsprosjekt var relativt åpne, men samtalen i intervjuene kretset rundt de på forhånd bestemte temaer i intervjuguiden. I forskningsarbeidet ble den samme intervjuguiden brukt under alle intervjuene, men små justeringer ble foretatt etter hvert som intervjuene skred frem.

2.3 Analyse av intervjuene

I analysearbeidet valgte jeg å ha en svært åpen analysemetode. Umiddelbart etter at intervjuene var gjennomført, ble disse transkribert, og det ble laget et skjema der respondentens svar ble kommentert for å kunne analysere sammenhenger og kontrastere mellom de enkelte informantene på de ulike temaene. Deretter valgte jeg å lage en oppstilling hvor de ulike respondentenes svar på de ulike spørsmål ble samstilt temavis. For å kunne foreta en meningsfull kategorisering av de transkriberte intervjuene tok jeg utgangspunkt i sitatene fra respondentene og kategoriserte ut fra svarene de gav. Jeg samlet opplysninger om min problemstilling gjennom sju intervjuer med informanter i de på forhånd definerte gruppene. Ved å konsentrere meg om disse kategoriene silte jeg også ut informasjon som jeg antok var mindre viktig for min problemstilling. En stor del av analysearbeidet bestod i å sile

ut informasjon etter hvert som jeg så hvilke mønstre informasjon fra intervjuene dannet. Sitater fra intervjuene ble brukt for å underbygge funn, og disse ble satt inn i tabeller jeg laget ut fra de ulike kategorier. Da dette var gjort trakk jeg de ulike kategoriene sammen og dannet fire ulike temaer. Dette var nødvendig for å kunne drøfte funnene fra den empiriske analysen på en tilfredsstillende måte. Noen av kategoriene var overlappende, det vil si at de ble plassert innen flere temaer fordi det gav mer informasjon enn å drøfte dem frittstående. Oppgaven er også bygget opp med disse temaene som ulike kapitler. Kategoriene ble organisert i følgende tema:

2.4 Oversikt over kategorisering av temaer:

- Organisering og innflytelse
- Teknologi og arbeidsoppgaver
- Pasientkontakt
- Å være i et kvinneyrke
- Sekretærenes fremtid

3.0 Indre og ytre kontekst ved sykehuset

3.1 Sørlandet Sykehus HF

Det har relativt nylig foregått en sammenslåing av sykehusene i Aust- og Vest-Agder (Lister, Kristiansand og Arendal) som innebærer at Sørlandet Sykehus HF nå er fusjonert til ett sykehus i Kristiansand. Den strategiske sykehusledelsen, dvs. kliniksjefer og direktører, er samlet i Kristiansand, men representerer også den overordnede ledelsen for sykehusenheten i Arendal og Flekkefjord. Sykehusene i disse tre byene er nå enheter i samme, store organisasjon, og til sammen består Sørlandet sykehus HF av ca. 5300 ansatte.

For at en sykehusledelse på rundt 10 medlemmer skal ha mulighet til å lede så mange ansatte, har det i forbindelse med integrasjonsprosessen skjedd en betydelig sentralisering av topplederfunksjoner. Resultatet av dette er større avstand til underliggende avdelinger. Flere avdelinger er nå samlet under ulike klinikker, og man har i større grad enn tidligere en funksjonsbasert inndeling. Spissingen og sentraliseringen av ledelsesfunksjoner har også fått konsekvenser for helsesekretærene, ved at det nå er større avstand mellom toppledelsen og ansatte langt nede i hierarkiet. Paradokset er at man samtidig med sentralisering forsøker å tilrettelegge for at avgjørelser skal fattes på lavest mulig nivå. Alt i alt er erfaringen imidlertid at det har skjedd en sentralisering av beslutningsmyndighet som en konsekvens av at ledelsen for hele helseforetaket befinner seg på ett sted i sentraladministrasjonen i Kristiansand.

3.2 Nærmere beskrivelse av helsesekretærenes arbeidsprosess.

Et stort antall av de ansatte ved sykehuset er sekretærer. Foruten dem som er ansatt i administrative deler av sykehuset, arbeider ca 660 kvinner som helsesekretærer i klinisk virksomhet, mange av disse i deltidstillinger. Sekretærenes arbeid fungerer på mange måter som ”limet” som får organisasjonen til å fungere, da de tilrettelegger for at den medisinske kjerneaktiviteten som utføres av leger og sykepleiere skal fungere koordinert og sammenhengende. De fleste avdelinger har helsesekretærer, både sengeavdelinger, poliklinikker og serviceavdelinger. I tillegg til oppgaver som å skrive journaler og innkalle pasienter, består sekretærarbeidet også av pasientkontakt. Det betyr at helsesekretærene er sykehusets ansikt utad i forhold til telefonkontakt ved timebestillinger, utsendelse av brev, innkalling av pasienter og lignende. Svært mye av dette arbeidet kan betraktes som rutinearbeid. Sekretærene har lite påvirkningskraft og autonomi, og har i liten grad innflytelse på stadige organisasjonsendringer og reformer.

Gjennom nye organisasjonsrutiner, prosedyrer og teknologiske nyvinninger, kan det se ut som at sekretærens rolle har endret seg fra å dreie seg om aktiv journalbehandling til å inngå mer i en rolle som kontrollør som sjekker data andre har registrert. Dette skyldes i stor grad innføring av teknologiske nyvinninger som blant annet betyr at legene selv kan diktere sine notater direkte inn på datamaskinen uten at sekretærene skriver for dem (elektronisk talegjenkjenning). Denne typen teknologiske fremskritt gjør at sekretærene på noen områder blir overflødige, og i beste fall må utføre nye arbeidsoppgaver og funksjoner. Et eksempel på en ny type oppgave er skanning av henvisninger til sykehuset. Disse henvisningene ble tidligere registrert og deretter arkivert i pasientjournaler og andre arkiver.

3.2.1 Hvilke oppgaver har helsesekretærene?

Det er tidligere gjennomført en studie i Danmark med fokus på hva legesekretærene ved sykehus faktisk gjør. Denne studien samsvarer stort sett med oppgavene til helsesekretærer i norske sykehus.

- 1. Pasientforløp:** Arbeidsoppgaver som bidrar til at pasienten kommer gjennom et forløp.
- 2. Personaloppgaver:** Oppgaver som støtter opp om det øvrige sykehuspersonalets virke.
- 3. Diverse administrative oppgaver:** Diverse kontoradministrative oppgaver.
- 4. Forskningsoppgaver.** Arbeidsoppgaver som relaterer seg til forskning på sykehusene.
- 5. Data-input til journal:** Blant annet skriveoppgaver.

6. Data-ouput til journal: Blant annet dataregistreringsoppgaver, koding, ventelister.

7. Annen journalhåndtering: Blant annet arkivering, prioritering, kopiering (Bertelsen, 2005).

Mangfoldet i sekretærenes arbeidsoppgaver viser hvor mange områder av pasientforløpet de er delaktige i, og hvor stor kontinuitet de har i sitt arbeid. De aller fleste av deres arbeidsoppgaver er rutinepregede. Denne typen arbeid kan ha et kvalitetssikringselement i seg selv, ved at sekretærenes oppgave faktisk er å følge rutinene, og så lenge dette blir gjort, blir også jobben utført på riktig måte. Av erfaring vet jeg at når man utfører denne typen rutinepregede oppgaver kreves det både perfeksjon og stadige kontroller og kvalitetssikring. Dette gjør at mentaliteten blant sekretærene synes å være sterkt knyttet til arbeidsrutinene, hvilket medfører en viss distansering fra helheten i organisasjonen og en sterk identifisering med sine arbeidsrutiner. I sammenheng med at sekretærene synes å ha relativt liten innflytelse på overordnede beslutninger i organisasjonen, er deres fokus tilsynelatende helst rettet mot spesifikke arbeidsoppgaver og kontinuitet i pasientforløpet.

Sekretærene utfører en rekke avledede og uformelle arbeidsoppgaver. Disse er ikke i tilstrekkelig grad formalisert og dokumentert (Bertelsen, 2005: 74). Dette gjør at det er vanskelig å kartlegge deres nøyaktige rolle i organisasjonen, og også vanskelig å kartlegge deres faktiske kompetanse. Videre fungerer også sekretærene i stor grad som tilretteleggere for andre yrkesgrupper, og mye av dette arbeidet består av oppgaver som er vanskelig å planlegge, men som dukker opp etter hvert som andre yrkesgrupper trenger hjelp fra sekretærene. På denne måten er deres muligheter til å kontrollere og planlegge arbeidsprosesser i liten grad til stede, men prisgitt andre grupper.

Deres arbeid er både av formell og uformell karakter. Den formelle delen er lett synlig, og nedfelt i arbeidsbeskrivelser. Disse kan lett identifiseres. Imidlertid finnes det også en rekke uformelle oppgaver som ikke er systematisert og standardisert. Slike oppgaver kan være kommunikasjon, kontinuitet og koordinasjon. Disse oppgavene konsumeres eller forbrukes i det øyeblikk de utføres. Andre oppgaver er for eksempel ombooking av timeavtaler fordi en lege er syk osv. Disse arbeidsoppgavene er avledet av andre yrkesgruppers handlinger, og er heller ikke lett identifiserbare. Legesekretærene samler løse tråder etter andre. Dette skaffer sekretæren et overblikk over aktiviteter ved sykehuset, hvilket gjør henne i stand til å yte service til pasienter på best mulig måte (Bertelsen, 2005). At sekretæren har oversikt over hva

som skjer ved sykehuset gjør henne også kapabel til å yte helsepersonell god service og være en koordinator. Fordi det er uformelle elementer i organisasjonen som til sammen skaper dette overblikket, er også den kunnskapen sekretæren sitter med en ”taus kunnskap”. Det kan synes som at noen sekretærer føler de ikke får nok anerkjennelse for jobben de gjør. Dette kan henge sammen med at deres kunnskap på mange måter er vanskelig å definere og henger sammen med erfaring og overblikk over hvordan aktiviteter på avdelingen utføres.

Det er svært viktig at man ikke bare oppfatter sekretæren som en ”skrivdame”, som ikke gjør stort annet enn å skrive. Sekretæren er en formidler av informasjon mellom ulike aktører, og dette kan knyttes direkte opp til pasientene. Det er godt mulig at etter hvert som IT-teknologi sakte, men sikkert overtar tradisjonelle sekretæroppgaver i sykehus, vil produktiviteten i de ulike avdelingene øke, og man vil sannsynligvis oppleve større økonomisk gevinst. Dette er jo en av hovedgrunnene til å innføre ny teknologi. Det er imidlertid svært viktig å huske et viktig aspekt som forsvinner med sekretærene: Deres tause kunnskap og deres overblikk over aktivitet i avdelingen. Sekretærenes evne til å koordinere ulike aktiviteter og til å fungere som ”limet” i organisasjonen og holde hjulene i gang, er ikke noe en datamaskin kan få til, derfor er sekretærene en svært viktig del av organisasjonens indre liv og kommunikasjon. Man forventer at flere sekretærer vil bli overflødige som følge av ny teknologi. Dette er en høyst reell og aktuell problemstilling for sekretærene.

Imidlertid viser en dansk undersøkelse (Olesen og Østergaard, 2004) at færre sekretærer enn antatt måttet slutte etter innføring av lignende teknologi ved sykehus i Danmark. Dette skyldes at det kom nye oppgaver i kjølvannet av endringene. I overensstemmelse med dette synes det som sykehusene også i fremtiden vil kunne bli avhengige av sekretærene, først og fremst fordi en aldri kan overflødiggjøre deres bidrag til organisasjonens kontinuitet og koordinering, slik at sykehuset høyst sannsynlig vil lide av mangel på koordinering hvis sekretærene forsvinner. Fordi disse bidragene dannes av uformell kommunikasjon, er det vanskelig å kalkulere inn disse ”tapene” i et regnestykke i forhold til implementering av datateknologi (Bertelsen, 2005).

Sekretærenes oppgaver er av stor betydning for deres innflytelse i organisasjonen, og Vikkelsø og Vinge fremhever blant annet viktigheten av å bruke sekretærene aktivt ved

implementering av endringsprosesser (Vikkelsø og Vinge, 2004). Dette vil bli nærmere drøftet i analysedelen i punkt 8.1.4.

3.3. Utdanning, yrkestittel og arbeidsområde

Det finnes ulike grupper sekretærer ved Sørlandet Sykehus. En gruppe er autoriserte helsesekretærer, andre er medisinske sekretærer (disse har utdanning fra private skoler uten offentlige fagplaner), og noen er kontorutdannet personell fra 3-årig handel og kontor/allmennfaglig studieretning i videregående skole. Det finnes også enkelte sekretærer som har gått inn i stillinger som sykehussekretærer uten å ha noen relevant utdanning. Dette viser at gruppen har en svært spredt og lite homogen utdanningsbakgrunn. Dette er grunnen til at jeg har definert min målgruppe til sekretærer i klinisk virksomhet. Det har imidlertid foregått en yrkesutvikling mot en sterkere samlet yrkesidentitet hvor man går mot å autorisere sekretærene og dermed beskytte yrkesidentiteten deres. Denne autorisasjonen kan bidra til å høyne sekretærenes status og anerkjennelse i forhold til andre yrkesgrupper som er mer profesjonaliserte enn legesekretærene. Autorisasjon vil også gi sekretærene i helsetjenesten en beskyttet yrkestittel og monopol på å utføre visse oppgaver og funksjoner, og er dermed en måte å utvikle yrket på.

Noen sekretærer har rolle som superbrukere. Disse blir kurset i regi av sykehuset med jevne mellomrom. I forbindelse med IT er superbrukerne et bindeledd mellom avdelingen de arbeider ved og IT-avdelingen. Det kan skje feil ved innføring av ny teknologi slik at rutiner midlertidig må legges om, osv. Superbrukerne er ansvarlig for informasjon i forhold til dette. Dette er en form for å koordinere løsninger ved IT-relaterte problemer slik at man har en nøkkelperson som tar ansvar, støtter og hjelper når det oppstår problemer i forbindelse med PC-bruk.

Helsesekretærenes funksjoner og arbeidsområde er i stor grad avledet fra lege- og sykepleierprofesjonene, og i særlig grad fungerer helsesekretærene som en kontorstøttefunksjon for medisinsk personell. Funksjonen som helsesekretær har også sin opprinnelse i merkantilt kontorlag. Helsesekretæren fremstår dermed ikke som en profesjon i samme grad som leger og sykepleiere, men mer som et utdanningsbasert yrke. Imidlertid avledes sekretærens rolle og funksjoner av forholdet mellom leger og sykepleiere fordi deres

arbeidsoppgaver avhenger av hvordan oppgavene til leger og sykepleiere fordeles. Eksempler på dette kan være hvis trange budsjetter medfører at man kutter ned antall stillinger, og leger og sykepleiere får det ekstra travelt. Da vil det kunne skje en forskyvning i oppgaver hvor det kan være aktuelt å bruke sekretærene til å gjøre enkle sykepleieroppgaver, for eksempel å ta blodprøver osv., for å avlaste sykepleierne som eventuelt igjen kan avlaste travle leger.

3.3.1 Økt arbeidstilfang som følge av økt kompetanse?

Et viktig spørsmål for sekretærenes fremtidsutsikter er om økt arbeidstilfang vil kunne komme som følge av økt kompetanse. Det er viktig å være klar over at flere oppgaver er lovbeskyttet, og kun kan utføres av autorisert helsepersonell. I de senere år har man åpnet litt opp på dette området og begynt å utdanne sekretærer/legesekretærer til autoriserte helsesekretærer. Disse får nå opplæring i relevant pasientkontakt, men også enkle sykepleieroppgaver, det vil si oppgaver rettet direkte mot pasienten. Gjennom økt utdanning og autorisasjon av helsesekretærer regner man med at de dermed vil bli mer skikket til å utføre mer avanserte oppgaver. Mer utdanning og autorisasjon er essensielt for situasjonen til helsesekretærene som gruppe både i forhold til status og ved at de i større grad enn tidligere settes i stand til å avlaste andre grupper som for eksempel sykepleierne, og dermed har muligheter til å oppnå økt arbeidstilfang.

3.3.2 Redusert arbeidstilfang som konsekvens av ny teknologi?

Teknologisk utvikling kan virke truende for sekretærene, da deres arbeidsoppgaver i noen grad forsvinner og blir erstattet av teknologi. I beste fall endres deres rolle som følge av dette, og de får nye arbeidsoppgaver. En måte dette kan skje på, er hvis dynamikken mellom yrkesgruppene endrer seg ved at arbeidsoppgaver blir fordelt på en annen måte, og sekretærene får større innflytelse i organisasjonen enn de har nå. Dette vil kunne ha konsekvenser for organiseringen av arbeidet, og jeg presenterer derfor teori om organisering og innflytelsesmuligheter. Jeg vil videre ta utgangspunkt i profesjonsstudier for å forklare hvorfor sykepleiere og leger har en helt annen rolle enn sekretærene på sykehuset, også utover det faktiske arbeidet de utfører. Dette synes blant annet å skyldes at det vokser fram ulike kulturer blant de forskjellige profesjonsgruppene.

4.0 Hva som påvirker sekretærenes rolle i lys av teori

4.1 Organisering og innflytelse

Som et teoretisk utgangspunkt for min organisasjonsforståelse av sykehusorganisasjoner, velger jeg å ta utgangspunkt i to av Mintzbergs organisasjonskonfigurasjoner, dvs. maskinbyråkrati og det profesjonelle byråkrati, og sammenligne disse (Mintzberg, 83, Jacobsen og Thorsvik, 1997, Vinge, 2005 samt Jacobsen, 2004).

Maskinbyråkrati kjennetegnes ved en sterk grad av spesialisering, formalisering og små krav til formell kompetanse. Denne konfigurasjonen er gruppert etter oppgaver/funksjoner, og har et sentralisert beslutningssystem med mye makt hos staben som utformer og kontrollerer regelverk og standardiserer arbeidsprosessen. Konfigurasjonen profesjonelt byråkrati kjennetegnes av en sterk grad av spesialisering, liten grad av formalisering, høye krav til formell kompetanse. De ansatte er gruppert i flere grupper etter profesjon. Lite myndighet hos staben, mye beslutningsmyndighet og profesjonelt skjønn hos de profesjonelle. Et sykehus kan være et eksempel på et tradisjonelt profesjonsbyråkrati. Idealtypisk har gjerne sykehusorganisasjoner blitt fremstilt som profesjonelle byråkratier, men enkelte forfattere har nå stilt spørsmål ved om sykehus har vel så mange trekk som harmonerer med den maskinbyråkratiske modellen (Vinge, 2005).

Hovedforskjellen mellom organisasjonsperspektivene synes å ligge i fokus på profesjoner i den sistnevnte konfigurasjonen og fokus på rutiner og standardisering i den første. Det er et motsetningsforhold mellom disse, og hvilket utgangspunkt man har i sin forståelse av organisasjonen er avgjørende for hvordan man oppfatter aktiviteten som foregår. Også i forhold til å studere endringsprosesser i relasjon til sekretærer, kan Mintzbergs konfigurasjoner fungere som et analytisk utgangspunkt. Med utgangspunkt i et profesjonelt byråkrati vil det være svært vanskelig å foreta en toppstyrt endringsprosess med liten innflytelse fra de ansatte. Dette har sammenheng med at beslutningsmyndighet i det profesjonelle byråkratiet er desentralisert til de profesjonelle ansatte, og disse vil sjelden la seg overstyre. I et maskinbyråkrati derimot, er kompetansen blant de ansatte stort sett lav og beslutningsmyndigheten er sentralisert. Her vil en toppstyrt endring være lettere å gjennomføre fordi det eksisterer en kultur for dette på bakgrunn av at man ikke forventer stor grad av beslutningsmyndighet, og i større grad er villig til å overlate beslutningstaking til andre (Jacobsen, 2004). Hvis en betrakter helsesekretærene i et profesjonelt byråkrati-

perspektiv hører de hjemme i støttestabdelene av organisasjonen, og har dermed liten innflytelse på beslutningsprosesser i organisasjonen, den ligger enten hos ledelsen eller hos de profesjonelle.

4.2 Er sykehus også preget av å være maskinbyråkrati?

Selv om det er mange klassiske trekk ved sykehus som vitner om profesjonelt byråkrati, kan det også tenkes at sykehus har mange maskinbyråkratiske trekk. Vinge (2005) hevder blant annet at et sykehus ikke bare må sees som et profesjonelt byråkrati, men at det også har mange likheter med et maskinbyråkrati. Hun argumenterer blant annet med at selv om den allmenne oppfatningen av sykehuset legger stor vekt på profesjoner og autonomi til de profesjonelle, finnes det også klare maskinbyråkratiske elementer, og at de klart synlige maskinbyråkratiske trekk er viktige for å kartlegge aktivitet i sykehusenes kjerneområder. Et større fokus på hverdagens arbeidsorganisering i praksis kan gjøre at man ser i nye retninger for å løse problemer (Vinge, 2005).

En viktig forskjell mellom profesjonelt byråkrati og maskinbyråkrati er at man i et profesjonelt byråkrati har stor grad av autonomi hos den utøvende delen av organisasjonen. I eksempelvis et sykehus har legene stor innflytelse ved beslutninger som tas, og det er liten grad av overstyring fra ledelsens side uten at legene blir trukket med. Legene bruker mye skjønn, og tar selvstendige beslutninger uten å måtte konferere med overordnede ledere. Dette gjør at organisasjonens ledelse utgjør en relativt liten del. Teknostrukturen er imidlertid langt større, og mange arbeider med å tilrettelegge for kjerneaktiviteten i organisasjonen. I et maskinbyråkrati finnes det derimot liten grad av autonomi hos den utøvende kjernen i organisasjonen. Ledelsen er langt større enn i et profesjonelt byråkrati, og man styrer atferd ved å standardisere gjennom regler og rutiner (Jacobsen og Thorsvik, 1997). Hvis sykehusorganisasjoner i større og større grad reflekterer maskinbyråkratiske trekk, innebærer det at det mer og mer blir fokusert på å løse oppgaver og mindre på hvem som skal løse disse. Uansett vil kliniske kjerneoppgaver reguleres av lover og profesjonelle standarder. Hvordan sykehusorganisasjoner utvikler seg fremover vil kunne ha store implikasjoner for sekretærenes oppgaver i fremtiden.

På bakgrunn av konfigurasjonene kan man tenke seg at det er to sterke krefter som drar i ulike retninger. På den ene siden har man krefter som har alt å vinne på at sykehus fortsetter å eksistere som profesjonelle byråkrati. Dette gjelder de sterke profesjonene, spesielt leger, da legeprofesjonen er en sterk autoritet i sykehus med stor innflytelse. Den makten legene, og til en viss grad også sykepleiere og annet medisinsk personell besitter i kraft av sin medisinske ekspertise, forsterkes jo mer sykehus vil fortsette å eksistere som profesjonelle byråkratier der profesjonene har all makt. På den andre siden har man ny fagnøytral ledelse i helseforetakene som i større grad vil ha interesse av å utvikle sykehuset i retning av et maskinbyråkrati hvor beslutningsmyndighet blir mer sentralisert og de fagprofesjonelle får mindre makt. Dette kommer blant annet til uttrykk ved at man ønsker å ha en ledelse der lederegenskaper i seg selv blir mer vektlagt og i mindre grad helsefaglig bakgrunn (profesjoner). Mens det tidligere har vært leger som først og fremst har besatt lederstillinger, er andre helseprofesjoner og administratorer etter helseforetaksreformen og innføring av enhetlig ledelse nå likestilt i forhold til å bekle lederstillinger. Når andre blir ansatt som ledere mister legene en maktbase som tidligere ble tatt for gitt. Sykepleiere har også større makt og autoritet gjennom bevisst å søke kunnskap om ledelse som en del av deres profesjonaliseringsstrategi (Torjesen, 2007).

I forhold til ledelse er det også svært relevant at det stadig gjennomføres nye reformer. Disse kan presse sykehus mot større innslag av maskinbyråkratiske trekk fordi reformer er pålagt ovenfra i systemet, og profesjonelle på sykehus vil ikke i kraft av sin profesjon ha innflytelse på disse. De profesjonelle ønsker naturlig nok mest mulig desentralisert beslutningsmyndighet og autonomi, mens man fra et ledersynspunkt ønsker å sentralisere beslutningsmyndighet og ha et maskinbyråkratisk fokus på oppgaveløsning, ikke profesjon.

En av forskjellene hvis man ser sykehus i lys av de to konfigurasjonene, er også at toppledelsen utgjør en større del i et maskinbyråkrati enn i et profesjonelt byråkrati, så det er helt klart i ledelsens interesse å fokusere på oppgaver, og ikke profesjon. De samme sentraliseringstendenser har fra 1980- og 1990-tallet blitt observert. For eksempel ser det ut til at kontroll over beslutningsprosesser i større grad deles mellom ledelse og fagfolk slik at ledelsens beslutningsmyndighet øker, og fagfolkenes beslutningsmyndighet minker (Erichsen, 1996). Dette utfordrer legenes tradisjonelle selvfølgeriske lederposisjon, og bringer inn andre kriterier ved utvelgelse av lederpersoner. Dette henger sammen med at man ønsker å betrakte sykehuset som et maskinbyråkrati i større grad enn et profesjonelt byråkrati med

fokus på ledelse som et generelt fag, ikke noe som er avledet av utvalgte medisinske profesjoner. For sekretærene vil denne trenden bety at de trolig mister noe av sin ”underlegenhet” i forhold til andre yrkesgrupper, nettopp fordi den tradisjonelle vektlegging av profesjoner kan bli mindre. Slik vil dynamikken mellom yrkesgruppene kunne endres.

Gjennom å bruke Mintzbergs konfigurasjonsmodeller som et analytisk verktøy, kan man forstå ideene bak sykehusets organisering. Svært mange sykehus er organisert etter de ansattes ferdigheter, altså hva slags spesialiseringer legene har (Mintzberg, 1983). Sykehusets ulike avdelinger representerer ulike typer pasienter med forskjellige lidelser. Ved å konsentrere spesialkunnskap i separate avdelinger, vil man kunne skreddersy behandlingen av pasientene. Imidlertid vil denne type organisering også kunne føre til at man har ”skylapper” og ikke har forståelse for hva som skjer på de andre avdelingene, hvilket trolig medvirker til at det skapes ulike kulturer fra avdeling til avdeling.

4.3 Hva betyr endringer i økonomisk styring i helseforetakene for helsesekretærene?

Fra 1997 har sykehus fått overført stykkprisfinansiering basert på Diagnose Relaterte Grupper (DRG).

”Diagnose Relaterte Grupper (DRG) gir en oversiktlig beskrivelse av pasientsammensetningen ved sykehusene. Systemet gjør det mulig å sammenligne sykehus, selv om disse skulle behandle helt ulike pasienter. DRG prøver å håndtere en kompleks virkelighet, hvor pasienter har tusenvis av ulike diagnoser og like mange ulike behandlinger. Alle utskrevne pasienter kan klassifiseres ved dette systemet, som inneholder om lag 500 ulike diagnoserelaterte grupper” (<http://www.shdir.no/vp/template/ver1-0/print.jsp?articleId=62930§ionId=6931>).

Dette kodesystemet kan brukes som et verktøy for å sammenligne seg med andre sykehus medisinsk og økonomisk. Dette gir et økt fokus på økonomi og stadige krav om økt effektivitet. Også helsesekretærene påvirkes av endringene DRG fører til. De blir i noen tilfeller blir sendt på ”kodekurs” for å lære seg prosedyrekoder som det har blitt mer fokus på ved innføring av stykkprisfinansiering. Tradisjonelt har leger utført koding, men om disse skal forsette med kodingen, eller om sekretærer bør overta denne jobben, er imidlertid gjenstand for diskusjon. Både leger og sekretærer argumenterer for hvorfor deres gruppe bør utføre kodingen. I motsetning til det tidligere systemet, hvor sykehusene fikk overført

rammebevilgninger og statlige midler ut fra antall liggedøgn, gjør dagens system, innført fra 1997, at man måler effektivitet etter hvor mange pasienter man rekker å behandle, ikke ut fra hvor lenge de blir liggende på sykehuset. Generalsekretær i Legeforeningen, Terje Vigen, sier på et årlig DRG-seminar at DRG-systemet ikke er beregnet til å være et stykkprissystem, men et fordelingssystem. Likevel blir systemet vurdert ut fra en stykkprisfinansiering, og ledelsen og ansatte ved sykehus har blitt mer bevisste på hvilke aktiviteter som gir best inntekter, også ut fra ISF (innsatsstyrt finansiering) som gir inntekter til sykehusene ut fra hvor mange aktiviteter som blir utført

(http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa_lt.visSeksjon?vp_SEKS_ID=1187438).

Vigens uttalelser viser tydelig hvor viktig det økonomiske aspektet har blitt ved hver enkelt aktivitet som blir utført ved sykehuset, og dette har stor innvirkning på mentaliteten rundt pasientbehandlingen. Det finnes kun koder for prosedyrer som direkte angår pasienter, slik at ingenting av arbeidet sekretærene utfører blir omfattet av DRG-koder. Dette gjelder også andre ikke-medisinske oppgaver. Dette er nok et eksempel på at arbeidet sekretærene utfører ikke blir ansett som like viktig som de mer medisinske oppgavene. På samme tid berøres også sekretærene av en mentalitet med sterkere økonomisk fokus, fordi dette gjennomsyrrer hele sykehuset. Den økte økonomiske mentaliteten er også en faktor som drar fokus vekk fra tradisjonell profesjonstenkning.

4.4 Leger versus sykepleiere

Den overordnede styringen av et sykehus kjennetegnes også av profesjonskamp mellom leger og sykepleiere. Dette kan også ha implikasjoner for sekretærgruppen som avledes av andre gruppers arbeid og funksjoner. I likhet med endring av sekretærenes roller, har både leger og sykepleiere måttet omstille seg kraftig, ikke bare i forhold til innføring av reformer og organisasjonsforandringer, men også i forhold til hverandre. Sykepleiere har tradisjonelt vært betraktet som underordnet legene som hjelpedisiplin avledet av medisinsk kunnskap og hierarkier. Sykepleierens rolle har vært begrenset av hvilke funksjoner de ikke får lov å utføre på det medisinske området i forhold til legene. Imidlertid har det i årenes løp skjedd endringer i hvordan disse to profesjonene blir betraktet. I stedet for å betrakte sykepleierne som en gruppe med langt dårligere kompetanse enn legene, har sykepleiefaget mer og mer konstituert seg på selvstendig sykepleievitenskapelige grunnlag atskilt fra medisinen (Myhre, 2004).

Dette har skapt en større forståelse for sykepleierens hverdag, noe som har økt deres legitimitet og respekt. Sykepleierne har også fått lovfestet rett til å lede avdelinger og enheter uten å være underlagt det medisinske hierarkiet. Dette skjedde i første omgang i 1980-årene da parallelle hierarkier ble lovfestet, men fra 1999, da enhetlig ledelse ble innført og helseforetaksreformen kom i 2002, har sykepleierne kommet ytterligere inn i ledelsen (Torjesen, 2007). Det er logisk å anta at sekretærenes hverdag også har blitt preget av forskyvningen i arbeidsforhold mellom leger og sykepleiere. Sannsynligvis er hjelpepleiere en gruppe som i enda større grad er berørt av profesjonskampen, da de ofte utfører forefallende ”sykepleierarbeid”. Etter hvert som sykepleierne har blitt en sterkere gruppe og fått en slags overordnethet, har hjelpepleierne kanskje fått en større grad av ”underordnethet”.

Sekretærene har tradisjonelt vært nærmere knyttet til legene enn sykepleierne. Interaksjonen mellom sekretærer og leger har imidlertid vært langt større enn med sykepleiere fordi en sykepleiers oppgave har vært mer rettet mot pleie. Dette er arbeid som ikke nødvendigvis involverer sekretæren. I forhold til skrivefunksjoner er det stort sett leger som dikterer og godkjenner journalnotater. Legenes diagnostisering og pasientkontakt blir dokumentert av sekretæren. Det viser seg at sykepleiere i større grad enn tidligere også utfører arbeid som krever dokumentasjon gjennom sekretæren. Et eksempel på dette er polikliniske besøk hos sykepleiere for å spare legenes kapasitet. Dette fører til at sekretærene og sykepleiere må se hverandre i et noe annet perspektiv enn tidligere, da det i større grad var legene man forholdt seg til. Man ser også tydelig hvordan sekretærenes rolle avhenger av omgivelsenes perspektiv. I et profesjonelt byråkrati vil sekretærgruppen være lite betydningsfulle i forhold til profesjonene, og i stor grad eksistere for å tilrettelegge for kjerneaktiviteten. Dette rettferdiggjør på sett og vis sekretærenes rolle som ”underordnede” i forhold til leger og sykepleiere, som utfører direkte pasientarbeid.

I forhold til Mintzbergs typologiseringer kan man si at hjelpepleierne opptrer som både underordnede, men samtidig har en stabsfunksjon. Hvis en anlegger et maskinbyråkratisk perspektiv kan det tenkes at sekretærene vil få en mer betydningsfull rolle, i det de er svært viktige i forhold til oppgaveløsning, og tilrettelegger for at andre grupper kan løse sine oppgaver på en effektiv måte. Det samme kan skje hvis liggetidene på sykehus fortsetter å gå ned, og pleiedelen av sykehusets virksomhet minker. Sekretærene kan i så fall bli aktuelle som koordinatorene som har som oppgave å samordne rundt pasientene og veilede disse.

4.5 Endringsledelse

Med utgangspunkt i konfigurasjonsteori vil jeg legge til teori om endringsledelse. Teori om endringsledelse kan være relevant i forhold til å studere innflytelse og makt til ulike grupper i forbindelse med endringsprosesser. Jacobsen (2004) knytter Mintzbergs ulike organisasjonskonfigurasjoner opp til strategier for endring. Han hevder at det er langt vanskeligere å endre et profesjonelt byråkrati enn et maskinbyråkrati. Alle endringsprosesser vil fortone seg ulikt, men det finnes likevel fellestrekk mellom dem. De kan samles i to hovedprosesser; strategi E og strategi O. Strategi E baserer seg på å øke den økonomiske verdien i organisasjonen og har fokus på formelle strukturer og systemer. Toppledelsen er viktig i denne strategien, men får ofte hjelp av eksterne konsulenter. Det brukes ofte økonomiske virkemidler for å drive denne typen endringsprosess. Prosessen er lineær, og man må nå ett bestemt delmål for å kunne gå videre til neste. Målet bak denne endringen er først og fremst synlige resultater. Uttrykket ”diktatorisk endring” brukes gjerne om strategi E, da den kan oppleves som en ovenfra og ned-endring. Strategi O er derimot basert på utvikling snarere enn endring, og denne sees på som en kontinuerlig prosess basert på samhandling mellom mennesker. Læring er et viktig begrep i denne prosessen, og man har også en sirkulær innfallsvinkel, hvor endring sees som et resultat av usikkerhet og løsninger er vanskelig å forutse (Jacobsen, 2004).

Når en stor endring som omlegging til ny teknologi, hvilket av sekretærene lett kan oppfattes som en revolusjonær endring, skal implementeres, er det svært viktig at man fra ledelsens hold inkluderer sekretærene i så mange deler av prosessen som mulig. Usikkerhet preger deres hverdag, og trolig også en følelse av avmakt. At sykehusledelsen inkluderer sekretærene i prosjektgrupper i forhold til utredning og i implementeringsprosesser, er et eksempel på inkludering, og dette kan føre til at sekretærene lettere vil kunne omstille seg til de nye arbeidsforholdene nettopp fordi de har en følelse av å ha vært delaktige i implementeringsfasen. Imidlertid er det viktig å være klar over at disse strategiene er ytterpunkter og idealtyper som svært sjeldent finnes i rendyrket form. De fungerer som verktøy for å forstå hvordan endringsprosesser virker, og hvordan konfigurasjonstyper i seg selv kan være avgjørende for hva slags endringsprosesser som foregår og hva utfallet av disse blir.

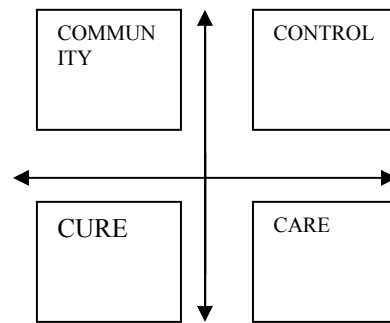
Teori om endringsstrategi O og endringsstrategi E er også nyttig for å forklare hvordan endringsprosesser i et sykehus skjer, og hvem som har innflytelse. Ut fra denne teorien er det

fullstendig logisk at sykehusets profesjonelle krever deltakelse i endringsprosesser, og dermed øver innflytelse. Det kan synes som noen leger har innflytelse på det meste som skjer i organisasjonen, og dette er sannsynligvis ikke langt fra sannheten i noen tilfeller. Fordi leger, og til en viss grad sykepleiere, har stor formell spisskompetanse, og ofte er vanskelige å erstatte, vil det være vanskelig å foreta en toppstyrt endringsprosess der deres synspunkter ikke blir tatt hensyn til.

Det er imidlertid viktig å løsrive seg fra eventuelle ideer om at overordnede strategiske endringsstrategier forandrer en hel organisasjon umiddelbart og at alle ansatte er svært engasjert i endringer. Ledelsesstrategier tar i liten grad hensyn til de hverdagslige, ”små” forhold ved sykehuset. Historisk sett har man i organisasjoner betraktet som maskinbyråkratier brukt strategi E og tatt ”top down” beslutninger nettopp fordi de ansatte har liten innflytelse. I profesjonsbyråkratier har man derimot helst brukt strategi O fordi de profesjonelle i større grad er forventet å influere beslutninger på grunn av sin fagekspertise. Sekretærene har tradisjonelt vært en støttegruppe i et profesjonelt byråkrati, og hatt liten innflytelse. Med større fokus på maskinbyråkratiske elementer i sykehuset vil avgjørelser skje på bakgrunn av hvilke oppgaver som faktisk skal løses, og det vil trolig være naturlig å inkludere sekretærene i større grad, selv om ledelsen i utgangspunktet tar avgjørelser uten å rådføre seg med ansatte som de heller vil gjøre i et profesjonelt byråkrati. Fokus vil i større grad være på oppgaver som skal løses. Teori om strategisk ledelse kan imidlertid skape forståelse for hvorfor noen grupper øver liten innflytelse i en organisasjon. Sekretærene har tilsynelatende lite å bidra med i endringsprosesser, i hvert fall på de ”viktige” områdene. Kontorrutiner en del av sykehusdriften, men sammenlignet med livsviktige oppgaver som ellers foregår på et sykehus, blir dette arbeidet rett og slett mindre viktig. Leger og sykepleiere har i kraft av sin posisjon langt større innflytelse, og jo større vekt man legger på profesjoner, jo større vil forskjellen være mellom arbeidere med medisinsk kjernekompetanse og ansatte uten denne kompetansen.

Ovenstående teori peker mot at sekretærer i klinisk virksomhet ikke har noen særlig innflytelse, men det at man i større grad orienterer seg mot et generelt ledelsesfokus og fjerner seg fra tradisjonelt profesjonsfokus, taler for at sekretærene skal ha en viss innflytelse. Hvilket fokus ledelsen av sykehusene har, er altså av svært stor betydning for sekretærenes fremtid.

4.6. Koordinering og ledelse



Modell 4.1

Glouberman og Mintzberg (2001) drøfter i sin artikkel "Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part 1: Differentiation" hvorfor helsevesen, og spesielt sykehus, er så vanskelige å lede. Forfatterne hevder at helsevesenet er delt inn i fire ulike "verdener" og at disse må "kobles sammen" for å skape varige endringer i helsevesenet. De fire ulike verdenene representerer interne og eksterne deler av sykehussystemet. Ved sykehus finnes det flere ledelsesprosesser som ofte skiller seg klart fra hverandre samtidig som de er tett vevd sammen. Denne artikkelen forener det politiske og det interne aspektet ved sykehus. Ved å dele ledelse av sykehus opp i fire deler, forklares problematikken rundt det å skulle fremme en enhetlig ledelse av fire separate "verdener" som altså synes å være atskilt fra hverandre (Glouberman og Mintzberg, 2001). Grunnet avgrensninger i prosjektet vil jeg ikke utrede nærmere hva disse verdenene representerer.

Forfatterne mener at så lenge disse fire verdenene er uavhengige av hverandre, både på sykehusnivå og på samfunnsnivå, vil systemet fortsette å være ute av kontroll. Denne arbeidsdelingen eksisterer, og er nødvendig, men forfatterne mener også at denne arbeidsdelingen former våre holdninger og bidrar til at systemet ikke er håndterbart. Videre mener forfatterne at spesielt leger, som innehar kjernekompetansen ved sykehus, ikke finnes sterk nok forpliktelse overfor sykehuset, de ser på det mer som en arbeidsplass hvor de kan praktisere sine ferdigheter. Mange leger er svært personlig engasjert i arbeidet, men forpliktelsen overfor sykehuset er ikke i sterk nok grad formalisert (Gloubermann og Mintzberg, 2001). Dette synes å samsvare med den sterke atskillelsen arbeidsdelingen skaper med ulike kulturer og manglende helhetsfølelse, og kan langt på vei forklare hvorfor det er vanskelig å gjennomføre helhetlige ledelsesprosesser ved et sykehus.

Kunnskap om hvordan disse ulike ”verdenene” fungerer sammen er essensiell for å kunne gjennomføre suksessfulle endringsprosesser. Det finnes svært mye ulik kompetanse ved et sykehus, spesielt innen medisinske spesialiseringer, og dette kan i seg selv synes som en forklaring på hvorfor endringsprosesser ved sykehus er tunge omstillinger som ofte møter stor motstand. I tillegg til det faktum at svært mange og ulike grupper som alle ønsker innflytelse arbeider på sykehus, vanskeliggjøres også endringsprosesser av at helsevesenet generelt er et svært viktig politisk område. Store endringer, som kan føre til dramatiske kutt i arbeidsplasser eller sengeplasser på sykehus, ledsages ofte av politiske argumenter og tautrekking. I dette perspektivet ser man de store linjene hvor ledelse og profesjonell ekspertise blir de fremtredende karakteristika ved sykehus. Det offentlige engasjementet i forhold til endringsprosesser, samt medias søkelys, er først og fremst viet sykehus sett som et profesjonelt byråkrati. Glouberman og Mintzberg konkluderer med at jo større forskjell og skillelinjer som finnes mellom de ulike verdenene, jo vanskeligere vil det være å lede sykehus som et hele. Hovedutfordringen for å få helsevesenet til å fungere bedre ligger i å koordinere og integrere de ulike verdenene i hverandre (Gloubermann og Mintzberg, 2001).

Ut i fra det jeg har erfart gjennom flere år som sekretær ved Sørlandet Sykehus HF, mener jeg at sekretærene i seg selv er et koordinerende element i organisasjonen. De utfører mange standardiserte arbeidsoppgaver og det finnes prosedyrehåndbøker, eksempelvis for hvordan arbeidsoperasjoner på data skal utføres. Det er lite rom for autonomi i forhold til hvordan sekretærene løser bestemte arbeidsoppgaver, og det er et mål å gjøre mye arbeid så likt som mulig for å følge standarden. Kompetanseutviklingsprogrammet for kontoransatte på Sørlandet Sykehus HF er eksempel på standardisering av ferdigheter og kunnskap. Sekretærene kan fungere som et koordinerende element ved sykehus fordi de representerer stor grad av kontinuitet, og fordi deres arbeid i stor grad består av standardiserte rutineoppgaver. En annen måte å koordinere de ulike systemene og trekke dem sammen på, er ved å bruke teknologi. Gjennom utvikling av ny teknologi kommer de ulike verdenene nærmere hverandre.

5.0 Teknologi

5.1. Teknologi og arbeidskraft.

Ifølge Marx vinner industriiere sine kriger ved å avvæpne sine hærer. I dette ligger det at en stadig økning i produktivitet i arbeidet ved bruk av organisatoriske og tekniske midler, gjør at man kan spare lønnskostnader fordi færre arbeidere er nødvendige i direkte produksjonsarbeid. Jo mer kostnadseffektivt man klarer å produsere en vare eller en tjeneste, jo mindre antall arbeidere vil man trenge til å utføre arbeidet, og bedriftene øker på denne måten produktiviteten. Imidlertid fører utvikling av teknologi til behov for en større andel mennesker i støttefunksjoner. Det er nødvendig med ansatte som er eksperter på teknologien og kan vedlikeholde denne, og ansatte som kan dokumentere arbeidsprosesser i skriftlig form, slik at kontorandelen i bedriftene blir større (Bravermann., 1974). Bravermann omhandlet på denne tiden i hovedsak industribedrifter som produserer varer, men også kontoryrket, og den ovennevnte utvikling skjer like fullt i andre bransjer og segmenter enn i industrien. Teknologi overtar for menneskelig arbeidskraft, og støttefunksjoner er nødvendig for å opprettholde denne. I forhold til helsesekretærer ved Sørlandet Sykehus HF er dette høyst relevant i forhold til innføring av både elektronisk pasientjournal (EPJ) og talegjenkjenning. Man har begynt å innføre begge systemene, og sykehuset forventer at man på sikt vil kunne klare å kutte 50 helsesekretærstillinger. Hvor mange sekretærer som trenges for å ”støtte” den nye teknologien er uvisst, men trolig vil dette dreie seg om et ikke ubetydelig antall.

Selv om sekretærenes tradisjonelle oppgaver som journalskriving og annen journalhåndtering (arkivering osv.) forsvinner, vil trolig en del av disse oppgavene bli erstattet med nye oppgaver som korrekturlesing, dokumentkontroll og andre typer for kontroll. Skanning av henvisninger er også en relativt ny oppgave for sekretærene. Med andre ord: Støttefunksjoner er nødvendige for å opprettholde produksjon av tjenester, også ved sykehus. Uansett er det en reell fare for at flere helsesekretærer på sykehus vil miste jobbene, men det synes som en viktig faktor i forhold til å implementere endringer, er det menneskelige aspektet. Sekretærene er mer enn ”skrivdamer”, og teknologi kan ikke fylle den menneskelige funksjonen. Sekretærenes kontinuitet i pasientforløpet, og deres stabilitet i organisasjonen, kan være langt viktigere enn antatt.

5.2. Arbeidsmiljøloven

Arbeidsmiljøloven § 4-2 (3) sier følgende:

”Under omstillingsprosesser som medfører endring av betydning for arbeidstakernes arbeidssituasjon, skal arbeidsgiver sørge for den informasjon, medvirkning og kompetanseutvikling som er nødvendig for å ivareta lovens krav til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø”.

(http://www.mrfylke.no/digimaker/documents/psykososialt_arbeidsmilj%C3%B8_1w5kFr75139j%C3%B8.ppt#422,21,AML- andre bestemmelser).

Her står det i klartekst at det er arbeidsgivers, altså sykehusledelsens, oppgave å opprettholde et fullt forsvarlig arbeidsmiljø gjennom blant annet å sørge for nødvendig informasjon, medvirkning og kompetanseutvikling. Derfor er det av stor viktighet at sekretærene faktisk blir inkludert i endringsprosesser.

Like fullt er det en del av arbeidsgiver styringsrett å bestemme om man vil innføre ny teknologi. Innføring av ny teknologi ser ut til å ha tvunget seg fram, og er en uunngåelig del av den teknologiske samfunnsutviklingen. Dette må arbeidstakere forholde seg til.

Tjenestemannsloven § 12 sier følgende:

”Arbeidstakere har ikke noe generelt rettskrav på å utøve nærmere bestemte arbeidsoppgaver eller tjenestegjøre på et bestemt sted i virksomheten, og arbeidsgiver har rett til å tilpasse stillinger og ressurser til en ny organisasjonsstruktur. Omdisponering av arbeidstaker fra en enhet til en annen, endring av arbeidsoppgaver lagt til en stilling og fordeling av arbeid mellom arbeidstakere er underlagt styringsretten, og tjenestemannslovens §12 slår fast at: Enhver tjenestemann er forpliktet til å finne seg i endringer av arbeidsoppgaver og omorganisering av virksomheten. Er vilkårene for oppsigelse ellers avskjed etter §§9 eller 10 til stede, kan vedkommende i stedet pålegges å overta annen likeverdig stilling i virksomheten eller stå til rådighet for spesielle oppdrag”

(<http://216.239.59.104/search?q=cache:i50WEKK0n2sJ:www.admin.uio.no/opa/ps/omstilling.doc+arbeidsgivers+styringsrett+innf%C3%B8ring+av+teknologi&hl=no&ct=clnk&cd=7>)

Ovenstående lov viser at arbeidsgiver har stor frihet til å omorganisere som følge av endringer, og at arbeidstakere må være fleksible og godta å få nye oppgaver i kjølvannet av omstillinger. Arbeidsmiljøloven legger også klare føringer for mer fleksibilisering i

arbeidslivet. Arbeidstaker må finne seg i nye arbeidsoppgaver, og omorganisering av virksomheten.

5.3 Elektronisk pasientjournal:

Boken ”Den elektroniske pasientjournal og medisinsk arbeid” (Svenningsen, 2004) handler om reorganisering ved sykehus som følge av blant annet teknologisk utvikling. I denne boken er sekretærens rolle sentral. Sekretæren er med på formidle informasjon til de ulike verdenene. Leger utenfor sykehuset som henviser pasienter til undersøkelser eller innleggelser ved sykehuset har tilgang til denne informasjonen gjennom EPJ (elektronisk pasientjournal).

EPJ har utviklet seg fra å være minimalistiske informasjonssystemer til flere ulike avanserte programmer, mest Windowsbaserte, som kan håndtere flere typer data. EPJ sees av mange som løsningen på flere problemer som plager sykehusadministratorer, politikere og interesseorganisasjoner, og gjør det blant annet mulig å foreta bedre kostnadsberegninger pr. pasient. Lange ventelister, stramme budsjetter som skal balanseres mot økende krav, spørsmålstegn ved sykehusenes effektivitet og behandling av klager ved feilbehandling, samt mangel på leger og sykepleiere, forventes å bedres med innføring av EPJ. For å imøtekomme disse problemene er sykehus i en permanent tilstand av omstrukturering. Det er imidlertid en økende følelse av det må gjøres mer enn omstruktureringer for å imøtekomme problemene. EPJ er blitt innført for å endre sykehusenes indre dynamikk og de grunnleggende informasjonsstrømmer i helsevesenet, og de tunggrodde ideene om hvordan pasientarbeid bør utføres har som en følge av dette blitt endret (Svenningsen, 2004).

Dette synes å være et grep for å møte utfordringene med å koordinere Glouberman og Mintzbergs fire verdener. Det er tilsynelatende en felles oppfatning blant Svenningsen, Glouberman og Mintzberg om hva helsevesenets største utfordringer er. Svenningsen hevder videre at det er en utbredt forventning om at EPJ vil lette og forbedre sykehusets arbeidsgang og håndtering av pasientsaker på tvers av faggrupper, avdelinger og sektorer. Det forventes også at EPJ vil understøtte en systematisk måte å samle inn, oppbevare, distribuere og bruke pasientinformasjon på. Fordi informasjonsbehandling er avgjørende for behandling og pleie av pasientene, vil bedre og raskere informasjon gi utslag i forbedret kvalitet og effektivitet. I tillegg er det også antatt at samarbeidet rundt pasienten vil forbedres på grunn av den friere

informasjonsstrømmen, slik at fokus i større grad rettes mot pasienten.(Svenningsen, 2004:14).

I motsetning til andre endringer, som i større grad er rettet enten mot spesifikke avdelinger ellers spesifikke funksjoner i sykehuset, er EPJ et tiltak som vil gjennomsyre hele sykehuset. I tillegg til all aktivitet som er rettet mot pasienter, vil også helt perifere støttefunksjoner som sjåfører og kantine påvirkes av dette informasjonssystemet. Dette fordi den forbedrede effektiviteten vil forplante seg, om ikke direkte, så i hvert fall indirekte i hele organisasjonen og også omgivelsene. EPJ kan betraktes ikke bare som et verktøy for å bedre den direkte effektiviteten ved sykehus, men også som et virkemiddel for å forbedre samarbeid og koordinering mellom ulike deler av sykehuset. Denne effektivitetsøkningen frigjør tid til å fokusere på pasientene.

”EPJ stiller nye krav til integrasjon mellom teknologiutvikling og organisasjonsutvikling, til kompetanseoppbygging og til undervisning av brukerne” (Bertelsen, 2005:11).

Dette utsagnet viser hvor omfattende en implementering av EPJ er. I tillegg til de rent praktiske forandringene som må skje ved innføring, vil prosjektet kreve gjennomgripende endringer i hele organisasjonen. Det mest nærliggende er likevel å forvente at det spesielt er sekretærene ved sykehuset som først og fremst vil få store endringer i hverdagen ved innføring av dette elektroniske verktøyet. EPJ medfører at arbeidet med journalskriving og annen journalbehandling forsvinner. I tillegg medfører EPJ at andre faggrupper enn legesekretærene selv kan taste inn data i journalen, og en stor del av legesekretærenes arbeid forsvinner dermed. Ved å redusere lønnskostnader til legesekretærer får man midler til å finansiere implementeringskostnadene av EPJ. Et viktig spørsmål er om en reduksjon av legesekretærer vil ha konsekvenser for hvordan det kliniske arbeidet organiseres ved sykehusene og også på pasientforløpet (Bertelsen, 2005).

Grunnet sekretærenes relativt små innflytelsesmuligheter i egen organisasjon, gjøres beslutninger som at ny teknologi skal innføres av andre faggrupper med mer makt, og sekretærene må tilpasse seg. Selv om sekretærer i mange tilfeller blir tatt med i prosjektgrupper ved planlegging og implementering av ny teknologi, blir avgjørelsene tatt på annet hold. Når et av målene med å implementere EPJ er å redusere lønnskostnader til sekretærene, er det opplagt at sekretærene selv ikke tar initiativet til implementeringen.

Med dette som utgangspunkt er det ikke vanskelig å forestille seg at legesekretærer på sykehus går en usikker fremtid i møte. Et viktig moment i sekretærenes situasjon er den usikkerhet de lever med over lange tidsperioder. Fordi sekretærene i stor grad er de som tilpasser seg andre yrkesgrupper, blir situasjonen ofte den at de må vente og se hva som skjer i forhold til implementering av nytt utstyr, organisasjonsendringer, osv., og så utarbeide nye, hensiktsmessige rutiner. Slik gir sekretærenes begrensede innflytelse og følelse av avmakt seg utslag i deres hverdag.

EPJ gjør at all medisinsk informasjon om en pasient samles på data. Gamle papirjournaler forsvinner mer og mer i tråd med at teknologien utvikles. Dette gjør at de tradisjonelle sekretæroppgaver forsvinner. For sekretærenes del har det tilsynelatende vært en del frustrasjoner i kjølvannet av usikkerheten som naturlig følger med endringer. Usikkerhet i forhold til om man vil bli overflødig på grunn av omleggingene har vært et stort frustrasjonsmoment. Dette synes å være kjernen i sekretærens posisjon i organisasjonen. Forhold utenfor gruppens egen kontroll avgjør i stor grad deres framtid, og den avmakten som følger synes å prege mange sekretærer, spesielt i forhold til teknologisk utvikling.

5.4 Andre elektroniske verktøy

Den elektroniske utviklingen ved Sørlandet Sykehus HF og ellers i samfunnet fører også med seg innføring av annen teknologi. Som tidligere nevnt, består talegjenkjenningsprosjektet av at legene selv ”snakker” inn på datamaskinen, og sekretærenes skriveprosess forsvinner. Dette medfører at sekretærene mister en av sine mest tidkrevende oppgaver. Et annet prosjekt som er på trappene ved Sørlandet Sykehus HF, er innføring av sykepleiedokumentasjon. Dette går ut på at sykepleierne må registrere store deler av sin aktivitet elektronisk (Informasjon fra IT-avdelingen, Sørlandet Sykehus HF). I tillegg til tidkrevende opplæring er det også forventet at dette vil ta mye av sykepleiernes tid, og det er et åpent spørsmål om autoriserte helsesekretærer vil overta noen av sykepleiernes oppgaver.

Prosjekter av denne dimensjonen vil også på sikt endre dynamikken mellom ulike yrkesgrupper og forandre arbeidsflyten ved sykehuset. Av erfaring vet jeg at kontorarbeid i perioder kan stoppe helt opp ved innføring av ny teknologi fordi store endringer ofte medfører problemer med datasystemet, og at et stort antall brukere som samtidig skal prøve den nye

teknologien gjerne medfører mye ”nedetid” av systemet og venting. Dette gjør at mange, kanskje spesielt kontorpersonell, kan være noe negativt innstilt til store teknologiske endringer, også av andre grunner enn de opplagte; at man er redd for å bli overflødig. Dette er et annet aspekt ved konsekvenser av teknologiske forandringer, men det er viktig å også drøfte dette, fordi den frustrasjonen man som sekretær føler når man ikke kan utføre sine arbeidsoppgaver, kan forsterke en følelse av avmakt overfor ”systemet”.

Standardisering av rutiner er ifølge Mintzberg (1983) en måte å koordinere arbeidet på. Gjennom elektronisk teknologi, som EPJ og andre pasientinformasjonssystemer, får denne koordineringsmekanismen et stort løft. Ved en forbedring av rutinene for behandling av pasientinformasjon gjennom teknologi kan det tenkes at denne typen arbeid blir effektivisert over hele sykehuset. Også eksterne parter, som henvisende leger som får elektronisk tilgang til informasjon om sine pasienter, har muligheter til å effektivisere gjennom denne typen teknologiske nyvinninger. I tillegg vil også de politiske interessene, samt interesseorganisasjoner, profitere på effektivisering av pasientarbeidet idet de lettere vil kunne oppfylle befolkningens krav til helsevesenet. Disse forventningene til bedring av effektivitet på ulike nivå er bakgrunnen for at disse teknologiske nyvinningene blir innført ved Sørlandet Sykehus HF. Imidlertid må man sette spørsmålstegn ved om denne optimismen er begrunnet, og om belastningene på enkeltpersoner som en følge av den teknologiske utviklingen kan rettferdiggjøres ut fra ledelsesmessige hensyn.

6.0 Å være i et kvinneyrke/profesjonsstudier

6.1 Helsesekretærer og kjønnsaspektet

Fordi helsesekretærer stort sett er kvinner, er det relevant å fortolke gruppen i lys av et kjønnsperspektiv. Det er en soleklar overvekt av kvinner i helsesekretæryrket, og dette lar seg i stor grad forklare av historisk utvikling, men andre faktorer må også trekkes inn. Det har alltid vært en stor overvekt av kvinner blant sykehussekretærer. Dette er trolig en medvirkende årsak til at yrket har en relativt dårlig status og lite gunstige økonomiske betingelser. Trolig er dette medvirkende til at det er lite aktuelt for menn å søke på denne typen stillinger. En kan selvsagt spørre seg hvorfor kvinner tar til takke med dette når menn ikke gjør det. En mulig forklaring kan ligge i at kvinner generelt fortsatt tar hovedansvar i forhold til omsorgsarbeid i hjemmet etc., og at serviceyrker lar seg kombinere med dette i

form av deltidsstillinger, osv. Andre faktorer som helt klart spiller inn i valg av arbeid, er forventninger, vaner og tradisjoner, og disse faktorene er sterkt medvirkende ved valg av yrke.

Gulowsen (1987) hevder at kvinner gjerne får de minst givende, dårligst betalte og mest usikre jobbene på en arbeidsplass. Han sier videre at kvinner ansettes sist og gjerne sies opp først. Når kvinner inntar et yrke faller dets status. Det hevdes også at kvinner tar sin status som underordnede individer med seg inn på arbeidsplassen, og at dette definerer verdien av det arbeidet de utfører. Kvinners posisjon i utkanten av arbeidsmarkedet kan forklare at de først og fremst kommer inn i jobber der det kollektive aktivitetsnivået er lavt, fagforeningene svake, gjennomtrekken høy og arbeidsbetingelsene dårlige. Av dette følger at kvinner sjelden får praksis fra sterke fagforeninger, hvilket kan påvirke deres muligheter til å gjøre seg gjeldende (Gulowsen, 1987).

Gerrard og Melby (2004) definerer kjønn på følgende måte: *”Kjønn representerer altså en idé som blir bekreftet så ofte, gjennom så mange ulike situasjoner, at den etter hvert blir en selvfølge og et referansepunkt for andre ideer.”* (Gerrard og Melby, 2004: 10)

I denne definisjonen ligger det blant annet at den kjønnsbestemte arbeidsdelingen er reproduktiv, og fornyer seg selv fordi det blir tatt som en selvfølge at denne delingen er riktig.

I et LO-prosjekt om kjønnskulturer i arbeidslivet settes fokus blant annet på forhold i arbeidslivet som bidrar til at menn og kvinner får ulike erfaringer. Det stilles spørsmål ved om disse forskjellene i erfaringer fører til at menn og kvinner tolker arbeidsmiljø, jobbkrav og fremtidsutsikter ut fra tilhørighet til en kjønnskultur. I denne sammenhengen forstås kultur som *”et mønster av tolkninger som støtter oss i det vi gjør ved å tilby tolkninger av hva som hender og anviser løsninger”* (Halrynjo, Holter og Sørensen, 2003: 7). Det hevdes videre i rapporten at kontorarbeid er et typisk kvinneyrke, hvilket samsvarer med utgangspunktet for diskusjonen, nemlig at sekretærgruppen i klinisk virksomhet ved Sørlandet Sykehus HF utelukkende består av kvinner.

Forseth (2002) argumenterer for at arbeidslivet er en sentral arena for konstruksjon av kjønn og utøvelse av kjønnsrett. I dette ligger det at selv om institusjoner, virksomheter og praksiser ofte blir presentert som kjønnsnøytrale, finnes det flere aspekter av emosjonelt

arbeid i interaktivt servicearbeid. Interaktivt servicearbeid brukes om arbeid hvor de ansatte er i direkte kontakt med en kunde eller en bruker, og emosjonelt arbeid er en viktig del av jobben. Begrepet *emosjonelt* arbeid brukes i stor grad om privat virksomhet, hvor målet er å holde kundene fornøyde. Det kan også overføres til offentlig sektor, og er passende for å beskrive det arbeidet som blant annet sekretærer på sykehuset utfører. Forseth hevder videre at emosjonelt arbeid innebærer flere positive aspekter. Selv om man har fokusert på at denne typen arbeid er belastende og kan føre til emosjonell utmattelse, mener hun at emosjonelt arbeid også gir mulighet til å oppnå læring, selvrealisering og å bygge identitet (Forseth, 2002). At emosjonelt arbeid er et typisk kvinneyrke er en form for utøvelse av kjønnsforskjellighet i den betydning at dette er arbeid som menn ikke vil nedlate seg til å gjøre, men det er noe kvinnene blir sittende igjen med.

Som sekretær vil man gjerne formidle en følelse av trygghet, kunnskap og effektivitet til pasientene man møter i sitt arbeid. Et eksempel på en forvaltningspolitisk reform som har blitt implementert i norske sykehus er, ”Pasienten først”, som sier følgende:

”Helsepersonell skal møte pasienten med respekt og ta den sykes symptomer og beskrivelser av sine lidelser på alvor. Helsepersonell er spesialister på sine fag - pasienter er spesialister på sine liv” (NOU 1997:2).

Fordi sekretærene ofte er de første pasientene møter i sitt møte med sykehus, enten i ekspedisjon eller telefonisk, er gruppen svært viktig for pasientens helhetsopplevelse. Dette innebærer et kvalitetssikringselement, og sekretæren blir derfor en sentral aktør i forhold til å følge retningslinjene i ”Pasienten først”.

Birte Folgerø Johannessen (1994) tar utgangspunkt i at kjønn er konstruert. Begrepet ”flytende kjønn” indikerer at kjønn er noe som oppfattes forskjellig fra sammenheng til sammenheng. I dette ligger det at kjønn kan ha skiftende betydninger samtidig som det maskuline opptrer som umarkert kjønn, slik at det generelle og nøytrale egentlig er maskulint. Fordi kjønn er et konstruert fenomen, vil det alltid sees, forstås og fortolkes ut fra ulike sammenhenger (Johannessen, 1994). Dette betyr i praksis at kjønn alltid forstås ut fra kontekst, og at man stort sett forventer at en del roller og stillinger besettes av menn. I noen sammenhenger tar vi det for gitt å treffe en mann i en spesiell rolle, og tenker bare over kjønnsaspektet hvis man i stedet uventet treffer en kvinne. Det er også forventet at sekretærer skal være kvinner, og ikke menn. Dette er svært aktuelt i forhold til å definere sekretærenes

rolle, da denne er preget av ”kvinnelige” verdier som er konstruert ut fra forventninger om hvordan en sekretær skal opptre.

Også organisasjonsstrukturen har innvirkning på kjønnsaspektet i organisasjoner. Motsetningsfylte omorganiseringsprosesser hvor både desentralisering av makt til ansatte i første linje og sentralisering av strategisk ledelse og styrket budsjettkontroll, endrer også kvinners handlingsrom. En undersøkelse viser at organisasjoner som er formet som tradisjonelle hierarkier med stabile, kjente omgivelser gir kvinner dårligere utviklingsmuligheter enn menn. Dette kan ha sammenheng med at tunge institusjoner med sterke tradisjoner har vanskelig for å gi slipp på nettopp disse tradisjonene og slippe kvinner til. Det hevdes imidlertid at når tradisjonelle fagbyråkratier mister makt, er det nettopp disse som klarer å tilpasse seg den nye situasjonen, og som kommer seg opp og frem ved hjelp av nytenkning (Kvande og Rasmussen, 1997). Dette kan tyde på at det er lettere for kvinner å ha en yrkesmessig utvikling i organisasjoner som klarer å gi slipp på gamle, inngrodde mønstre hvor menn tradisjonelt har hatt størst makt. På bakgrunn av dette kan de hyppige endringsprosessene i sykehus fremstå som gyldne muligheter for sekretærene til å se nye muligheter hvis ledelsen vil slippe dem til.

6.2 Profesjonsstudier

Som en naturlig fortsettelse av en beskrivelse av sekretærenes status velger jeg å presentere profesjonslitteratur. Dette er uløselig knyttet sammen med kjønnsaspektet i forhold til sekretærenes status.

Som tidligere nevnt har sykehus tradisjonelt blitt betraktet som profesjonsbyråkratier (Vinge, 2005). Det arbeider svært sterke profesjoner ved et sykehus, og faglig ekspertise står sterkt. Av denne grunn er det interessant å se på hvordan ulike yrkesgrupper arbeider sammen, og hvordan relasjoner mellom profesjonelle og ikke-profesjonelle grupper fungerer. Ifølge Abbott (1988) mener mange at å kalle noe en profesjon det samme som å gjøre det til en. Dette har å gjøre med at de som arbeider i et yrke tilføres en viss verdighet hvis dette yrket kalles for en profesjon og blir karakterisert som en intellektuell disiplin. Han mener at dette er grunnlag for å si at en definisjon må dannes ut fra teoretiske spørsmål. På bakgrunn av ulike teorier, hevder Abbott at teoretikere er enige om følgende definisjon av profesjoner: Ekskluderende grupper som bruker abstrakt kunnskap på spesielle områder (Abbott, 1988:7).

Denne definisjonen rommer ikke sekretærene, da de ikke kan sies å ha et abstrakt kunnskapsgrunnlag. Deres kompetanse inneholder mer praktisk rettet kunnskap.

Erichsen tar spesifikt for seg profesjoner i helsevesenet. Profesjonene former helsetjenesten og formes selv av den, og hun sier videre at ”*profesjonenes kunnskap, tenkemåter og handlinger bakes inn i helsevesenets rutiner og strukturer*” (Erichsen, 1996: 13). Dette betyr at for å forstå hva profesjoner i helsevesenet er, må man også forstå relasjonen mellom sosiale, kulturelle og politiske forhold og hvordan disse virker inn på de sosialt konstruerte profesjoner. ”*Helsetjenesten blir analysert som et profesjonssystem i den forstand at den oppfattes som en struktur hvor profesjoner er forbundet med hverandre og med de arbeidsoppgavene de utfører. Det er sentralt for denne forståelsen at fokus rettes mot koblingene mellom mikro- og makronivået* (Abbott 1988, Halvorsen 1995: 32 i Erichsen, 1996:14).

Erichsen skriver videre at ”*På mikronivået utformes relasjonene mellom profesjonene gjennom arbeidsdeling og tjenesteyting på den enkelte arbeidsplass. Helsestasjonen, legekantoret og sykehuset er alle eksempler på arbeidsorganisasjoner på mikronivå. På makronivå er det profesjonsorganisasjonene og de offentlige styringssystemene som utgjør kjernen. Her fastlegges de formelle kvalifikasjonskravene til yrkesutøvelse, her trekkes formelle grenser mellom profesjoner og mellom ulike områder av den offentlige politikken. Det er i samspill og spenninger mellom mikro- og makronivå vi vil søke etter mekanismene for utformingen av helsetjenesten*” (Erichsen, 1996:14).

Ovenstående definisjon rommer svært mange av aspektene i denne oppgaven. Ved å inkludere både mikro- og makronivå omfatter hun på mange måter alle de variabler som oppgaven tar for seg. For å definere sekretærenes rolle er det nødvendig å se på makronivå, blant annet gjennom statlige fagplaner for videreutdanning av helsesekretærer. Videre er det nødvendig å betrakte forholdet mellom de andre profesjonene fordi sekretæren fungerer som en støttefunksjon for medisinsk personell, og følgelig er svært påvirket av dynamikken mellom andre yrkesgrupper.

At det er vanskelig å skille mellom profesjon og kjønn i betraktningen av sekretærer i klinisk virksomhet vises også i at det er en stor overvekt av kvinner i de fleste yrkesgrupper i helsevesenet. I og med at sekretærgruppen om oppgaven omfatter, uten unntak består av kvinner, har Erichsens definisjon av sosialt konstruerte definisjoner stor relevans.

”Det er viktig å understreke at svært viktige betingelser for nye profesjonelle relasjoner ligger utenfor sektoren selv” (Erichsen, 1996:57). Dette fordi relasjonene mellom profesjoner i større grad enn tidligere avgjøres av lovgivning, helsepolitikk samt yrkesorganisasjoner. En konsekvens av dette er at yrkesorganisasjonene vil være viktige ikke minst for å beskytte eksisterende arbeidsoppgaver og for å tilegne seg nye arbeidsoppgaver for gruppen. Dette kan også medføre at det er vanskelig å ha innflytelse på avgjørelser.

Sekretærgruppen vil aldri fullt ut kunne oppnå status som profesjon. Dette først og fremst fordi de mangler det abstrakte kunnskapsgrunnlaget som Abbott (1988) bruker i sin definisjon av profesjoner. Denne formelle kompetansen som profesjoner har ervervet seg, er det fremste skillet på profesjoner og andre yrkesgrupper. Det er samtidig ingen tvil om at man i tillegg til profesjonelle trenger arbeidsutøvere med mer praktiske ferdigheter. Ved å styrke sin kompetanse blant annet i forhold til teknologiske ferdigheter, har sekretærene mulighet til å posisjonere seg sterkere i organisasjonen. Det er imidlertid også andre aspekter som følger med profesjonsbegrepet: Status og innflytelse i arbeidsmiljøet er to begreper som henger tett sammen. Autorisasjonen av helsesekretærene synes å være et skritt i retning av profesjonalisering av helsesekretærene. Likevel hevder Abbott (1988) alle yrker kan oppnå lisens (autorisasjon), men bare et kunnskapssystem voktet av abstraksjoner er i stand til å redefinere sine problemer og oppgaver, beskytte fra inntrengere og gripe nye problemer. Dette gjør at selv om helsesekretærer vil oppnå en sterkere status og høyere kompetanse med autorisasjon, kan de uansett ikke kalles seg en profesjon fordi de mangler dette abstrakte kunnskapsgrunnlaget som profesjonelle har.

Berg (1987) plasserer yrkesgruppene ved sykehuset inn i ulike hierarkier. På sykehuset befinner ulike typer leger seg på toppen av hierarkiet med andre yrkesgrupper under seg. Langt ned i hierarkiet finner man sekretærene, som sidestilles med blant annet hjelpepleiere ut fra at de kun har utdanning fra videregående skole. Berg kaller denne typen yrker for assistentyrker. Endring på lave nivåer i hierarkiet skyldes i prinsippet innovasjon og endring høyere oppe (Berg, 1987). Dette gjør at sekretærene må tilpasse seg avgjørelser som blir tatt høyere oppe i systemet. Disse assistentyrkene er bare i liten grad helseyrker. Legesekretærene fungerer først og fremst som sekretærer, men tilknytningen til de medisinske fag er i ferd med å bli sterkere. Berg sidestiller nærmest legesekretæren med hjelpepleiere i forhold til oppgaver de utfører for legene, nettopp fordi det har skjedd en utvikling ved at

legesekretærene blant annet setter sprøyter og tar prøver. Denne utviklingen er trolig i stor grad relatert til en heving av status hos sekretærene.

7.0 Sekretærenes fremtidsutsikter i lys av teori om det nye arbeidslivet

7.1 Det fleksible mennesket

Sennett (2001) hevder at det er tre organisatoriske og sosiale stikkord for hvordan utviklingen i det nye arbeidslivet har blitt:

- Kvalitet
- Flexibilitet
- Individualisering

Disse stikkordene er uttrykk for endringer i arbeidslivet og nye krav som stilles til arbeidere. Arbeidslivet i dag er basert på informasjon og kunnskap, mens det tidligere har vært større vekt på industri- og maskinbasert industrialisme. I og med store teknologiske forandringer og krav om fleksibilitet, har PC og mobiltelefon blitt det nye produksjonsregimets regulerings teknologi. Dette har skjedd for å møte de nye kravene som stilles til arbeiderne. Videre hevder Sennett at vektleggingen av kunnskap og tjenesteyting gir verdiskapning en mer personlig dimensjon, i og med at produksjon skjer i møtet mellom personlig kunnskap og praksis som en del av en større prosess

Sennett understreker at den fleksibiliteten som kreves av arbeidere i dag også kan svekke menneskers karakter. Dette blant annet fordi man har et mer kortsiktig perspektiv enn tidligere, bytter jobber oftere og tilpasser oss mer. Vi har få langvarige forpliktelser, og dette gjør også noe med tillit i en arbeidssituasjon. Mangelen på langsiktige forbindelser krever at man har toleranse for fragmentering og ”kaos” (Sennett, 2001.). I praksis vil dette innebære at man må tilpasse seg endringer i arbeidsrutiner og gjerne jobbe på ulike steder og innen ulike områder. Det kan være vanskelig å holde oversikten over hva som skjer i organisasjonen, hvilket kan skape usikkerhet og angst. Når man i tillegg har en generell uforutsigbarhet hengende over seg, virker det innlysende at man trives mindre på jobben.

Når det gjelder teknologi, benytter Sennett et eksempel fra et bakeri, der man gikk fra å ha bakere som bakte brød til å kjøpe inn store brødbakermaskiner som overflødiggjorde bakerne. Dette var økonomisk rasjonelt fordi man på sikt kunne ansette ufaglærte mennesker som krevde mindre lønn enn faglærte bakere til å betjene disse maskinene. Et annet aspekt ved

dette er forvirringen bakerne følte i forhold til arbeidsidentitet når de sluttet å bake, og begynte å betjene knapper på brødbakemaskinen. Når teknologi innføres og forenkler oppgaver slik at ”alle” kan utføre dem, slutter man å utføre de opprinnelige oppgaver som styrker yrkesidentiteten. I tillegg er det sannsynlig at man også vil være usikker på om man på sikt vil bli overflødig, nettopp fordi ”alle” kan benytte ny, enkel teknologi (Sennett, 2001). I forhold til talegjenkjenningsprosjektet er dette et eksempel på at sekretærenes kompetanse blir overflødig fordi legene selv kan lese inn diktater på en datamaskin, og skriveoppgaven sekretærene utfører blir overflødig. Behandling av henvisninger og timebestilling er også oppgaver som har blitt langt enklere enn tidligere, slik at legene selv kan gjøre dette elektronisk uten sekretærenes hjelp. Dette viser svært nøyaktig sekretærenes situasjon, og tydeliggjør de komplekse problemstillinger de blir stilt overfor når ny teknologi innføres.

Krav til økt fleksibilitet er en konsekvens av endringer i arbeidslivet, og man har begynt å betrakte organisasjoner på en annen måte i forhold til fleksibilitet. Olberg (1995) viser til tre ulike typer fleksibilitet som preger det moderne arbeidslivet:

Funksjonell fleksibilitet handler om at det er større variasjon i hvilke typer arbeidsoppgaver man utfører. Relasjoner mellom yrkesgrupper endres fordi noen grupper settes i stand til å utføre andre gruppers oppgaver. Sett fra et lederspesspektiv vil funksjonell fleksibilitet være viktig for å redusere antall ansatte.

Finansiell fleksibilitet handler om at det er variasjon i lønnsformer og belønningssystemer. Man ønsker å oppnå denne typen fleksibilitet for å drive organisasjoner så kostnadseffektivt som mulig og tilpasse lønn etter ytelse og prestasjoner til den enkelte arbeidstaker.

Numerisk fleksibilitet dreier seg om at man ønsker å tilpasse antall ansatte til hvor mye markedet etterspør. Arbeidsstokken vil på denne måten tilpasses i forhold til virksomhetens oppdragsmengde. Dette medfører at man trenger fleksibilitet i forhold til ansettelsesforhold i bedriften. Denne typen fleksibilitet kjennetegnes ved at man ofte skifter ut arbeidere, det kan være kortsiktige og usikre tilknytningsforhold for arbeidernes del, og nedbygging/omgåelse av institusjonelle sikkerhetsordninger og sosiale ordninger. I tillegg til dette øker også bruken av konsulenttjenester, leiefirma og vikartjenester for å øke eksterialisering av oppgaver. Produksjonen blir hyppig tilpasset endringer i etterspørsel, og dette medfører at bedriften er

svært avhengige av omstillingsdyktige medarbeidere som er fleksible og kan tilpasse seg (Olberg, 1995).

Ulike former for fleksibilisering vil også kunne berøre helsesekretærenes situasjon. Så lenge det er stor usikkerhet knyttet til hvilke oppgaver sekretærene vil ha i fremtiden, og hva de konkrete konsekvensene av teknologiutviklingen blir, er det også vanskelig å vite hvor mange sekretærer sykehuset trenger. Dette vil trolig på sikt medføre at man ønsker løsere ansettelsesforhold, og kanskje ser fordeler med å leie inn helsesekretærer fra et vikarbyrå. Dette er selvsagt avhengig av mange faktorer, men en løsere tilknytningsform som medfører mer usikkerhet for sekretærene er en høyst relevant mulighet, ikke minst med tanke på at sykepleiere og annet helsepersonell i flere tilfeller leies av vikarbyråer. Dette gjenspeiler de samfunnsmessige forholdene, og generelle krav til fleksibilitet. Denne problemstillingen viser tydelig at fremtiden bare i noen grad kan avgjøres av sekretærenes egen evne til omstilling og tilpasning, men også av andre faktorer utenfor sekretærenes kontroll. En økning i funksjonell fleksibilitet vil også berøre sekretærene. Et eksempel på at man øker sykehuset funksjonelle fleksibilitet i helsevesenet, er at man i hovedsak ansetter helsesekretærer med autorisasjon slik at disse kan utføre enkle sykepleieroppgaver.

8.0 Analyse av intervjuer

I det følgende vil jeg analysere de syv intervjuene jeg har utført i lys av ovenstående teorier for så å drøfte disse opp mot hverandre. Jeg har samlet overlappende kategorier i fem hovedtemaer for å kunne drøfte hensiktsmessig. Disse hovedtemaene er:

- Teknologi og arbeidsoppgaver
- Organisering og innflytelse
- Pasientkontakt
- Å være i et kvinneyrke
- Sekretærenes fremtidsutsikter

8.1.0 Teknologi og arbeidsoppgaver

I lys av teori vil jeg drøfte følgene av teknologisk utvikling og endring i arbeidsoppgaver opp mot relevant teori.

8.1.1. Analyse og diskusjon - Teknologi og arbeidsoppgaver

På spørsmål om informantene føler at det har skjedd store endringer i arbeidsoppgavene deres og om status har endret seg i takt, svarer en sekretær følgende:

*”Det vil jeg si at vi ikke har hatt den største følelsen av. Vi er ikke de som blir verdsatt mest, det er vi ikke. Vi er liksom de som gjør jobben[...] men jeg føler jo at jeg får flere muligheter på denne plassen jeg er nå enn der jeg var tidligere. Grunnen til det vet jeg ikke, men her føler jeg meg mer verdsatt enn jeg har gjort før. Jeg har fått andre oppgaver her [.....].Jeg er med i prosjektgrupper og sånn[.....] som jeg ikke hadde mulighet til andre steder”
(RESPI)*

Utsagnet kan tolkes i retning av at det er store forskjeller i arbeidsoppgavene fra avdeling til avdeling. Utsagnet forteller også noe om at sekretærene ikke erfarer at de blir verdsatt. Det viser også tydelig hvordan tilgang til flere oppgaver henger sammen med å føle seg verdsatt. Denne informanten opplever imidlertid ikke at endringen i arbeidsoppgavene har medført en heving av yrkesstatus av legesekretærene som gruppe. Hun er tydelig på at endrede arbeidsoppgaver ikke har medført økt status. Dette kan selvsagt erfares svært individuelt, og er også avhengig av ulik kultur og ulike oppgaver på avdelingene.

Denne informanten er samtidig opptatt av de styringsmessige forholdene, og hvordan disse påvirker pasientens situasjon. Hun mener at man nå skal sette inn flest mulig diagnoser for å tjene penger, og det synes som om hun mener at det var bedre for pasienten før, da man fikk statlige midler ut fra hvor mange liggedøgn en pasient hadde. Dette har innvirkning på alle oppgavene en sekretær gjør, og hun mener at dette er et negativt element. Dette harmonerer med den utbredte oppfatningen av at innsatsstyrt finansiering og DRG-koding i større grad enn tidligere setter et økonomisk fokus på alle gjøremål i det daglige arbeidet.

”På avdelingen er det stor forståelse for at vi jobber sammen for å få til det vi skal, men statusmessig er det jo langt unna at det er noen jevnbyrdig status mellom sekretærer, sykepleiere og leger. Men det er en forståelse for at sekretærene gjør en viktig jobb, og at den er helt nødvendig, at de andre yrkesgruppene ikke hadde klart sin jobb uten sekretærgruppen. Så det er det forståelse for, men status [...], der vil jeg ikke si at man er jevnbyrdige.”(RESP2).

Dette utsagnet fra en kontorleder viser at de statusmessige forskjellene er tydelige, men at man likevel jobber sammen for å løse oppgaver. Det synes heller ikke som at sekretærene selv føler seg jevnbyrdige med andre profesjoner, og at dette gjennomsyrrer hverdagen. Det nevnes eksplisitt at andre yrkesgrupper ”overtar mer og mer”. Når det gjelder sekretærens oppgaver

mener enkelte informanter at de teknologiske fremskrittene ikke har bedret sekretærenes status, heller tvert om, fordi det er lite sannsynlig at gruppen vil være i stand til å skaffe nye oppgaver. Det hevdes også at sekretærene er en svak gruppe fordi fagforeningene er svake.

”Det hjelper ikke om du er autorisert eller hva du enn er. Der er ingen ting. Ingen goder får du. Ingen kjemper for deg. Så jeg føler jo at jeg har veldig liten tro på at du kan kapre nye oppgaver” (RESP 3)

Informantens syn samsvarer med at Abbott (1988) hevder at uansett om du får en autorisasjon eller ikke, vil du aldri kunne oppnå status som en profesjon fordi det abstrakte kunnskapsgrunnlaget mangler. Denne situasjonen gjør at også fagforeningene er svake og ute av stand til å kjempe i konkurranse med profesjoners fagforeninger. Dette negative synet på fagforeningene synes å være en refleksjon av håpløshet og avmakt i forhold til nye arbeidsoppgaver for sekretærene. Denne informanten får frem flere aspekter rundt sekretærenes oppgaver, og hun stiller seg tvilende til om sekretærene vil få nye, spennende oppgaver. Først og fremst peker hun på at sekretærenes status blir lavere når det blir færre oppgaver og når oppgavene blir forenklet og ”alle” kan utføre dem. Da skyves sekretærene vekk og blir overflødige. Informanten føler seg også truet i forhold til arbeidstilfang ved at flere grupper kjemper om de samme oppgavene, og er dermed urolig for om sekretærene blir overflødige. Hun understreker at når oppgaver tas fra sekretærene og andre overtar disse, blir gruppen mindre verdt, blant annet fordi teknologiske nyvinninger forenkler oppgavene, og behovet for sekretærenes ekspertise forsvinner fordi ”alle” blir i stand til å utføre oppgavene, hvilket illustreres i følgende utsagn:

”Det som tidligere var en stor jobb for kontoret og har vært det til og med i dag, vil forsvinne. Så det er klart at du må jo på en måte tenke at visse yrkesgrupper vil kanskje tenke at kontoret er mer og mer uvesentlige.” (RESP 3)

I forhold til Sennets teorier (2001) som jeg tidligere har nevnt, peker dette i retning av at ny teknologi kan bidra til å forenkle oppgaver i en slik grad at man ikke lenger vil ha behov for ekspertise for å løse dem. Dette kan føre til at yrkesidentiteten svekkes, også for sekretærene.

Det er spesielt interessant at selv om sekretærene kompetansemessig er i stand til å utføre nye typer oppgaver, er det likevel lite sannsynlig at de vil få tildelt nye oppgaver. Grunnen til dette er at sterkere yrkesgrupper kjemper om disse oppgavene, og det er en kamp sekretærene ser ut til å være dømt til å tape. Dette kan også ha sammenheng med at sekretærenes

fagforeninger fremstår som svake og ute av stand til å bistå i denne kampen. Dette harmonerer med Gulowsen (1987) som hevder at kvinner er overrepresentert i stillinger hvor fagforeningene er svake, og ute av stand til å kjempe for sine medlemmer. Spesielt ser talegjennkjenningsprosjektet ut til å være en utvikling som skaper usikkerhet i forhold til om man beholder jobben. Dette prosjektet medfører at sekretærene mister svært konkrete oppgaver og blir overflødiggjort i forhold til skriveoppgaver. Når legene dikterer direkte inn på en datamaskin blir sekretærenes skrivetjeneste overflødig. Denne overflødiggjøringen taler for at sekretærene i liten grad vil oppleve en statusheving som følge av nye arbeidsoppgaver, men i stedet erfare en svekket yrkesidentitet og avmaktsfølelse. Selvsagt avhenger mye av hva slags oppgaver de i fremtiden vil få, men det at gruppen mister så sentrale arbeidsoppgaver som journalskriving og annen journalbehandling, vil trolig medvirke til en nedgradering av yrket. Sekretærene selv har ikke valgt denne utviklingen, men mange opplever seg i stor grad som ”ofre” for endringer, og er innstilt på å prøve å tilpasse seg endringene som best de kan, nettopp fordi de grunnet sin svake stilling ikke har noe annet valg.

8.1.2 Implementering av ny teknologi - både trussel og nye muligheter

Det synes ikke å være noen tvil om at sykehuset som organisasjon er helt avhengig av sekretærgruppen for en vellykket gjennomføring av EPJ-prosjektet. Sekretærenes ansvar i forhold til prosesser i denne typen prosjekter vektlegges, og er en måte å inkludere sekretærene på både i forberedelse- og implementeringsfaser av prosjekter. Dette viser at sykehusledelsen her har inkludert sekretærene i organisasjonsutviklingsprosessen ved innføring av EPJ. Ledelsen ser i dette tilfelle ut til å ha anlagt en strategi O-ledelses-tilnærming som inkluderer flest mulig ansatte. Informanten fra sykehusledelsen vektlegger at ansvaret for gjennomføringen av en del prosesser ligger hos sekretærene selv, og at de er avgjørende for resultatet av gjennomføringen. Dette tyder på at sekretærene oppfattes som svært viktige i implementering av denne teknologien. På dette området besitter med andre ord sekretærene ferdigheter, innsikter og kompetanse som er etterspurt. Dette er naturlig fordi sekretærene er en yrkesgruppe som bruker IKT aktivt i sitt arbeid, og også har hatt ansvar for opprettelse og behandling av pasientjournaler. Denne erkjennelsen av sekretærenes nytteverdi harmonerer med Glouberman og Mintzbergs teori om viktigheten av å koordinere ulike deler av sykehuset samt teori av Vikkelsø og Vinge (2004) som blir behandlet i 8.1.4.

Informanten som er kontorleder mener at sekretærene har en viktig funksjon i endringsprosessene i forhold til teknologisk utvikling. Hun legger spesielt vekt på

sekretærenes rolle i forhold til å lære opp andre yrkesgrupper i ny teknologi. Dette samsvarer med synspunkt til informanten fra videregående skole som også vektlegger viktigheten av at sekretærene er gode på IKT fordi de har en funksjon som ”en forlenget hånd” for andre yrkesgrupper som ikke behersker IKT i samme grad. Det at noen sekretærer fungerer som superbrukere, og er et bindeledd mellom avdelingen de jobber på og IT-avdelingen, gir noen sekretærer en svært viktig rolle, og viser hvor viktig IKT er i sekretærens hverdag. Rollen som superbruker forsterker sekretærenes rolle i implementeringsfasen av ny teknologi og utvikling av IKT-systemer, spesielt fordi disse sekretærene blir kontinuerlig kurset for å lære opp andre sekretærer og også andre yrkesgrupper. Dette er et eksempel på at nye oppgaver gjennom ny teknologi kan gi økt status hos sekretærene.

Det synes som informanter i leder/fagansvarligposisjon i større grad enn sekretærene selv ser hvor viktig yrkesgruppen er i forhold til implementering av ny teknologi. Mens sekretærene til en viss grad erfarer at nye oppgaver blir tredd ned over hodene på dem, synes ledergruppen å ha innsett hvor avhengige organisasjonen er av sekretærene på dette feltet. Når det gjelder synet på sekretærenes oppgaver og status, er paradokset her at sekretærene selv ikke føler at de har nok innflytelse i prosessen, og at deres arbeid ikke blir nok verdsatt selv om lederne har innsett at organisasjonen er svært avhengige av sekretærene for å implementere teknologiske endringer. Dette kan ha sammenheng med at en implementering ikke er fullført før sekretærene har tilpasset sine rutiner. De resignerte og oppgitte holdningene til sekretærene kan også skyldes en avmakt og fremmedgjøring som har forsterket seg over tid. Her varierer imidlertid holdningene mellom hvilke informanter blant sekretærene jeg har snakket med.

Det er stor forskjell mellom de generelle oppfatningene hos sekretærene og oppfatningene hos ledere. Dette må sees i sammenheng med at samtlige informanter på ledernivå, i tillegg til fagansvarlig, legger stor vekt på at sekretærene må være fleksible. Dette kan på den ene siden være å skyve ansvaret for egen utvikling over på sekretærene selv og på denne måten distansere seg noe fra ansvaret. Arbeidsmiljøloven pålegger å legge til rette for arbeidstakerne. Når dette ikke skjer, er det frustrerende, spesielt for sekretærer som har problemer med å se mulighetene endringene bringer med seg. Alt i alt synes det å være mye avmakt og usikkerhet knyttet til innføring av ny teknologi. På den annen side utgjør teknologisk utvikling fra et lederssynspunkt helt klart muligheter for å spare og effektivisere driften i helseforetaket. Ledelsen har sine prestasjonskrav og er pålagt å drive så effektivt som

mulig. Når foretaket går med store underskudd presser også dette i retning av å ta i bruk nye teknologiske løsninger som kan redusere kostnader. Samtidig skaper endringer ofte angst og usikkerhet. Sykehusledelsen hevder at de jobber aktivt for å begrense uro ved å satse på individuell oppfølging og skape trygghet blant sekretærene. Om de lykkes med dette er imidlertid en annen sak. Tilliten til denne typen ledelsesmessige initierte tiltak synes tynnsnitt, og mitt inntrykk er at sekretærene er frustrerte, og føler stor avstand til sykehusledelsen.

8.1.3 Følger av autorisasjon av helsesekretærer.

I tillegg til de teknologiske forholdene knyttet til sekretærenes oppgaver, er også de kompetansemessige spørsmålene avgjørende og relevante i forhold til sekretærenes status, stilling og fremtid, for eksempel at man nå velger å ansette autoriserte helsesekretærer som kan utføre noen av de tradisjonelle sykepleieroppgaver. Økt grad av fleksibilisering av funksjoner kan virke til fordel for sekretærene, da det setter dem i stand til å utføre et større antall oppgaver.

”Vi har hatt diskusjoner på om enkelte poliklinikker kunne liksom godt vært bemannet med legesekretærfunksjoner som sykepleiere.” (RESP 4)

Dette sitatet fra en assisterende avdelingsleder viser hvilket potensial enkelte ledere ser i helsesekretærene med hensyn til funksjonell fleksibilisering. Dette harmonerer med Olbergs antakelse om at dette er en type fleksibilitet som i større grad vil prege arbeidslivet. Samtlige ledere, samt fagansvarlig ved videregående skole, antyder at sekretærene trolig vil få mer spennende oppgaver i fremtiden. Denne optimismen på vegne av sekretærene kan komme av at man i det nye arbeidslivet, som også avspeiles i utdanningssystemet, nå er mer opptatt av å løse oppgaver på best mulig måte, og ikke lenger er så opptatt av hvilke grupper som skal løse disse. Her ser en for eksempel for seg at en kan bruke sekretærene til enkelte enkle sykepleieroppgaver når sekretærenes oppgaver forsvinner som følge av ny teknologi. Dette kan gi sekretærene et statusløft ved at tidligere sykepleiefaglige oppgaver overføres til legesekretærene. Eksempelvis kan dette være oppgaver som blodprøvetakning, veiing, sykepleiedokumentasjon, osv.

Det er imidlertid grunn til å forvente at sykepleiergruppen vil motsette seg en slik utvikling. Ved å overlate noen av sine oppgaver til helsesekretærene avgir sykepleierne samtidig makt. I mitt materiale skiller informantenes synspunkt seg her. Ledere og fagansvarlig i videregående

skole har i større grad tro på at sekretærene vil få flere oppgaver i fremtiden. Det avspeiles vel sannsynligvis også av skoleverkets behov for å opprettholde klasser og utdanningstilbudet slik at ikke lærerne skal bli overflødige. Selv om det er variasjon i hvor stor pessimismen er blant sekretærene med tanke på fremtiden, går det først og fremst et skille i forventninger mellom pessimistiske sekretærer i praksis, og mer optimistiske ledere/fagansvarlig i skoleverket med hensyn til sekretærenes fremtidsutsikter.

Sykehusledelsen erfarer imidlertid at utviklingen kan gå i motsatt retning, for eksempel at støttefunksjonene til helsepersonell vil forsvinne, og at sykepleiere derfor selv må utføre sekretæroppgaver. Ledelsen er her samtidig tydelig på at utvikling av sekretærenes oppgaver er en del av helseforetakets overordnede mål; å ha rett kompetanse på rett plass for å tilby pasienten best mulig service. Ledelsen fokuserer samtidig på oppgaveløsning og på ett felles mål for alle profesjonene, nemlig å gi pasienten best mulig service med de midler avdelingene har til rådighet. Det er interessant at det blant ledere ikke er en felles oppfatning av om sekretærene får flere eller færre oppgaver. Felles for informantene som er ledere er at de ikke har den oppgittheten som flere av sekretærene viser. De er tvert imot fulle av optimisme, og tror fremtiden vil bli spennende for sekretærene. Det er uansett stor spenning knyttet til hva slags oppgaver sekretærene i fremtiden kommer til å arbeide med og hvor mange sekretærer man vil trenge til å løse oppgaver.

Hvilken vei det går, om det blir flere eller færre oppgaver, er svært avgjørende for sekretærenes fremtid. Her vil en fremtidig autorisasjon av helsesekretærer spille en avgjørende rolle hvis autorisasjon samtidig innebærer at sekretærene kan overta enkelte sykepleieroppgaver. Dette vil kunne tolkes som et gryende tegn i retning av semiprofesjonalisering, dvs. at gruppen er i ferd med å forvandle seg til en sterkere yrkesgruppe der de får autorisasjon for å utføre oppgaver og funksjoner. Hvis pendelen derimot svinger den andre veien, slik at sekretærene ikke vil få relevante ”erstatningsoppgaver” som en kompensasjon for de oppgavene som forsvinner, kan overflødiggjøring bli en realitet. Alt i alt viser denne diskusjonen at det er en sterk sammenheng mellom hva slags oppgaver sekretærene har og hva slags status de har i organisasjonen.

I lys av teori om ”det fleksible menneske” vil fleksibilisering også innebære nye identiteter og relasjoner til andre yrkesgrupper. Dette vil også medføre at dynamikken mellom yrkesgrupper

vil endres. I denne diskusjonen fremstår likevel ikke sekretærenes som en homogen gruppe. Deres synspunkter og oppfatning av identiteter, relasjoner og egen rolle varierer, og det er store forskjeller på hvordan de betrakter seg selv individuelt i organisasjonen og som gruppe. Dette i seg selv indikerer at gruppen samlet sett ikke er preget av enighet, men mangler en felles identitet og således ikke er i stand til å fremstå samlet og enhetlig. Dette er samtidig et uttrykk for at gruppen samlet sett vil stå svakt i en forhandlingssituasjon med ledelsen, med andre ord er gruppen individualisert og splittet og kan dermed være lett å herse med. Selv om sekretærene er mange i antall, vil en splittelse kunne føre til at gruppens innflytelse blir enda mindre i fremtiden. Følgende undersøkelse av Vikkelsø og Vinge viser imidlertid at det kan være avgjørende å inkludere sekretærene for å gjennomføre vellykkede endringsprosesser, spesielt i forhold til teknologi.

8.1.4 Undersøkelse av Vikkelsø og Vinge

Vikkelsø og Vinge skildrer hverdagslivet ved et sykehus. De tar utgangspunkt i empiriske eksempler på hva som faktisk skjer i hverdagen på et sykehus, Dette gjør de ved å bruke uttrykkene ”produksjonskjerne” og ”det pasientrelaterte arbeid”. De tar for seg problemstillinger og dilemmaer som er knyttet til organiseringen av helsefaglig arbeid i praksis. Forfatterne tar utgangspunkt i at det hverdagslige arbeid og organiseringen av dette blir redusert til kulisser for reformprosjekter og ledelse. Analyser av hverdagens arbeid blir i stor grad gjort gjennom å se på aspektene som ulike reformer frembringer. De beskriver behovet for å se på det dagligdagse arbeidet i organisasjonen i seg selv, ikke bare som en del av reformtiltak (Vikkelsø og Vinge, 2004). I deres perspektiv mister endringsstrategier noe av sin betydning fordi de skifter fokus fra det tradisjonelle overordnede strategiske perspektiv til det mer praktiske.

Også i denne sammenheng brukes teori av Mintzberg (83), og forfatterne tar fatt i hans oppdeling av organisasjoner i flere elementer: Topp- og mellomledelse, støtte- og stabsfunksjoner og produksjonskjerne. Vikkelsø og Vinge hevder i sin bok at disse begrepene ikke er dekkende for aktivitet ved sykehus. Ut fra disse begrepene skulle man tro at det i sykehus kun foregår produksjon eller ledelse og støtte av produksjonen. Hvis man henger seg for mye opp i disse begrepene kan man miste dimensjoner av aktiviteten som faktisk foregår ved sykehus. Forfatterne hevder også at det er mye av det som foregår i den såkalte produksjonskjerne som ikke er kjerneytelser. Et eksempel på dette kan være en assistent på

operasjonsavdelingen som rengjør gulv og ikke opererer. Motsatt bruker også leger, sykepleiere og andre profesjonelle store deler av sin arbeidstid på annet enn direkte pasientarbeid, som diktering, journalføring osv. Det må finnes en overlapp av Mintzbergs begreper for at dynamikken og bevegelsene som får hjulene til å gå rundt skal fanges opp. Hvis begrepene kun sees hver for seg, blir sykehusets aktiviteter svært fragmentert. I tråd med forfatterens oppfatning, det vil si at endringer reflekteres i ”hverdagslivets arbeid”, er det nettopp en mer håndfast endring, en teknologisk endring, som klarer å rokke ved institusjonaliserte ”sannheter” om hvordan pasientinformasjon bør behandles (Vikkelsø og Vinge, 2004).

I stedet for å fokusere kun på arbeidet i produksjonskjerne eller pasientrelatert arbeid, fokuserer forfatterne på arbeid som ikke utelukkende dreier seg om ledelse eller organisering av oppgaver. Dette fordi de mener at det har vært gjort så mye forskning på disse feltene, og at oppmerksomheten bør rettes mot det som skjer i det daglige. De mener videre at det er hensiktsmessig å sette grenser for forskningen ved bestemte personer, da disse ofte skifter roller, og kan være både ledere og medarbeidere i skiftende settinger. Man bør derfor se på hvilke konkrete oppgaver personer utfører, og hvilke prosesser som skjer i det daglige arbeid. Deres empiriske analyser har som mål å gi informasjon og ny innsikt om helsevesenets komplekse dynamikk og peke på ”nye” handlingsalternativer.

Sekretærene ved Sørlandet Sykehus HF befinner seg i en situasjon hvor de ikke direkte blir omfattet av ulike reformtiltak og ledelsesprosesser som gjelder generelt for hele sykehuset eller for avdelingene. De må tilpasse seg endringer som blir gjort, og legge opp sine arbeidsrutiner etter disse. Et problem for sekretærene er at de har liten innflytelse i endringsprosesser, og selv om de er viktige aktører i sykehusets pasientkontakt, fra begynnelse til slutt, er ikke deres arbeidsoppgaver av en slik karakter at de er relevante for ”viktige” avgjørelser. Den manglende innflytelsen gjør at sekretærene i praksis har liten makt over sin egen hverdag. Dette ligger i arbeidets natur, fordi sekretærene stort sett har ansvaret for ”småting”, og dette er med på å sementere sekretærenes relativt lave status i en generell sammenheng. Nettopp fordi det finnes lite forskning på sykehusarbeid som ikke er omfattet av strategiske visjoner, er det også lite litteratur som tar for seg sekretærenes rolle.

Imidlertid synes Vikkelsø og Vinges undersøkelse å peke på at for å gjennomføre gjennomgripende effektive endringer i en så stor organisasjon som et sykehus er, er nettopp sekretærene essensielle for å endre dynamikken i sykehuset. Til tross for de stadig pågående endringsprosesser helsevesenet, og kanskje sykehus spesielt, er utsatt for, viser det seg at svært mange ikke fører til forventet effektivitetsgevinst. Glouberman og Mintzberg (2001) hevder at ingenting fundamentalt ser ut til å forandre seg, til tross for stadige reformer som tar sikte på å forandre styringssystemene ved sykehus. Forfatterne forklarer dette med at sykehus er spesielt komplekse organisasjoner, og hevder derfor at man må se på ett organisasjonselement av gangen. Man kan ha et inntrykk av at det er mest effektivt å forsøke å endre hele sykehuset på en gang, men dette viser seg vanskelig gjennomførbart. Vikkelsø & Vinges undersøkelse viser at Glouberman & Mintzberg sine teorier fungerer i praksis, og at disses vektlegging av koordinasjon mellom ulike verdener i praksis i stor grad utføres av sekretærer.

Manglende resultater, til tross for tallrike endringsreformer, kan også skyldes at for de aller fleste, og i flere profesjonsgrupper, er endringsprosesser noe som skjer langt over hodet på dem som er opptatt med å få hjulene til å gå rundt. Stadige krav om økt effektivitet og diverse kvalitetsforbedringer gjør at man blir svært oppsatt på å gjøre en god jobb, noe som i sin tur fører til at man distanserer seg fra høytsvevende visjoner og konsentrerer seg om å få arbeidet unna. Trolig er dette en naturlig følge av å arbeide i et så stort system som et sykehus er. I samsvar med Vikkelsø & Vinge samt denne studien, peker dette i retning av at det er nødvendig å fokusere på hverdagslivets arbeid for å gjennomføre effektive endringsprosesser. Dette er en såkalt ”bottom up” endring/strategi O som er inkluderende og krever bred deltakelse fra alle involverte grupper. Hvis en endring er så dyptgripende at den også involverer sekretærene, vil arbeidsflyten kunne bli endret gjennom sekretærenes rutiner og arbeidsoppgaver.

8.1.5 Avsluttende diskusjon - Teknologi og arbeidsoppgaver

Hvilke oppgaver sekretærene har henger tett sammen med status i organisasjonen. Sykehuset vil i fremtiden satse på å ansette autoriserte legesekretærer som har autorisasjon til å overta enkle sykepleieroppgaver. Dette er svært avgjørende for sekretærenes fremtid og har stor betydning for status. Sekretærenes selvfølelse og yrkesidentitet er også tett knyttet opp til

hvilke arbeidsoppgaver de utfører, og det skaper usikkerhet når teknologi forenkler oppgaver slik at ”alle” kan utføre dem, og sekretærenes ekspertise blir overflødig.

Det er ingen tvil om at teknologiske endringer forandrer sekretærenes hverdag dramatisk. Den største utfordringen ser ut til å være talegjenkjenningsprosjektet som foreløpig bare er gjennomført på én avdeling. I tillegg har det blitt gjennomført innføring av EPJ ved flere avdelinger som ser ut til å endre dynamikken, informasjonsstrømmene og arbeidsoppgavene ved sykehuset. Det er bred enighet blant sekretærene om at de ikke har fått sin status forbedret grunnet teknologiske nyvinninger. Det er også konsensus blant sekretærene om at økt arbeidstilfang og flere oppgaver vil høyne deres yrkesmessige status. Sekretærene erfarer ikke at de har en viktig rolle i implementering av ny teknologi, selv om ledere på ulike nivå ved sykehuset og fagansvarlig ved en videregående skole gir uttrykk for at sekretærene er en viktig ressurs, ikke bare i implementeringsfasen av nytt utstyr, men også i forhold til å lære opp andre i bruk av dette utstyret. Det som ser ut til å være mest avgjørende for sekretærenes fremtid, men som samtidig skaper bekymring hos dem, er om gruppen blir i stand til å ”kapre” nye oppgaver når gamle oppgaver forsvinner. Uansett vil IKT være svært viktig i sekretærenes hverdag, de behersker ofte dette godt og de har lang erfaring med dette. Noen sekretærer har allerede et opplæringsansvar overfor andre yrkesgrupper på IKT-området, noe som trolig vil bidra til å styrke deres posisjon og status både ved avdelingen og ved sykehuset generelt.

At sekretærene blir sterkt involvert harmonerer med Vikkelsø og Vinges undersøkelse, som konkluderer med at det er nødvendig å ha et praktisk fokus og inkludere sekretærene i endringsprosesser for å få gjennomgripende endringer. Arbeidsflyten på en avdeling er sterkt avhengig av den kontinuiteten en sekretær representerer, som sammen med koordinering gjennom bruk av teknologi utgjør samarbeid mellom Glouberman og Mintzbergs fire atskilte ”verdener”. Det er enighet blant sekretærene om at noen oppgaver kan skape høyere status. Imidlertid er det uenighet om hvorvidt nye typer oppgaver høyner status, eller om sekretærene føler seg som den samme gruppen, og for lite verdsatt, uansett oppgaver. Dette er trolig delvis betinget av at det er usikkerhet knyttet til hva slags oppgaver sekretærene egentlig vil utføre i fremtiden. Det er et skarpt skille mellom sekretærer på den ene siden og ledelsen/fagansvarlig ved videregående skole på den andre angående hva slags oppgaver de tror sekretærene vil få i fremtiden. Den sistnevnte gruppen er langt mer positiv enn sekretærene selv i forhold til dette.

Fordeling av arbeidsoppgaver mellom yrkesgrupper handler i bunn og grunn om *maktforhold*. En forskyvning av arbeidsoppgaver innebærer også en forskyvning av maktforhold, og dette er relevant i forhold til hva slags oppgaver sekretærene kan vente å få i fremtiden. Dette er avgjørende for dynamikken ved sykehuset, og man får inntrykk av at sekretærene føler seg relativt maktesløse i kampen om å få nye oppgaver, nettopp fordi de har liten reell makt i organisasjonen. Flere sekretærer snakker om at de er for svake til å skaffe nye oppgaver. Imidlertid er det et viktig aspekt at sekretærene har stor oversikt over hva som skjer i organisasjonen, og at dette gir dem mye informasjon og ”taus” kunnskap. I henhold til Bertelsen (2005) kan det være vanskelig å kartlegge hva slags kompetanse sekretærene faktisk har og deres rolle i organisasjonen, blant annet fordi man ikke har hatt tradisjon for å dokumentere alt arbeidet sekretærene faktisk gjør.

Som tidligere nevnt, er teknologiutviklingen svært avgjørende for sekretærenes fremtid, og for noen oppleves det som yrkesidentiteten blir svekket fordi teknologi fører til at mange av oppgavene sekretærene tradisjonelt har gjort, blir forenklet og kan utføres av ”alle”. Dette kan ifølge Sennett føre til at yrkesidentiteten svekkes (Sennett, 2001). Det trekkes også frem at gruppens fagforeninger er relativt svake, og man frykter at dette vil føre til at sekretærgruppen ikke vil få nok nye oppgaver som erstatning for oppgavene som forsvinner grunnet teknologisk utvikling. Sekretærenes oppgaver er som ovenstående drøfting viser, svært viktige for arbeidsflyten på en avdeling, og sekretærene er på mange måter en gruppe som ”holder hjulene i gang”.

8.2.0 Organisering og innflytelse

Hvilke typer oppgaver sekretærene vil få avhenger i stor grad av hva slags organisering og arbeidsdeling sykehuset vil ha i fremtiden.

8.2.1 Analyse og diskusjon - Organisering og innflytelse

”Sekretærene bør ikke ha noen egeninteresser, på samme måte som legene ikke bør ha noen egeninteresser som skal formidles oppover. Egeninteressene til sekretærene, til legene, til sykepleierne, skal formidles innen avdelingen og det skal avklares innen avdelingen.

Egeninteressene til sekretærene skal gå via fagforeningene hvis det er den type egeninteresser du snakker om, hvis det er lønn og arbeidstid osv., så skal dette gå via fagforeningene. Men i

det øyeblikket du er yrkesutøver i en avdeling, så er det tverrfagligheten og vår avdelings behov for tjenester som må være det som skal oppover i systemet” (RESP 6).

Denne uttalelsen fra en informant i sykehusledelsen illustrerer hva som kan influere sykehusledelsens strategiske vurderinger. På grunn av at sekretærene fungerer som en støtte for de andre profesjonene, er det begrenset hvor stor innflytelse de har på hva som skjer i avdelingen. Deres arbeid berører ikke direkte sykehusets primæroppgaver, og de vil derfor også ha begrenset innflytelse, nettopp fordi de er en støttefunksjon, og ikke en av sykehusets bærende funksjoner. Nettopp derfor blir det viktig for yrkesgruppen at de har en sterk fagforening med mulighet til å formidle sekretærenes interesser overfor sykehusledelsen.

8.2.1.1 Sekretærenes fagforeninger

Fagforeningskanalen er også en formell kanal hvor sekretærene kan fremme sine interesser og synspunkter. Det er imidlertid et paradoks at sykehusledelsen fremhever fagforeningene som sekretærenes talerør og innflytelsesmulighet høyt oppe i hierarkiet, når sekretærene selv hevder at fagforeningene er svake, og tydelig reiser tvil om fagforeningenes kapasitet til å støtte yrkesgruppen tilstrekkelig. Samtidig må man her ta i betraktning at sykehusorganisasjoner er under sterk påvirkning av forhold utenfor sykehusets kontroll (Erichsen, 1996). De ytre faktorene vil også ha betydning for helsesekretærene. Følgende sitat fra en informant i lederposisjon tydeliggjør dette utenforliggende forholds betydning:

”Samtidig så har det kanskje skjedd mer utenfor sykehuset enn innenfor sykehuset. Dette med helsesekretærfunksjonen, ... Det var en del fast ansatte hos som tok den kompetansen for 3-4 år siden, og da begynte vi så vidt å tenke en annen måte å samhandle på med merkantilt personell opp mot pleietjeneste. Vi har et langt stykke å gå, men at merkantilt personell har beveget seg mer inn i de arenaene hvor sykepleierne var, helt klart, og det tror jeg er viktig” (RESP4).

På dette området vil fagforeningene kunne ha en sentral rolle i å fremme sekretærenes interesser i forhold til ytre rammebetingelser, for eksempel gjennom tariffområdet og via sentrale fagforeningsekretariat i forhold til politiske kanaler og sentral helseforvaltning. Jeg har vært i kontakt med en representant for Fagforbundet som er en av de største fagforeningene i Vest-Agder. Personen jeg snakket med jobber selv som sekretær ved Sørlandet Sykehus HF og er et aktivt medlem av Fagforbundet. Hun kunne fortelle meg at sekretærene ved Sørlandet Sykehus HF stort sett er organiserte. De fleste er enten i

Fagforbundet, som er tilordnet LO, eller i KFO, som er underordnet Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS). Fagforbundet jobber for å heve kompetansen blant sine medlemmer, og på denne måten gjøre dem til en sterkere gruppe i organisasjonen. En av YS sine medlemsorganisasjoner er Norges Helsesekretærforbund. Et av punktene som er oppgitt som hva forbundets mål, er følgende:

”Arbeide for at det ansettes personell med riktig fagkompetanse i forhold til arbeidsoppgaver” (<http://www.nhsf.no/hvaer.html>). I dette ligger det at forbundet forplikter seg til å jobbe for å utvikle en kompetanse hos sine medlemmer som er tilpasset endrede oppgaver. Det står videre eksplisitt i deres overordnede målsetting at informasjonsteknologi gir helsesekretærene nye arbeidsoppgaver og mer ansvar og at NSHF skal *”oppmuntre medlemmene til å se de muligheter og utfordringer utviklingen gir yrkesgruppen”* samt *”støtte og oppmuntre medlemmene til å delta aktivt i omstillingsprosesser”* (<http://www.nhsf.no/hvaer.html>).

Ovenstående sitater viser hvor tett sammenvevd fagkompetanse er med utfordringer/muligheter, samt med omstillingsprosesser. Disse uttrykkene er selve hovedingrediensene i helsesekretærenes posisjon. Forbundet ser det som sin oppgave å legge til rette for at medlemmene er i stand til å møte utfordringene ved omstillinger, og oppmuntrer dem til å aktivt delta i disse. Dette krever at det finnes arenaer hvor sekretærene får lov til å delta aktivt. Imidlertid har helsesekretærene ved sykehus sjelden reell innflytelse på store omstillingsprosesser. Deres oppgave er å utvikle rutiner for hvordan sekretærene best kan tilpasse seg endringer i kjølvannet av avgjørelser som allerede er tatt. Selv om sekretærene har innflytelse i den grad at de blir trukket med som ”eksperthjelp” i prosjekter og utvalg i forbindelse med implementering av teknologi, er deres reelle innflytelse i organisasjonen lav.

Som i flere andre sammenhenger ”taper” også sekretærene i fagforeningssammenheng sammenlignet med andre yrkesgrupper. Selv om de fleste sekretærene ved Sørlandet Sykehus HF er organisert, er det vanskelig å forestille seg at fagforeningene har stor reell makt. Dette har sammenheng med at sekretærene ikke har en formell ekspertise som er vanskelig erstattbar, og som fagforeningsmedlemmer har de derfor lite å forhandle med. Fagforeninger er svært viktig i forhold til organisasjonsmessig og samfunnsmessig status og innflytelse for en yrkesgruppe, og sekretærenes arbeidsforhold i fremtiden avhenger derfor sterkt av hvor

stor innflytelse deres fagforeninger har. I denne sammenheng synes det avgjørende at man har begynt å autorisere legesekretærer og på den måten beskytter deres yrkestittel. Spesielt når en gruppe har lav status, og det er mange medlemmer i gruppen, er det gjennom antall og ved å stå sammen man kan hevde seg. Autorisasjon er et annet virkemiddel i denne sammenheng. At Norsk Helsesekretærforbund har nedfelt i sitt prinsippprogram at forbundet skal ”*arbeide for gruppens anseelse og faglige standard*” og ”*fremme medlemmenes innflytelse og medbestemmelse over sin egen arbeidssituasjon*”, er også svært viktig i forhold til helsesekretærenes rolle generelt sett. NSHF er tilknyttet YS som videre er tilknyttet KFO, og yter dermed stor innflytelse og representerer mange medlemmer.

8.2.1.2 Profesjoner og innflytelse

Sykehusledelsen mener helt klart at man ikke må fokusere på profesjoner, men ha oppgavefokus for å løse oppgaver på best mulig måte. Helseforetaksreformens syn på ledelse målbæres på denne måten gjennom denne typen ledelsesmessige forestillinger. Fokuset skal nå være organisasjon og ikke profesjon, det vil si at helseforetakenes nye ledere har strategier som ikke nødvendigvis harmonerer med profesjonenes interesser og strategier. Ledelsen vil gjerne hevde at en ikke kan sette en gruppes (profesjons) interesser foran avdelingens beste, og at det er dette man bør fokusere på. Informanten som er avdelingsleder, slutter seg til dette synet, og mener at man generelt sett er for fastlåst i profesjoner til å kunne se nye muligheter. Hvis fokuset heller er på hvordan man løser oppgaver på mest mulig effektiv måte, vil nye muligheter åpne seg. Nettopp fordi sekretærene så tydelig føler seg overkjørt i visse situasjoner, kan det være vanskelig å se sekretærrollen i en større helhet og godta at endringer er til avdelingens beste. Paradokset er at ledelsen vil ha med alle, men i liten grad tar utgangspunkt i en modell for endringsledelse som sier at en ”bottom up”-tilnærming er nødvendig for å få med seg flest mulig ansatte i endringsprosesser.

Også i forhold til hvordan ulike profesjoner samarbeider, er det blandede meninger blant sekretærene. En sekretær mener helt klart at hun får god anerkjennelse av de andre yrkesgruppene for arbeidet hun gjør. En annen er noe mer skeptisk, og mener at sekretærene som gruppe ikke blir tatt nok hensyn til, og at det er andre yrkesgrupper som bestemmer mer. Hun føler at hun har liten innflytelse sammenlignet med andre grupper. Overfor kontorleder blir hun hørt, men på avdelingen generelt mener hun at hennes meninger ikke blir tatt nok hensyn til, uansett om hun sier sin mening. Flere sekretærer føler at de ikke har nok innflytelse i samarbeid med andre yrkesgrupper eller på organisasjonen som helhet. Noen

mener imidlertid at samarbeidet er bra, og at man får nok anerkjennelse for arbeidet man gjør. Ledelsen på ulike nivåer synes å mene at samarbeidet er bra. Dette kan skyldes at de mener at det er lagt til rette for godt samarbeid, men at det ikke fungerer slik for alle i praksis.

Ikke bare av selvsagte grunner som respekt og samarbeid, men også av effektivitets- og kvalitetshensyn, er det svært viktig for sykehusets drift at så mange som mulig føler seg forstått og hørt. Skillet mellom profesjoner og ikke-profesjoner vil alltid være der, i og med at man trenger ulike yrkesgrupper for å utføre oppgavene man er satt til. Samtidig er de største utfordringene for sykehusene i dag å ivareta en mest mulig effektiv arbeidsflyt, samtidig som ingen i produksjonskjeden føler seg overkjørt. Vellykket samarbeid i team kan også fungere som en motivasjon for å gjøre en ekstra innsats. Dette er selvsagt noe man bør arbeide for å oppnå, og en måte å gjøre dette på, er å minke gapet mellom sykehusledelsens overordnede mål og de ansattes, også sekretærenes, målfokus. Enhetlig ledelse har som mål å bidra til dette. Det er også viktig at man ikke er så fastlåst i profesjoner at man ikke ser nye muligheter, hvilket poengteres av flere informanter.

I forhold til innflytelse på egen arbeidssituasjon, er det ganske bred enighet om at det varierer sterkt. En sekretær hevder at eldre medarbeidere tenker at det som er nytt ikke er noe bra, og at det derfor kan være vanskelig for nye medarbeidere å få innflytelse. Det å være erfaren er, ifølge henne, en fordel for å ha innflytelse. Sykehusledelsen presiserer at det ikke er meningen at sekretærer på kliniske avdelinger skal ha direkte innflytelse på sykehusledelsen.

Eventuell innflytelse fra sekretærene over avdelingsnivå skjer gjennom fagforeninger, og da skal den gjelde sekretærene som gruppe. Dette kan være med på å gjøre at sekretærene føler at de har liten innflytelse, og at det er stor avstand til sykehusledelsen som tar avgjørelser som i stor grad berører dem, og denne erfaringen forsterkes trolig av at innflytelsen i tillegg må skje gjennom fagforeningen. En sekretær sier også at hun på ingen måte er særlig engasjert i fagforeningsarbeid, hun er medlem fordi hun føler at hun må. Hvis hennes mening om dette er representativt for sekretærgruppen som helhet, kan det også synes som om avstanden mellom fagforeningene og medlemmene er stor. Dette kan ha stor betydning for i hvor stor grad sekretærene faktisk har innflytelse i organisasjonen. Følelsen av å ha innflytelse henger tett sammen med hvor stor sjanse man har for å bli hørt av dem man oppfatter er beslutningstakere i relevante avgjørelser, og at fagforeningen har en stemme som blir hørt. I og med at helseforetaket har blitt utvidet, vil det være naturlig om man oppfatter avstanden til

ledelsen større, hvilket også hevdes fra topplederhold. Det synes som at det som betyr noe for mange sekretærer er det som skjer på avdelingen, og at man ikke har fokus lenger oppover i systemet. En representant fra sykehusledelsen sier følgende:

”Det som er klart er at vår organisasjon er vant til å være i ett og ett sykehus, ett og ett DPS, ikke sant? Hvor det er på en måte, folk kjenner hverandre, og det er uformelle kommunikasjonslinjer. Etter at helseforetaket er slått sammen til begge Agder-fylkene snakker vi om tre svære sykehus som har 5300 ansatte. Det gjør noe med strukturen, og en kan ikke si at vi har flat struktur i et sånt system, for da ville det ikke være mulig å lede, det ville ikke være mulig å styre. Så jeg tror kanskje det er en slags tilpasning både av foretaksledelsen og de ti menneskene som er foretaksledelsen som skal være ledelse for de 5300, de må i enda større grad anstrenge seg for å ha kommunikasjon på de arenaene hvor det er mulig, med så mange som mulig i løpet av ett år. Samtidig tilpasser organisasjonen seg at flest mulig beslutninger i systemet fattes på et lavest mulig nivå, altså alt som kan bestemmes på avdelingsnivå må bestemmes på avdelingsnivå av den avdelingsledelsen som er satt til å lede innenfor det ansvaret. Det som må fattes på klinikknivå, det skal fattes på klinikknivå, så det blir det som skal på foretaksnivå som skal opp dit, og da skal det i utgangspunktet være på de overordnede beslutningene, de strategiske vurderingene, og ikke på detaljnivå eller på enkelte medarbeidere. Det strekket der, og forståelsen av en sann type organisasjon som blir så svær, det er en læring for ledelsen.” (RESP6)

Ovenstående sitat fra medlem av den sentrale helseforetaksledelsen viser at sammenslåingen av tre sykehus til Sørlandet Sykehus HF under en sykehusledelse har forandret mye i organisasjonen. Mens ansatte innad i de ulike sykehusene tidligere forholdt seg til hverandre, er samtlige nå underlagt samme ledelse, og en og samme organisasjon. Dette bidrar til å redusere innflytelsesmuligheten for de enkelte da flere forhold nå blir besluttet sentralt i en organisasjon med over 5200 mennesker. Paradokset er at helseforetaksledelsen parallelt gir uttrykk for at flest mulig beslutninger skal fattes på lavest mulig nivå. Dette betyr at avdelingene skal ha autonomi med hensyn til en del spørsmål, men at ansatte ikke nødvendigvis opplever det slik. Dette viser at de store organisasjonsendringene i forbindelse med sammenslåingen av sykehusene har konsekvenser som er svært avhengig av hvilket ståsted man har. Uansett har det krevd en stor grad av tilpasning fra alle impliserte. For sekretærenes del har de uansett relativt liten innflytelse, for heller ikke på avdelingsnivå blir de hørt i like stor grad som det medisinske personalet.

Generelt sett synes det som sekretærene i klinisk virksomhet ved Sørlandet Sykehus HF mener at de har for lite innflytelse både over egen arbeidssituasjon og på organisasjonen som en helhet. Deres situasjon er betinget av de organisatoriske rammene, og de befinner seg i skjæringspunktet mellom grupper, det vil si profesjoner versus ledelse, som ”krangler” om

profesjonsfokus eller organisasjonsfokus. Deres fremtid avgjøres med andre ord i stor grad av forhold utenfor deres kontroll. Dette synes å skape en avmaktsfølelse hos sekretærene. På den annen side er det lite relevant for sekretærene å ha stor innflytelse på overordnede strategiske eller medisinfaglige avgjørelser. Deres status som støttefunksjon befester deres posisjon som en gruppe med relativt liten innflytelse. Der er en utbredt oppfatning av at når egen innflytelse i forhold til eget arbeidsområde er for liten skaper dette mistriivsel, dårlig selvbilde og avmakt. Når nøkkelen til denne typen arbeidstakeres innflytelse (jfr Gulowsen, 1987) først og fremst kanskje går via en sterk fagforening, som imidlertid sekretærene heller ikke erfarer, gir dette en ytterligere forsterkning av avmakt blant sekretærene.

Resultatvurdering av helsereformen viser at de ansatte ikke føler at de har stor grad av medbestemmelse, og dette skulle tale for at ansatte i sykehus generelt føler at de ikke har stor innflytelse på organisatoriske endringer som foregår (Pressemelding Norges Forskningsråd 21.02.07, Resultatvurdering av den norske sykehusreformen, 2007).

På grunn av at sekretærene fungerer som en støtte for de andre profesjonene, er det begrenset hvor stor innflytelse de har på hva som skjer i avdelingen. Deres arbeid berører ikke sykehusets primæroppgave direkte, man vil ha innflytelse som en støttefunksjon og ikke som en av sykehusets bærende funksjoner. Nettopp derfor er det viktig for yrkesgruppen at man har en sterk fagforening med mulighet til å formidle sekretærenes interesser. Det er imidlertid ingen tvil om at sekretærene har en viktig posisjon i organisasjonen. Selv om de er en støttefunksjon utfører de oppgaver som absolutt er nødvendige for å få det til å gå rundt i en travelt hverdag. Dette blir spesielt vektlagt av informanter som er i lederposisjoner.

At det er relativt stor forskjell i svarene fra informantene som innehar lederstillinger og informantene som jobber som sekretærer i forhold til syn på utvikling av sekretæryrket, kan skyldes noe så enkelt som at man har ulikt ståsted. At lederne synes å være mer positive enn sekretærene kan ganske sikkert forklares ut fra at det er sekretærene som blir tildelt, eventuelt fratatt oppgaver, det er sekretærene som i første rekke står i fare for å bli overflødige, og at det er sekretærene som synes å ha lavere status enn pleiepersonell. I tillegg er de en støttegruppe for medisinsk personell som historisk sett har hatt mye makt og innflytelse ved sykehus. På bakgrunn av dette er det innlysende at deres innflytelse på avgjørelser i organisasjonen er begrensede. Det betyr at sekretærene i stor grad er prisgitt sterke

profesjonsgrupper, men i tillegg langt på vei den nye ”strategiske” toppledelsen i helseforetaket.

I forhold til utvikling av sykehus som organisasjon, har vi på den ene siden ledelsen som har sterkt økonomisk fokus på å innfri krav til økonomisk lønnsomhet og effektivitet. Ledelsens hovedutfordring er å legge til rette for at sykehuset kan løse oppgaver man er satt til innenfor rammen av tildelte knappe midler. For å drive helseforetaket mest mulig effektivt fra et ledersynspunkt, er det nødvendig å ha fokus på oppgavene som skal løses, og mindre fokus på profesjon. I motsatt retning befinner den tradisjonelle profesjonstenkningen seg. Her har det særlig blitt fokusert på profesjonskampen mellom leger og sykepleiere, da det er disse yrkesgruppene som tradisjonelt har drevet med pasientbehandling. Etter hvert har også flere yrkesgrupper kommet til og overtatt noen av oppgavene til disse to profesjonene. Disse sterke profesjonene er sterke grupper med innflytelsesrike organisasjoner i ryggen.

Da man har besluttet gjennom diskusjoner med avdelinger og fagforeninger at man i fremtiden foretrekker å bare ansette autoriserte helsesekretærer, kan det synes som også sekretærenes fagforeninger har øvet innflytelse for å støtte sine medlemmer. Dette er også i ledelsens interesse. Ikke bare sikrer man seg en kompetanseplattform med utdanning tilpasset fremtidens sekretæroppgaver, man får også en ensretting av denne kompetansen. Fordi sekretæren er en yrkesgruppe som er inne i flere etapper av pasientforløpet, er denne ensrettingen og kvalitetssikringen av kompetanse blant sekretærene en tendens som peker fremover mot en ”profesjonskultur” blant sekretærene, tilpasset dynamikken mellom leger og sykepleiere spesielt, og også annet helsepersonell. I intervjuene med sekretærene påpekes det blant annet at autorisasjonen av helsesekretærer er svært viktig for dem. Ikke bare av den opplagte grunnen at det i større grad sikrer dem oppgaver, men også fordi det gjør dem til en sterkere gruppe med større innflytelseskraft.

Faren for organisatoriske endringer som fører til oppsigelser blant sekretærene som følge av teknologisk utvikling, fremstår som en reell trussel. Det er imidlertid mange usikkerhetsmomenter knyttet til hva som skjer i kjølvannet av pågående og kommende endringsprosesser i sykehuset. Undersøkelser fra lignende situasjoner i Danmark viser at teknologiske endringer ikke nødvendigvis erstatter helsesekretærer, men at nye oppgaver kom til etter innføring av ny teknologi, og at færre sekretærer enn antatt måtte gå. Det gjenstår å se

om dette også blir tilfellet ved norske sykehus. Uansett er dette kjernen for mye frustrasjon og usikkerhet hos sekretærgruppen.

8.2.3 Forskningsrådet resultatevaluering.

Forskningsrådets resultatevaluering av sykehusreformen viser klart at mange av de ansatte i helseforetakene ikke opplever stor grad av medbestemmelse. Selv om det i foretaksreformen inngår økt autonomi for hvert enkelt helseforetak i forhold til å treffe beslutninger for å skape en mer effektiv drift, synes mange ansatte at det er lang avstand mellom dem selv og beslutningstakerne. Reformen legger vekt på helseforetakenes rett til medbestemmelse i forhold til lokale og regionale myndigheter, men spesifiserer ikke medbestemmelse i forhold til ansatte (Forskningsrådets resultatevaluering, 2007). Evalueringen viser samtidig at det kan være store lokale variasjoner mellom avdelinger og enheter når det gjelder medbestemmelse i forbindelse med endringsprosesser. Her kom psykiatriske avdelinger best ut, mens medisinske og kirurgiske avdelinger kom dårligere ut.

8.2.4 Konklusjon organisering og innflytelse

Helsesekretærene mener generelt at de ikke har nok innflytelse på beslutninger som tas. I forbindelse med teknologisk utvikling oppfattes det av flere sekretærer som at endringer blir ”tredd nedover hodet på dem”, og at de må tilpasse seg disse. I denne sammenheng er det avgjørende at sekretærene står i fare for å bli overtallige, og opplever en maktesløshet i forhold til dette. Lederne gir generelt sett uttrykk for at sekretærene har nok innflytelse i saker som angår dem. Det taler likevel til sekretærens fordel at ledelsen i større grad synes å anlegge et maskinbyråkratisk utviklingsperspektiv på organisasjonen, med større oppgavefokus som erstatning for det tradisjonelle profesjonsbyråkratiske perspektiv på sykehus hvor sterke profesjoner har strides om makt i organisasjonen. Imidlertid viser en resultatvurdering av sykehusreformen at ansatte generelt, ikke bare sekretærer, føler at de har liten innflytelse på viktige avgjørelser. Dette kan tyde på en generell tendens til sentralisering av beslutninger i forbindelse med omstillingsprosesser, og at man ikke har valgt en utviklingsstrategi som er inkluderende nok i norske helseforetak. Dette samsvarer med det bildet jeg har dannet meg på bakgrunn av egne intervjuer og erfaringer.

Fagforeninger er svært viktige for å styrke sekretærenes rolle, og en autorisasjon av helsesekretærer som gjør dem i stand til å utføre oppgaver som tradisjonelt har tilhørt

sykepleierne, er et eksempel på at deres posisjon styrkes. Dette kan bli avgjørende for sekretærenes fremtid, fordi det spesielt fra sykehusledelsen påpekes at fagforeninger er den kanalen som kan påvirke beslutningstaking over avdelingsnivå. Fagforeningene jobber for å sikre fleksibilitet og tilpasningsevne hos helsesekretærene, og dette synes å være svært viktig i forhold til å tilpasse seg nye oppgaver. En autorisasjon av helsesekretærene er også svært viktig for sekretærene i forhold til å skaffe seg oppgaver og ha innflytelse gjennom disse.

8.3.0 Pasientkontakt

Med utgangspunkt i at pasientkontakt er svært viktig i forhold til identitetsskaping hos sekretærene, og er den arbeidsoppgaven sekretærene gjør som krever mest av personlige egenskaper, har jeg valgt å behandle dette som et eget tema. Teori og empiri viser at dette er en oppgave som er typisk ”kvinnelig”, og temaet vil derfor bli drøftet opp mot kjønnteori.

8.3.1 Analyse og diskusjon - Pasientkontakt

”Ja, veldig viktig. Ja, det er jo vi som møter pasienten, og det er vi som setter opp og ordner at de skal komme når de skal. Vi er de første de møter og de siste møter” (RESP 7).

Slik svarer en sekretær på spørsmål om hun anser sekretærene for å være en viktig del av nettverket rundt pasienten. Pasientkontakt er en svært viktig del av jobben sekretærene utfører, og hun mener at hun har stor innvirkning i nettverket rundt pasienten både via telefon og i ansikt-til-ansikt-kontakt gjennom ekspederingsarbeid, slik at sekretærene kjenner pasientene godt. Siden pasientgruppen er liten på den avdelingen denne informanten jobber, gjør pasientene og hva som skjer med dem større inntrykk enn på andre avdelinger. Denne informanten har hatt spesifikk opplæring i pasientkontakt som bare har blitt gitt til noen få sekretærer som spesielt egner seg til denne typen arbeid. Dette gir sannsynligvis økt selvfølelse og opplevelse av ”å bli sett”. Dette bidrar trolig også til en heving av statusen i forhold til eget arbeid, og mer motivasjon for å yte sitt beste. Denne selvforståelsen til informanten er helt i tråd med Forseths teori (2002) om at medarbeidere som driver med emosjonelt arbeid har muligheter til selvrealisering og bygging av identitet gjennom kontakt med mennesker. Denne delen av pasientkontaktens betydning er samtidig en del av den tause kunnskapen sekretærene besitter. Hva som konkret skjer i kontakt med pasienter, er vanskelig å definere, og dermed inngår også pasientkontakt som en av de sekretæroppgavene som i følge Bertelsen (2004) er uformell og utilstrekkelig dokumentert.

8.3.1.1 Pasientkontakt og kjønnsaspektet

Forseth (2002) vektlegger også at denne arbeidsoppgaven blir oppfattet som typisk kvinnelige, og dette kommer tydelig fram i intervjuene fordi flere informanter legger vekt på hvor viktig det er å ta seg tid til pasientene og snakke med dem på en skikkelig måte. Empati og forståelse kan oppfattes som en kvinnelig egenskap. Samtidig er det viktig å være bevisst på at kjønn er et konstruert fenomen, hvilket både Forseth (2002) og Johannessen (1994) hevder, og det finnes en forestilling både blant sekretærene selv, og trolig også hos andre yrkesgrupper og pasienter om at pasientkontakt i ekspedisjonsluker er en typisk kvinneoppgave.

8.3.1.2 Pasientkontakt og yrkesidentitet

Flere informanter legger vekt på at en sekretær ofte er den første og den siste personen pasienten møter ved et poliklinisk besøk, og fremhever også de personlige egenskapene som kreves for pasientrettet arbeid. Her finner jeg imidlertid avdelingsvise forskjeller. Noen steder har man tatt innover seg at personlige egenskaper er svært viktig i forhold til pasientkontakt, for eksempel ved å si at noen personer ikke egner seg til pasientarbeid, mens andre har de riktige egenskapene til dette. Hvorvidt dette skyldes en erkjennelse av hva som kreves i en slik type jobb eller om spesielle situasjoner har tvunget fram en selektering av sekretærer med mye pasientkontakt, vites ikke. At man ved noen avdelinger ikke synes å ha et klart skille mellom hvem som er egnet og ikke egnet til denne typen arbeid, kan skyldes noe så enkelt som arbeidsdeling eller eventuelt mangel på sekretærer.

8.3.1.3 Pasientkontakt og det menneskelige aspektet

Noen sekretærer vurderer imidlertid pasientkontakt som mindre viktig. En informant med lang erfaring som sekretær erfarer for eksempel ikke at hun er en viktig person i nettverket rundt pasienten, og heller ikke i forhold til kontinuitet i pasientkontakt. Derimot trekker hun frem at det viktigste hun kan bidra med er å støtte pasienten gjennom informasjon, for eksempel ved å bruke sin kunnskap om ”hvordan ting fungerer på sykehuset”. Hennes erfaring etter 23-24 år som sekretær gjør at hun vet hvor hun skal henvise pasienter videre, og kjenner rutinene ved sykehuset. Hun kan ikke huske at det noen gang har vært opplæring i pasientkontakt ved avdelingen. Hun har imidlertid utdannet seg til helsesekretær som voksen, og i tilknytning til dette fikk hun opplæring i hvordan man skal oppføre seg mot pasienter. Hennes oppgittethet og litt pessimistiske grunnholdning med tanke på pasientkontakt, består i at den kunnskapen hun og andre erfarne sekretærer sitter på ikke lenger vil være en ressurs som

er i bruk når maskiner tar over for sekretærenes oppgaver. Det menneskelige aspektet og ”taus kunnskap” forsvinner, og hun mener at organisasjonen vil tape stort på dette. Denne kunnskapen er vanskelig å konkretisere som en del av kompetansen til sekretærene, men det er helt klart at denne typen erfaringsbasert kompetanse er viktig både for sekretærer og pasienter. Dette er en virkelighetsforståelse som kan harmonere med Bertelsens (2005) studie fra Danmark som vektlegger hvor vanskelig det er å konkretisere deler av sekretærenes oppgaver. Hun hevder for eksempel at oppgaver som blir utført og ikke dokumentert fører til at det er vanskelig å kartlegge sekretærenes faktiske kompetanse (Bertelsen, 2005). Dette kommer også til uttrykk i min informants egne utsagn om det menneskelige aspektet:

”Det kreves ikke minst erfaring. Nå putter vi hele veien for å prøve å fylle opp timebestilling, ikke sant, vi fyller opp en lab med forskjellige ting. Det vil jo ikke en datamaskin kunne gjøre, så jeg tror aldri det blir veldig effektivt. Men altså likevel tror jeg det blir fremtiden at menneskene, sekretærene, forsvinner, og det tekniske overtar. Det er jo sånn.” (RESP 3).

8.3.1.4 Ledelsens oppfatning av pasientkontakt

En informant som er kontorleder uttaler klart og tydelig at avdelingen hun er på ikke har noe bevisst forhold til pasientkontakt som nøkkeloppgave for sekretærer. Hvis opplæring i pasientkontakt settes på dagsorden holdes det kundebehandlingskurs som settes opp i regi av sykehuset. Sekretærene har kontakt med pasienter på telefon og gjennom henvendelser i poliklinikk ekspedisjonen, og det mener hun er tilstrekkelig. Likevel mener hun pasientkontakten er en viktig del av sekretærenes jobb. For pasienter kan denne samhandlingen være avgjørende for deres opplevelse av sykehuset. Likevel mener hun denne delen av sekretærenes arbeid blir tatt nok hånd om av de kursene som arrangeres i sykehusets regi. Informanten mener med andre ord at disse kursene er nok til å opprettholde og videreutvikle kompetansen på området.

En informant som fungerer som assisterende avdelingsleder erfarer at sekretærers pasientkontakt er viktig i kraft av at de er de første pasientene møter i sitt møte med sykehuset. Hun opplever imidlertid at sekretærenes pasientkontakt generelt sett ikke ansees som spesielt viktig i nettverket rundt pasienten. Dette skyldes trolig at man har mer fokus på det direkte medisinske arbeidet. Informanten hevder videre at man på avdelingen har diskutert

om enkelte poliklinikker kan være bemannet med legesekretærer liksom godt som sykepleiere. Dette tolkes som at man på avdelingen mer og mer får øynene opp for hva sekretærgruppen er i stand til å påta seg av oppgaver. Informanten har et større fokus på potensielle oppgaver for sekretæren i forhold til pasientkontakt enn det som er tilfelle nå. Dette er i forbindelse med at enkle sykepleieroppgaver som å ta blodprøver, veie, osv. ifølge henne kan overlates til sekretærene. Informanten hevder også at man ved avdelingen ikke har prioritert å vektlegge opplæring i pasientkontakt. At denne assisterende avdelingslederen vurderer å bemanne poliklinikker med helsesekretærer i stedet for sykepleiere, gjør at hun viser gruppen stor tillit, og at hun absolutt er villig til å prøve helsesekretærene i nye funksjoner. Det betyr at ledelsesmessige disposisjoner i retning av fleksibilisering kan utvide sekretærenes muligheter og potensial, men kanskje også utfordre andre profesjoner på avdelingene. Dette viser at det foregår en markant utvikling av helsesekretæryrket, også innen pasientkontakt, og at også dette arbeidet omfattes av Olbergs (1995) og Sennets (2001) ideer om økt fleksibilitet i det nye arbeidslivet, som kan endre dynamikken mellom ulike yrkesgrupper.

I intervjuet med representanten fra sykehusledelsen ble dette også bekreftet. Hun sier at den kontinuitet sekretæren representerer i pasientforløpet blir brukt som et kvalitetssikrings-element i forhold til arbeidsprosesser. Hun utdyper ved å si at pasientkontakten først og fremst har en kvalitetssikringsfunksjon i det helhetlige arbeidet på sykehuset. Etterspørselen etter denne kompetansen hos sekretærene, reflekteres også ved at helseforetaket ønsker å ansette helsesekretærutdannede medarbeidere. En viktig del av deres utdanning er nettopp pasientkontakt. Det kan tyde på at man også i ledelsesmessige disposisjoner ser betydningen av sekretærenes kompetanser i forhold til pasientkontakt. Kompetanseutviklingsprogrammet er også et synlig uttrykk for at det satses på sekretærenes kompetanseutvikling i bestrebelsene for å få et mer helhetlig fokus blant merkantilt personell. For sykehusledelsen vil det essensielle være å ha oppgavefokus blant personalet, og forsøke å løfte blikket vekk fra profesjoner og motsetninger dem imellom. Informanten fra sykehusledelsen understreker at: *”pasientkontakt i poliklinikkaker er et kvalitetsstempel for hele helseforetaket”*.

Dette synspunktet må imidlertid fortolkes som en del av ledelsesstrategien i helseforetaket, noe som igjen kan utfordre gamle profesjoner slik at sekretærene kommer midt i skuddlinjen mellom ledelse og profesjoner.

Selv om ledelsen ser ut til å ville benytte sekretærer til flere nye funksjoner, er det likevel overraskende hvor relativt lite man legger vekt på opplæring av sekretærene i forhold til pasientkontakt. En forklaring på dette kan være at man i større og større grad velger å skyve opplæringskostnader over til skoleverket, og ansette nyutdannede herfra. Som nevnt tidligere legges det stor vekt på opplæring i pasientkontakt i denne nye utdannelsen. I tillegg er kompetanseutviklingsprogrammet for kontoransatte på sykehuset en måte å styrke kompetansen i pasientkontakt blant sekretærene. Det er også en viktig sammenheng mellom det å føle seg verdsatt og gi ”det lille ekstra” i pasientarbeidet. Det synes naturlig at hvis man føler at jobben man blir verdsatt, og at man er en verdifull ansatt i organisasjonen, vil man gi mer av seg selv i kontakt med pasienten, slik at dette oppleves som en viktig del av arbeidet.

8.3.2 Avsluttende diskusjon - pasientkontakt:

Sekretærene representerer en kontinuitet fordi de har kontakt med pasienten i svært mange deler av pasientforløpet. Pasientkontakt kan også være med på å skape en identitet blant sekretærene og også selvfølelse og status fordi det i den empiriske undersøkelsen er bred enighet om at dette arbeidet krever personlig egnethet. Pasientkontakt ser ut til å bli viktigere fremover for sekretærene som en ny oppgave som kan avløse tidligere oppgaver når disse forsvinner. Når dette skjer kan denne tiden i stedet benyttes til kontakt med pasienter, eksempelvis som en informant sier, at dersom det er kø ved ekspedisjonsluken, kan man ha en ekstra sekretær til å snakke med pasienter. Ifølge en annen informant vil tiden sekretærene tradisjonelt har tilbrakt på skrivestuen erstattes med et tettere samarbeid med helsepersonell. Dette vil i så fall indirekte bringe dem nærmere pasienten. Enda en informant mener at økende krav til service vil føre til større press på sekretærene, og det synes også relevant at man ved større konkurranse sykehus imellom, må prestere mer for å tilfredsstille brukerne. Alt i alt skulle dette tale for at betydningen av den personlige kontakten mellom sekretær og pasient vil øke sin betydning i fremtiden.

Fra ledelseshold sies det at pasientkontakt i poliklinikk ekspedisjonene er et kvalitetsstempel for hele helseforetaket, og dette sier en del om hvor viktig dette er. Imidlertid synes det motstridende at sykehuset ikke i større grad bevisst satser på opplæring i pasientkontakt da denne er av en så avgjørende karakter. Dette kan delvis forklare med at sykehuset fremover vil prioritere å ansette autoriserte helsesekretærer, og denne gruppen har en utdanning med stor vekt på pasientkontakt bak seg. Kompetanseutviklingsprogram for kontoransatte er også et virkemiddel for å ensrette deres kompetanse, også i forhold til pasientkontakt. Intervjuene

gir en pekepinn om at dette arbeidet med pasienter kommer til å bli enda viktigere. Dette samsvarer også med teori om at større individuelle krav setter økt fokus på god service og medfølgende pasientkontakt. Det menneskelige aspektet er viktig i denne typen arbeid, og dette vil kunne medføre at sekretærene ikke vil miste oppgavene tilknyttet pasientkontakt, nettopp fordi de har erfaring med dette viktige arbeidet. Dette arbeidet er en absolutt kvinneoppgave, også fordi det legges vekt på såkalt kvinnelige, myke verdier. Forseth hevder at dette er en form for emosjonelt arbeid, som krever mye av dem som utfører det i forhold til å gi av seg selv. Pasienter forventer i stor grad å møte en empatisk, hyggelig dame når de henvender seg i en poliklinikk, og dette viser at kjønn er et konstruert begrep i forhold til å tillegge kvinner egenskaper som er viktige i dette arbeidet. Denne typen arbeid krever at man gir av seg selv, og ingen teknologiske nyvinninger vil kunne erstatte dette menneskelige aspektet. Dette, samt uttalelser fra sykehusledelsen kan tyde på at pasientarbeidet vil bli en svært viktig oppgave for sekretærene i fremtiden, og at deres kompetanse og erfaring på dette området vanskelig lar seg erstatte.

8.4.0 Å være i et kvinneyrke/profesjoner

Kjønnsaspektet er svært viktig i forhold til sekretærenes arbeidsforhold. Ikke minst blir dette tydelig ved at samtlige sekretærer i klinisk virksomhet ved Sørlandet Sykehus HF er kvinner. Teoriene peker på at et yrkes status ofte vil ha sammenheng med kjønn, som igjen ofte henger sammen med lønn. I dette prosjektet har jeg derfor studert nærmere hvordan kjønns- og lønnsaspektet slår ut i forhold til sekretærgruppen. Jeg har derfor som en startposisjon funnet det hensiktsmessig å støtte min undersøkelse til profesjonsteori og teori om kjønn. Sekretærgruppen har et dårlig utgangspunkt i forhold til status, fordi det er et typisk kvinneyrke. Fagforeningene virker svake, og synes å ha lite å bidra med i forhold til å skaffe flere oppgaver. De ovennevnte forhold synes å ha en forsterkende virkning på hverandre, hvilket skaper en ond sirkel. Dette er en situasjon som er vanskelig å endre, selv om det kunne være ønskelig med flere menn i yrket. Dette synes å være betinget av samfunnsmessige normer, og de ulike kjønns posisjon i samfunnet (Gulowsen, 1987).

8.4.1 Analyse og diskusjon - Å være i et kvinneyrke/profesjoner:

Mine data viser at det er stor enighet blant informantene når det gjelder deres generelle erfaringer med å være et i kvinneyrke. De fleste opplever det som svært negativt at det ikke er

menn i yrket, både i forhold til arbeidsmiljø, status og lønn. Dette henger sammen med arbeidsidentitet og yrkesstatus. I mitt materiale mener samtlige informanter at det ville ha fått positive følger for sekretærene hvis det kom flere menn inn i yrket. Flere trekker spesielt frem at arbeidsmiljøet ville blitt bedre om man også hadde hatt menn rundt seg i yrkesgruppen, og følgende utsagn er representativt for samtlige informanter:

”Ja, da tror jeg kanskje at det ville ha noe med status og gjøre og at det ville ha noe med lønn å gjøre. At det hadde vært annerledes hvis det hadde vært noen menn i yrket” (RESP 2).

Fagansvarlig ved videregående skole og medlem av sykehusledelsen mener den skjeve kjønnsfordelingen i sekretæryrket kan tilskrives generelle samfunnsmessige trekk, og er mindre opptatt av konsekvenser for sekretærene som gruppe. Dette skyldes trolig at disse to informantene har et mer helhetlig perspektiv på sekretærenes rolle, og i større grad enn sekretærene selv ser forholdene ved sykehuset som en gjenspeiling av samfunnet generelt.

For å få en økt rekruttering av menn må trolig yrkesgruppens status økes. Dette blir i stor grad bestemt av samfunnsmessige verdier og normer, og er vanskelig å endre. Av denne grunn er det lite trolig at overrepresentasjonen av kvinner i helsesekretæryrket ikke vil endres med det første. Imidlertid kan dette være en svært viktig faktor som har avgjørende betydning for yrkesgruppens posisjon i organisasjonen og med tanke på hvilke oppgaver sekretærene utfører. Pasientkontakt via telefoner og ekspedisjonsarbeid er typiske eksempler på ”emosjonelt servicearbeid”, dvs. klassiske oppgaver man finner i kvinneyrker.

8.4.1.1 Kjønn som et konstruert begrep

Begrepet ”det flytende kjønn”, introdusert av Johannessen (1994), tar for seg den kontekstavhengige dimensjonen kjønn alltid vil preges av fordi betydningene av begrepet skifter ut fra sammenhengen. Forfatteren mener at dette begrepet er nyttig for å påvise at kjønn ikke er noe som er gitt, men at det oppfattes ulikt i ulike sammenhenger. Hun hevder også at det maskuline i større grad ofte oppfattes som det generelle og nøytrale enn det feminine gjør. Dette gjør seg spesielt gjeldende i forhold til kvinnelige ledere. Disse får ofte mer oppmerksomhet omkring kjønn enn mannlige ledere. At det maskuline oppfattes som det nøytrale opprettholdes av generelle samfunnsverdier. Den fortolkningsmessige dimensjonen er viktig, og Johannessen påpeker som Gerrard og Melbye (2004) at kjønn må forstås som et

konstruert begrep. Betydningen av å betrakte kjønn i lys av et konstruert perspektiv illustreres for eksempel tydelig i utsagnene til min informant fra utdanningsinstitusjon.

”Jeg tenker like lite som det er ikke så mange jenter som er bilmekanikere, så er det noen kjønnsforskjeller som jeg tror kanskje bare må til. Kanskje vi bare skal la den forskjellen være. At vi heller ser på likestilling på en litt annen måte. Likestilling betyr ikke at vi på en måte skal trække i hverandres sfærer eller bli like, det betyr på en måte kanskje mer å ha respekt for den jobben vi gjør. Og at vi som utøver den jobben både må på en måte ha respekt for vår egen jobb, akkurat som jeg synes kvinner i stor grad nok ikke har”. (RESP5)

Her poengterer hun at det finnes grunnleggende forskjeller mellom kjønnene, og at disse forskjellene ikke nødvendigvis må fjernes. Informanten etterlyser respekt for eget yrke på kvinnedominerte arbeidsplasser, og dette kan sees i sammenheng med grunnleggende verdier og forventninger som trolig er det som er mest utslagsgivende i forhold til hva slags jobb man velger. Disse verdiene og forventningene fører altså til at det nesten utelukkende er kvinner som arbeider som sekretærer ved sykehus. Verdiene og forventningene synes å være dypt forankret i samfunnet, og dette gjør at det er lite sannsynlig at menn vil velge et yrke som helsesekretær. Sekretærene uttrykker selv at de arbeider i et typisk kvinneyrke som en forklaring til hvorfor de ikke har høyere status og flere innflytelsesmuligheter. Imidlertid er det en mulighet for at også verdikonservative oppfatninger fornyes i takt med de raske endringene i samfunnet slik at også kjønnsbetingede yrkesvalg vil endre karakter. Slike kulturendringer tar tid, og det er derfor lite sannsynlig at radikale endringer skjer i overskuelig fremtid.

Forseth (2002) fremhever som tidligere nevnt at arbeidslivet som en arena hvor kjønn blir konstruert, og utøvelse av kjønnsrettet makt skjer. Kjønnsrettet makt utøves når det ene kjønn (menn) demonstrerer makt på bekostning av et annet kjønn (kvinner). Når arbeidslivet defineres som en arena for denne typen maktutøvelse, er det trolig fordi samfunnsmessige verdier har blitt institusjonalisert i strukturer i arbeidslivet, og det dermed er blitt lagt til rette for at menn skal ha maskuline yrker med høy status, mens lavstatusyrker som sekretæryrket blir forventet å ha en høy andel kvinner.

At samtlige av mine informanter mener at det er negativt for sekretærgruppens status at den mangler menn, er et tydelig eksempel på en erkjennelse om kjønns betydning. Halrynjo, Holter & Sørensen (2003) presenterer begrepet kjønnskultur som avgjørende for hvordan man

tolker arbeidsmiljø, jobbkrav og fremtidsutsikter. Også disse forfatterne presiserer at fortolkningsdimensjonen er avgjørende for hvordan man forstår egen rolle og sine omgivelser. Hvis det hadde vært menn i helsesekretæryrket, ville disse sannsynligvis ha tolket sin situasjon annerledes enn kvinner gjør det. Hvor dypt dette kulturbegrepet er forankret i sykehuset og i samfunnet generelt illustreres gjennom at samtlige informanter mener at det er negativt for helsesekretærgruppen at den utelukkende består av kvinner. Fagansvarlig i utdanningsinstitusjon uttaler følgende:

”Nå har ikke jeg vært faglærer så lenge at jeg har noe veldig stort statistikkmateriell, men jeg tror normalt, jeg kan ikke huske mens jeg har vært lærer i noen år her på forhånd før jeg ble leder, at det har vært noen gutter her i det hele tatt. Så det er en klassisk utdanning for jenter”. (RESP 5)

Denne uttalelsen bekrefter at det nesten utelukkende er kvinner som utdanner seg til helsesekretærer. Begrepet ”klassisk utdanning for jenter” er et eksempel på forestillinger som i neste omgang bidrar til å reprodusere lav status og lønn. Gerrard og Melbye (2004) hevder at den kjønnsbestemte arbeidsdelingen er reproduktiv, det vil si at den fornyer seg selv. Holdningen til informanten kan samtidig bidra til å reprodusere dette faktum, slik at det er og blir et kvinneyrke som et ”gitt konstruert faktum”. Informantens holdning indikerer dermed at helsesekretærer i større grad må respektere seg selv i sin egen jobb ut fra de forholdene som er tilstede, altså at de jobber i et kvinnedominert yrke, og respektere at menn velger andre yrker. Hun mener at man i større grad må være fornøyd med seg selv, og la kjønnsforskjellene yrker imellom få lov til å eksistere. Dette er samtidig en konserverende kjønnsforståelse, det vil si at kjønn og funksjoner i arbeidslivet er gitt en gang for alle. Eksempelet viser nettopp hvordan kjønn sett fra utdanningssektoren fremdeles lever i gamle konserverende forestillingsverdener som bidrar til å reprodusere arbeidslivets kjønnshierarkier. Hvis de samme holdningene sosialiseres blant elever i videregående, skole er det interessant. Det betyr at blant sekretærer vil reproduksjon av denne kjønnskonstruksjonen starte allerede gjennom skoleverkets sosialisering.

I denne sammenheng hevder hun også at det kan være vanskelig for grupper langt nede i statushierarkiet å se hvor viktig den jobben de utfører er, og å være fornøyd med seg selv. Jeg tolker hennes svar som om at det er dette som gjør at sekretærer og andre lavstatusgrupper ”bare skal sammenligne seg med seg selv og være fornøyd”, og ikke sammenligne seg med

menn. Det vitner også om hvordan sekretærer betrakter sin egen posisjon. De er slettes ikke fornøyd med seg selv.

8.4.1.2 Profesjoner

Det synes som sekretærene er seg meget godt bevisst sin relativt svake posisjon.

”Sekretærene er en svak gruppe. Organisasjonene og alt. Helsesekretærforbundet, Kommuneforbundet, alle disse som skal hjelpe sekretærene. Du får ikke noe om du er autorisert eller hva du enn er. Der er ingen ting. Ingen goder får du. Ingen kjemper for deg”. (RESP 3).

Slik det fremgår av informantens uttalelse styrker dette tidligere kunnskap om at svake fagforeninger henger sammen med kvinneyrker. Dette er interessant fordi jeg i min oppgave har holdt kjønn og fagforeninger atskilt, som to likestilte forhold som kan påvirke sekretærenes rolle. Svake fagforeninger kan også være et resultat av at kjønnshierarkiene i arbeidslivet har sine paralleller i fagbevegelsens kjønnshierarkier. De mektigste forbundene er de mest maskuline deler av arbeidslivet der menn er i flertall. Det kan også tenkes at de svake fagforeningene til sekretærgruppen vel så mye er et resultat av at det er et kvinneyrke, og at det er et kvinneyrke fordi menn er lite interessert i å tilhøre en så svak yrkesgruppe. Dette synes som en ond sirkel. Hvis denne sirkelen skal brytes, må sekretæryrket utvikle seg til å bli mer attraktivt også for menn. Sykepleierforbundet begynte lønnskampen for alvor da flere menn kom inn i yrket, og Sykepleierforbundet har gitt gruppen mer makt og innflytelse.

Blant mine informanter er det også enkelte som ser mer lyst på situasjonen, men dette avhenger av hvilken del av virksomheten man jobber i.

”Det vil jeg si at vi ikke har hatt den største følelsen av. Vi er ikke de som blir verdsatt mest, det er vi ikke. Vi er liksom de som gjør jobben[.....] men jeg føler jo at jeg får flere muligheter på denne plassen jeg er nå enn der jeg var tidligere. Grunnen til det vet jeg ikke, men her føler jeg meg mer verdsatt enn jeg har gjort før. Jeg har fått andre oppgaver her [.....]. Jeg er med i prosjektgrupper og sånn[.....] som jeg ikke hadde mulighet til andre steder”. (RESP 1).

Hun erfarer, som de fleste informantene, at sekretærgruppen ikke er den som blir verdsatt mest, men at hun får mer anerkjennelse og muligheter der hun er nå. Hun vektlegger dermed at det er stor forskjell fra avdeling til avdeling i forhold til å verdsette sekretærene.

Informanten er imidlertid svært negativ i forhold til at sekretærene ikke blir verdsatt nok, uansett oppgaver.

Sekretærgruppen vil aldri fullt ut kunne oppnå status som profesjon. Dette først og fremst fordi de mangler det abstrakte kunnskapsgrunnlaget som Abbott (1988) bruker i sin definisjon av profesjoner. Denne formelle kompetansen som profesjoner har ervervet seg er det fremste skillet mellom profesjoner og yrker. Blant profesjoner er det de teoretiske kunnskaper som legitimerer status, i yrker som sekretær er det de mer praktiske ferdigheter. Ved å styrke sin kompetanse blant annet i forhold til teknologiske ferdigheter, har sekretærene mulighet til å posisjonere seg sterkere i organisasjonen. Det er imidlertid også andre aspekter som følger med profesjonsbegrepet, nemlig status og innflytelse i arbeidsmiljøet. Dette kommer tydelig frem blant mine informanter.

8.4.2 Avsluttende diskusjon – Å være i et kvinneyrke/profesjoner

Informantene er svært tydelige på at sekretæryrkets posisjon "lider" under fraværet av menn. Dette ser ut til å være en viktig faktor som har avgjørende betydning for yrkesgruppens posisjon i organisasjonen og også hvilke oppgaver sekretærene utfører. Samtidig vil tradisjonelle forestillinger om sekretæryrket som et kvinneyrke bidra til å reprodusere sekretæryrket som nettopp et kvinneyrke. Pasientkontakt er en viktig del av arbeidet, og også dette er typisk for kvinneyrker fordi det er "emosjonelt servicearbeid" med stor vekt på kvinnelige verdier. Denne typen arbeid former sekretærenes identitet, og bidrar til å opprettholde ideer om "kvinnearbeid" i andres øyne. At man identifiserer seg med "kvinneyrker" kan være en viktig forklaring på hvorfor kvinner velger sekretæryrket. Dette harmonerer med teori av Gerrard og Melbye (2004), som vektlegger at den kjønnsbestemte arbeidsdelingen reproducerer seg selv fordi man tar den som en selvfølge, og ser seg selv i et yrke ut fra denne overbevisningen. Yrkesgruppens videre utvikling vil i noen grad være avhengig av hva slags status den har i menns øyne. For å styrke sin posisjon markant er kvinnene avhengig av at yrket utvikler seg i en slik retning at menn er interessert i å jobbe som sekretærer. Da vil man kunne få opp lønn og status. Dette synes også ha en gjensidig påvirkning, fordi menn sannsynligvis vil være mer interessert i å jobbe som sekretær hvis yrket hadde høyere lønn og status. Det er for eksempel ingen menn som setter spørsmålsteget ved å være statssekretær eller assosierer dette med et kvinneyrke. Kjønn er med andre ord noe kontekstuellet konstruert.

Kjønn er altså betydningsfullt i forhold til utvikling av yrkesgruppen, og vil ha stor betydning for videre utvikling. Det totale fravær av menn i denne yrkesgruppen er med på å sementere dens status, og det samme gjør oppgavene de utfører i form av pasientkontakt. Det har også en forsterkende virkning at sekretærene bruker mye av sin tid på å utføre emosjonelt arbeid som vektlegger personlig egnethet og myke, kvinnelige verdier. Dette er arbeid som oppfattes som feminint, og som kvinnelige sekretærer i stor grad assosieres med.

Det er også tydelig at gamle, fastgrodde forestillinger om kvinners og menns plass i arbeidslivet kan bidra til å reprodusere kvinneyrkenes status, for eksempel at ”det er lov å være fornøyd med en slik stilling”, og ”ikke projisere tanker om karriereplaner over på alle”. Videre at en svært stor del av sekretærstillinger er deltidsstillinger som lar seg kombinere med omsorgsarbeid i hjemmet, og at dette passer mange kvinner svært bra. På denne måten vil samfunnets kjønnssegmentering (omsorgsarbeid i hjem, deltidsarbeid for kvinner versus menn i fulltidsstillinger i maskuline yrker), bli vedlikeholdt slik det finner sted gjennom deltidsarbeid i helsesektoren.

Kvande & Rasmussen (1997) hevder at det er vanskelig for kvinner å hevde seg i tunggrodde institusjoner med tradisjonell kjønnsdeling. Det betyr at i store endringsprosesser kan det være en mulighet for kvinner til å hevde seg hvis man klarer å tilpasse seg til maskuline hierarkier. At de fleste sekretærene etterspør flere menn i organisasjonen, vitner om dette. Det betyr at status og menn ser ut til å henge sammen i rådende forestillinger. Dette er det temaet i undersøkelsen hvor informantene er mest enige, hvor de trekker en konklusjon om at det ville gi yrkesgruppen et løft, både lønns- og statusmessig, om den hadde hatt menn.

Når man betrakter sekretærenes rolle i et kjønnsperspektiv, er det svært viktig at man ser kjønn som et konstruert begrep. Dette fordi man tolker og forstår ut fra spesielle verdier, og alltid ut fra konteksten sekretærene befinner seg i. Denne forståelsen for begrepet kjønn er avgjørende for å forstå sekretærenes situasjon, og hvor stor betydning kjønnsaspektet har for denne gruppen. Sekretærenes yrkesstatus påvirkes helt klart av yrkets kvinnedominans, og gjennom fravær av menn synes sekretærenes stilling å bli befestet som en lavstatusgruppe. Dette kan også ha sammenheng med den lave formelle kompetansen som kreves for å være sekretær.

Det synes å være bred enighet blant sekretærene, men også fra ledelseshold, om at sekretærene utfører en svært viktig oppgave. De bidrar til å sikre kontinuitet i organisasjonen ved sin besittelse av ”taus kunnskap”, men samtidig er de sterkt underordnet andre sterke profesjoner. Her er det også viktig å være klar over at kjønn kan sees som et konstruert begrep, og at oppfatninger og fortolkninger alltid skjer i en gitt setting av rasjonaliserte forestillinger om hva slags yrker og arbeidsoppgaver det tas for gitt ”passer” for kvinner og hvordan disse bidrar til å reprodusere kvinneyrker.

Videre er det en viktig faktor at sekretærene uansett hvor mye yrket deres utvikler seg ved hjelp av arbeidsoppgaver av en utradisjonell karakter, ikke har mulighet til å oppnå en profesjonsstatus. Dette fordi de ennå ikke har det abstrakte kunnskapsgrunnlaget som finnes i profesjoner som historisk sett har dominert i sykehusorganisasjoner. Det betyr at uansett hvor mye de utvikler seg, hvor fleksible de blir, og hvor mange arbeidsoppgaver de klarer å overta, vil de likevel alltid være ”underordnet” sterkere profesjoner. Dette er kanskje vel så viktig i forhold til deres status, som det kjønnsaspektet er. Imidlertid viser historien at flere yrker, som for eksempel læreryrket, har mistet noe av sin status fordi kvinner har gjort sitt inntog i stor skala. På samme måte fikk sykepleieryrket som tidligere nevnt et statusmessig oppsving da flere menn valgte å utdanne seg til sykepleiere. Dette harmonerer med Gulowsen (1987) som hevder at yrker mister status etter hvert som kvinneandelen blir større, og bidrar til å styrke kjønnsaspektet i forhold til påvirkning av yrkesstatus. Denne diskusjonen viser at det er flere usikkerhetsmomenter som kan bli avgjørende for sekretæryrkets fremtidige status sett i sammenheng med kjønn og profesjoner.

8.5.0 Tanker om sekretærenes framtid

Sennetts (2001) teori om det fleksible mennesket ser ut til å være svært relevant i forhold til hva sekretærene, og spesielt informanter i andre stillinger, vektlegger i sine tanker om fremtiden for sekretærene. Han presiserer at fordi teknologi forenkler arbeidsoppgaver slik at ”alle” kan utføre dem, er det fare for at yrkesidentiteten forsvinner.

8.5.1 Analyse og diskusjon om sekretærenes fremtid.

”Aldri bli helsesekretær”

Det er svært store forskjeller respondentene imellom i forhold til hva slags scenarioer de ser for seg for sekretærene i fremtiden. En av informantene er svært pessimistisk med tanke på fremtiden for yrket:

”Ja, jeg råder alle som jeg treffer av unge, og noen foreldre som har barn spør meg og hvordan jeg synes det er å utdanne seg til helsesekretær. Jeg sier bare ”Aldri gjør det”. For hvert fall innen sykehus tror jeg det blir bare håpløst etter hvert, både å få jobb og trivsel og alt. Det eneste er jo at hvis du vil ut i primærhelsetjenesten er det jo legekontorer som vil bestå selv om skrivetjenesten forsvinner. Den har jo egentlig forsvunnet for lengst, og legene har overtatt. Så i primærhelsetjenesten blir der jo jobber så lenge de tar blodprøver, behandler pasienter og sånn så vil det jo bli. Men det er jo begrenset hvor lenge de kan være der. Så de fleste som utdanner seg blir jo innen sykehus, og der ser jeg ikke lyst på det” (RESP 3).

Denne sekretæren går faktisk så langt som å ikke anbefale noen å utdanne seg til helsesekretær. Hennes uttalelse om at det er vanskelig å få jobb i sykehus for helsesekretærer samsvarer med representant fra videregående skole. Sistnevnte hevder at det er svært vanskelig for helsesekretærer å få jobb på sykehus, og at de fleste nyutdannede helsesekretærer får jobb på legekontorer. Denne uttalelsen peker i retning av at fremtiden til helsesekretærene ser mindre lys ut også sett fra utdanningssektoren. Dette viser nok et usikkerhetsmoment i forhold til helsesekretærenes fremtid, og henger trolig sammen med de stadig pågående endringsprosessene ved sykehus da disse kan skape ustabilitet og lavere antall faste stillinger.

Her er likevel ikke bildet entydig. En annen sekretær er svært positiv og skulle ønske at hun selv var yngre for å kunne ta del i nye og spennende oppgaver. Dette sier noe om hvor stor forskjell det kan være innbyrdes blant sekretærene. Felles for alle sekretærene er imidlertid at de er klare på at det vil bli store endringer for sekretærene, men som også forteller noe om hvor lite samstemt gruppen fremstår utad. Dette kan også tolkes som en konsekvens av individualisering og den pågående fleksibilisering som gruppen utsettes for. Det kommer blant annet til uttrykk i materialet ved at alle sekretærene er klare på at det vil bli store endringer for yrkesgruppen, og at de ikke har full oversikt over hva slags oppgaver de vil gjøre i fremtiden. En av sekretærene vektlegger for eksempel at noen sekretærer nødvendigvis må bli overflødige av den enkle grunn at arbeidsoppgaver forsvinner grunnet ny teknologi.

Samtidig mener hun bestemt at en del av disse oppgavene vil bli erstattet av nye, og ikke nok med det, hun mener også at overflødig tid kan brukes til pasientenes beste, og at man får tid til å ”møte dem på en fin måte”. Denne sekretæren klarer også i stor grad å se det positive i endringene.

Imidlertid er det hevet over enhver tvil at man i fremtiden vil satse på kompetanseheving av sekretærene i kliniske deler av virksomheten. I følge utsagn fra informant i sykehusledelsen vil man etter signaler fra avdelinger og fagforeninger helst ansette personer med helsesekretæruddanning. Et felles kompetanseutviklingsprogram for kontortjenesten i helseforetaket er også et målrettet tiltak for å danne en felles kompetanseplattform som er mer tilpasset sekretærenes nåværende arbeid. Dette vil i følge respondenten være preget av mer direkte og indirekte pasientkontakt, og skrivejeneste vil på sikt bare utgjøre en liten del av disse sekretærenes arbeid. Man vil måtte tilpasse seg ”nye tider”, og evne å være fleksibel.

Fleksibilisering og økt individualisering kan igjen bidra til økt differensiering i hvilke oppgaver sekretærene vil ha som igjen gir ulike identiteter og forståelser. Fra et maktperspektiv vil splittede grupper ikke kunne fremstå som enhetlig utad. Dette svekker gruppen, og peker mot at sekretærene også i fremtiden vil få problemer med sin posisjon, og fremstå som en svak gruppe. De noe motstridende svar sekretærene gir i undersøkelsen, reflekterer deres ulike forståelser, og disse kan bidra til å svekke gruppen ytterligere.

Fagansvarlig ved videregående skole og informantene som er ledere på ulike nivåer har sammenfallende synspunkter innen flere temaer. Dette kan skyldes at disse respondentene i større grad enn sekretærene har et ”fugleperspektiv” mens sekretærene befinner seg i ”felten” og er i den gruppen som tilpasser seg endringer i etterkant.

8.5.1.1 Jobbmuligheter for helsesekretærer

Informant fra videregående skole hevder altså at det er vanskelig for nyutdannede sekretærer å få jobb på sykehus. De fleste havner på legekontorer. Dette kan ha sammenheng med at det finnes svært mange deltidsstillinger på sykehuset for øyeblikket, og at man ikke er interessert i å ta inn helt nye tilsatte da man har mange sekretærer ”i systemet” å ta av. Trolig henger dette, som tidligere nevnt, også sammen med at de stadig pågående endringsprosessene skaper noe usikkerhet i forhold til hvor mange stillinger de ulike avdelingene har behov for i

fremtiden. Teori tyder på at sykehus trolig vil leie inn flere vikarer etter hvert, i stedet for å gi fast ansettelse, og dette kan også gjelde sekretærgruppen.

Med tanke på sekretærenes framtid er denne svært avhengig av om sykepleierne får det så travelt med nye oppgaver at noen av deres oppgaver blir overlatt til helsesekretærer som er autorisert til å utføre disse.

”Så har vi ennå sånne vanlige rutiner som vi skal gjøre, som at vi opp og ta noen blodprøver, du skal ta vekten, du skal ta blodtrykk og litt sånn standard. Det tror jeg kan være oppgaver for en postsekretær i forbindelse med..... Og i dag utfører ikke pleiepersonell på sengeposten ikke noe taking av blodprøver eller noen ting, for det er det jo blodbankfolk eller laboratoriefolk som kommer ned og gjør. Men at en ikke har utnyttet den det kan godt være at en kan være mye mer med i de opplysningene også som de henter når du kommer til sengeposten og legger inn sånn standardopplysninger sånn at ikke sykepleierne, At mye mer er ferdig så man kan gå rett inn i det med pleieplan og sykepleieplan og dokumentasjon” (RESP 4).

Dette sitatet fra en avdelingsleder viser at man på avdelingsnivå ser muligheter for sekretærene og mener at de er i stand til å overta noen av sykepleiernes ”standardoppgaver”. Dette er trolig noe som varierer fra avdeling til avdeling, og det er nok delte meninger om hva slags oppgaver sekretærene skal ha. Likevel er det svært interessant at man på denne respondentens avdeling faktisk ønsker å bruke sekretærene aktivt i nye oppgaver. Denne respondenten vektlegger også at man ønsker helsesekretærer inn i disse funksjonene. Det viser at den autorisasjonen utdannede helsesekretærer får, er svært verdifull. Denne assisterende avdelingslederen er gjennomgående positivt innstilt til sekretærene, og har en sterk tro på hva slags oppgaver hun mener sekretærene er i stand til å utføre i fremtiden. Hun mener også at sekretærene er i stand til å utføre flere av sykepleiernes nåværende oppgaver, og synes å være overbevist om at Sørlandet Sykehus HF er avhengig av sekretærer også i fremtiden. Imidlertid vil det også kunne være aktuelt at sekretærene i fremtiden arbeider som vikarer.

8.5.1.2 Fleksibilitet

”Det blir antakelig sånn, jeg tror at det vil være sånn, at de store rommene med mange sekretærer som på en måte jobber med kontorarbeid i en kontorarbeidsgjeng blir det mye mindre av, og så jobber man mye tettere på enten klinikere eller ledere som en støtte for å gjennomføre en løsning av de oppgavene de skal gjøre, ikke sant? Og da er det jo, nettopp som du sier, at fleksibiliteten og evnen til å tilegne seg ny kunnskap er det eneste som avgjør på en måte hvor man kan ende opp i forhold til å skaffe seg spennende oppgaver”(RESP 6).

Dette utsagnet kommer fra informant fra sykehusledelsen, som i stor grad legger ansvar for egen fremtid over på sekretærene. Hun skisserer seg scenario hvor sekretærene i mindre grad utfører tradisjonelt kontorarbeid, og i stedet jobber tettere opp mot klinikere og ledere med større grad av oppgavefokus. I dette utsagnet synes det å ligge en stor grad av optimisme på vegne av sekretærene, og også en tro på at disse er i stand til å fylle nye roller og relasjoner til andre yrkesgrupper. Informanten legger i stor grad ansvaret for fremtiden over på sekretærene, og sier fleksibilitet og evne til å tilegne seg ny kunnskap er nødvendig for å skaffe nye oppgaver til gruppen. Dette høres i noen grad brutalt ut overfor sekretærene, men det samsvarer med fagforeningens utsagn om at det er viktig for sekretærene å tilpasse seg og være fleksible. Tjenestemannsloven er tydelig på at arbeidsgiver har stor frihet i forhold til omorganisering, og at arbeidstakere må være fleksible i forhold til dette. Dette viser at man som leder ved Sørlandet Sykehus HF er i sin fulle rett til å forvente fleksibilitet av sekretærene.

”Jeg tror helsesekretæren, som andre yrkesgrupper, må ha den nødvendige fleksibiliteten, for samfunnet utvikler seg så fort, både teknologisk, spesielt IKT.....At vi ikke helt ser rekkevidden av oppgaver som de skal gjøre når utdannelsen begynner, så det er klart at vi må ha smidighet i forhold til det” (RESP 5).

Fagansvarlig ved videregående skole vektlegger også fleksibilitet og smidighet som nødvendige egenskaper for fremtidens sekretærer. Dette samsvarer med Sennetts antakelser om at økt fokus på fleksibilitet og individualisering vil prege fremtidens arbeidsliv. Det er interessant at hun hevder at man ikke ser rekkevidden av hva slags oppgaver sekretærene skal gjøre, da dette synes å avspeile de hurtige endringene ved sykehus og i samfunnet generelt. Den usikkerhet som i stor grad synes å prege sekretærene med tanke på fremtiden, er nok velberettiget med tanke på at selv fagansvarlig med ansvar for helsesekretærutdanning, ikke har klart for seg hvilke oppgaver helsesekretærer vil få i fremtiden.

Av ovenstående sitater går det frem at sekretæren har mulighet til å brukes til andre oppgaver enn de nå har. At sekretærene må være fleksible og villig til å lære seg nye oppgaver, og i større grad jobbe i team sammen med andre profesjoner, synes også udiskutabelt. At sekretærer må være flinke til IKT er en forutsetning for at de skal kunne brukes til nye oppgaver. Det samsvarer imidlertid med fagplan fra Helse- og Sosialdirektoratet at legesekretærene må være flinke i forhold til IKT som utredes i neste punkt 5.4. Informantene i

lederstillinger og fagansvarlig ved videregående skole hevder alle at fleksibilitet er en svært viktig egenskap for å klare å utvikle seg i sekretæryrket. Dette henger tett sammen med ideen om den videre profesjonalisering av helsesekretærene. Det hevdes at alle yrkesgrupper må være fleksible fordi samfunnet forandrer seg så fort, og som et resultat av dette må også legesekretærene være i stand til å utvikle seg i yrket. I forlengelsen av dette sier også respondenten at det i utdanningen blir lagt vekt på å ”lære å lære”, og å finne informasjon på Internett for å holde seg oppdatert i eget yrke. Også kontorleder og avdelingsleder presiserer at sekretærene må være villige til å lære seg nye oppgaver, og at de da kan få spennende muligheter. Det er altså i hovedsak ledere som legger vekt på økt fleksibilitet hos arbeiderne. Jeg mener at det er viktig at disse kravene sees i sammenheng med at det er en del eldre sykehussekretærer og at man også tar hensyn til hvor stor læringsviljen er hos sekretærene. Imidlertid svarer representant fra sykehusledelsen følgende i forhold til dette:

”Det er ingen grunn til å si at eldre medarbeidere er mindre fleksible enn yngre medarbeidere. Det er ikke noe grunnlag for å si det. Men dette dreier seg mer om trygghet, arbeidsmiljø og mulighet til å få tilført den kompetansen man mangler, sånn at man føler seg i stand til å gjøre det man skal gjøre” (RESP 6),

Dette utsagnet kan tyde på at sykehusledelsen har tatt høyde for, og vil tilrettelegge for, at alle medarbeidere, også eldre, får den individuelle oppfølging de skulle trenge, hvilket de også er pålagt å gjøre. I denne sammenheng er også kompetanseutvikling svært viktig, og det å ha riktig kompetanse henger tett sammen med en følelse av trygghet i arbeidssituasjonen. Dette forsterker min forhåndsinnfattede oppfatning av at alder ikke er et viktig forhold for å beskrive sekretærenes situasjon. Det synes som sykehusledelsen har tatt tak i dette, og følger det opp. Det må brukes store ressurser hvis man skal ha mulighet til å gi de ansatte personlig oppfølging, men dette er mulig hvis sykehusledelsen prioriterer det. Trolig vil de store endringene uansett oppleves som en stor belastning for mange av sekretærene.

Det ligger mange utfordringer i det å skulle være fleksibel, og det stiller først og fremst store krav til sekretærenes personligheter. Imidlertid er det også avgjørende om myndighetene vil legge til rette for mer økt numerisk fleksibilitet og skape løsere ansettelsesforhold til sine ansatte. Slike forandringer vil i så fall være i tråd med teori av Olberg (1995), som mener at dette er en del av utviklingen i helsevesenet og samfunnet generelt. Dette kan medføre at man foretrekker å leie inn sekretærer fra vikarbyråer i stedet for å gi dem fast ansettelse. En slik

utvikling vil trolig skape mer usikkerhet og frustrasjon blant sekretærene og andre yrkesgrupper som eventuelt blir omfattet av en slik numerisk fleksibilitet. I overensstemmelse med teori av Eriksen er det innlysende at informant fra sykehusledelsen og andre mener at en del avgjørelser i forhold til sykehusdrift skjer på bakgrunn av forhold som er utenfor sykehusenes kontroll. Generelle trender i samfunnet kan på denne måten vise seg å bli svært avgjørende for sekretærenes fremtid.

Hovedmønsteret i intervjuene i forhold til spørsmål om sekretærenes fremtid, er først og fremst at sekretærene generelt sett er urolig for hva slags oppgaver de vil komme til å ha i fremtiden. Noen ser mørkt på dette, andre optimistisk, men det er i alle tilfelle en usikkerhet knyttet til hva slags oppgaver de vil ha. Det finnes også en stor optimisme hos lederne i forhold til hva slags oppgaver sekretærene er kapable til å utføre, hvilket kan tyde på at sekretærene vil kunne få spennende oppgaver. Imidlertid er fleksibilitet en egenskap som trekkes frem av alle andre informanter enn sekretærene, og dette kan tolkes som et tegn på at det vil kreves mye av sekretærene rent personlig i fremtiden.

8.5.2 Videre planer og fagplaner for helsesekretærer

”Videreutdanningene har som overordnet mål å utdanne reflekterte yrkesutøvere, med høy yrkesetisk standard som tar initiativ til å planlegge, organisere og iverksette tiltak i samarbeid med tjenesteytere og brukere” (Planutkast videreutdanning/fagskoleutdanning i helseadministrasjon, 2007).

”Videreutdanningene er et resultat blant annet av de raske endringer som skjer i medisinsk utvikling og befolkningens helsetilstand samt de siste årenes helse- og sosialpolitiske reformer. For at ansatte skal kunne delta i denne utviklingen, er det viktig at samfunnsutviklingen reflekteres i både grunn- og videreutdanninger. I tillegg til at både praktiske erfaringer og relevant teori kommer til nytte i yrkesutøvelsen, er det også viktig at yrkesutøverne i helsesektoren vurderer og tar avgjørelser basert på rettslige og etiske holdbare grunnlag” (Planutkast videreutdanning/fagskoleutdanning i helseadministrasjon, 2007)

I planutkastet står det videre at *”Dette er utgangspunktet for oppbyggingen av videreutdanningene innen helse- og sosial, og fordi også praksis er en obligatorisk del av*

studietiden, vil koblingen mellom teori og praksis være essensiell. Studentene får opplæring i grunnelementer i helse- og sosialfagarbeidet og samfunnsfaglige emner.

Dette vil kunne bidra til at man kan oppnå et mer fullstendig bilde av helsevesenet, og se sin rolle i en større sammenheng.

Planen for videreutdanningene fremhever spesielt at det er et stort behov for kompetanse innen IKT-kunnskaper for helsesekretærer, blant annet fordi talegjenkjenning vil ta bort tradisjonelle sekretær oppgaver. Blant annet omfatter videreutdanningen for helsesekretærer spesiell opplæring i elektronisk pasientjournal og diagnosekoding. Også krav til fleksibilitet og omstillingsevne poengteres. Dette ser ut til å kunne bli en større del av helsesekretærens oppgaver i fremtiden. At helsedirektoratet har utarbeidet denne planen for videreutdanning av arbeidere i helsesektoren er en anerkjennelse av viktigheten av arbeidet de gjør, og også at de vil stilles overfor nye krav i fremtiden som krever utdanning. Det er interessant at også denne typen ikke-profesjonaliserte helsearbeidere, som helsesekretærene, får muligheten til å videreutdanne seg blant annet innenfor samfunnsfaglige emner. Trolig vil dette kunne bidra til å øke status av gruppen, og også øke deres innflytelsesmuligheter fordi deres posisjon vil bli mer synliggjort.

8.5.3 Avsluttende diskusjon - Sekretærenes fremtidsutsikter

I forhold til dette temaet er det stor uenighet blant sekretærene. Imidlertid synes det som at samtlige respondenter er enige om at den mest avgjørende faktoren for sekretærenes fremtid er om de vil få nye oppgaver etter hvert som teknologisk utvikling overflødiggjør en del av sekretærene. Hva disse oppgavene vil bestå i er det mindre enighet om blant sekretærene. Dette skyldes sannsynligvis at det i utgangspunktet er variasjon i oppgavene fra avdeling til avdeling, og det er stor usikkerhet knyttet til hva slags oppgaver man vil få. Om sekretærene får nok arbeidsoppgaver, er den mest avgjørende faktoren for deres fremtid. I denne sammenhengen er fagforeningene svært viktige fordi fagforeningene jobber mot at helsesekretærene skal ha riktig kompetanse i forhold til hvilke oppgaver de skal ha. Intervjuer tyder på at pasientkontakt vil bli en enda viktigere oppgave for sekretærene.

Gjennomgående i intervjuene med alle de ulike informantene blir det lagt vekt på at store endringer ligger foran sekretærgruppen. Dette er hevet over enhver tvil. Sekretærgruppen som helhet trekker fram at deres arbeidsliv vil bli radikalt endret. Imidlertid er det noe delte

meninger blant dem om hvordan fremtiden vil se ut, om den består av muligheter eller trusler. En sekretær er spesielt pessimistisk, og legger stor vekt på at sekretærgruppen etter hennes mening ikke er sterk nok til å ”kapre” nye oppgaver, men vil bli overflødig i klinisk virksomhet ved sykehuset. De andre sekretærene klarer i større grad å se at det blir store muligheter til nye oppgaver for dem. Denne markante forskjellen blant sekretærene bør trolig først og fremst tillegges ulikheter mellom avdelingene, både i kultur og konkrete arbeidsoppgaver. Hos informantene som ikke er sekretærer blir det først og fremst lagt vekt på at sekretærene må være fleksible og tilpasse seg de nye forholdene sekretærene vil bli stilt ovenfor. Dette blir trukket frem av samtlige informanter i lederposisjoner samt fagansvarlig ved videregående skole. Til en viss grad kan dette synes som et forsøk på skyve ansvaret for sekretærenes fremtid over på dem selv og vekk fra overordnede, hvilket trolig er nødvendig i lys av samfunnsendringer. Hvorvidt det finnes muligheter for sekretærene i andre deler av helsesektoren i privat service og næringsliv, avdekkes ikke i dette prosjektet. Imidlertid vil sannsynligvis dette blir mer og mer aktuelt, da samfunnsendringer tilsynelatende fører til at større deler av offentlig virksomhet, og også helsesektoren, blir privatisert.

Av fagplan for videreutdanning i helse/sosialfag som helsesekretærutdanningen er en del av, går det frem at denne videreutdanningen er nødvendig for å gjøre sekretærene i stand til å møte de raske omveltningene i samfunnet. Dette viser tydelig at man mener at det er svært viktig for sekretærene å være fleksible. Innbakt i helsesekretærutdanningen er det momenter som gjør sekretærene numerisk fleksible, ved at de er i stand til å utføre noen oppgaver som tidligere ble utført av sykepleierne.

At det kreves så stor grad av fleksibilitet er også et uttrykk for at det har skjedd en differensiering og svekking av felles yrkesidentitet hos sekretærene. Dette er en trend som ser ut til å ville fortsette i fremtiden, i og med at ledelsen vektlegger fleksibilitet i så stor grad, og samfunnet generelt ser ut til å fleksibiliseres. Fremtiden kan by på nye, spennende oppgaver for sekretæren, men den økende differensieringen kan gjøre det vanskelig for gruppen å fremstå som samlet utad, og dette kan medføre ytterligere svekkelser i forhold til posisjon i organisasjonen.

9.0 Avsluttende diskusjon og konklusjoner

9.1. Teknologi og arbeidsoppgaver

Den faktoren som har mest å si for sekretærenes arbeidsoppgaver er altså uten tvil utvikling av teknologi. I forhold til bruk av teknologi til koordinering, vil også EPJ endre informasjonsstrømmen og dynamikken ved sykehuset, hvilket harmonerer med Svenningsens teori (2004). Denne informasjonsstrømmen kan også forbedre pasientarbeidet. Samtlige respondenter er enige i at utvikling av teknologi er mest avgjørende for sekretærenes fremtid. Bruk av teknologiske verktøy fører også til en standardisering av måter å løse arbeidsoppgaver på, og dette samsvarer med Gloubermann og Mintzbergs (2001) argument om at koordinering er avgjørende for vellykket sykehusdrift. Sett fra et organisatorisk perspektiv er teknologi svært avgjørende, da omorganiseringer skjer som følge av endringer i arbeidsrutiner. I kjølvannet av de teknologiske endringer, som på mange måter utgjør en trussel for sekretærenes arbeidsplasser, følger også spørsmål om utvikling av deres kompetanse. I denne sammenheng kan det være alfa og omega for sekretærene at sykehusledelsen har besluttet å kun ansette autoriserte helsesekretærer i fremtiden, da disse er i stand til å utføre enkle sykepleieroppgaver. Denne kompetanseplattformen åpner nye muligheter for sekretærene. Informanten som er assisterende avdelingsleder er svært positiv til at sekretærene er i stand til å utføre nye typer oppgaver, og foreslår til og med at noen poliklinikker kan bemannes med helsesekretærer i stedet for sykepleiere. En slik endring vil forandre dynamikken og maktforholdene i avdelingen. I følge Bertelsen (2003) vil også innføring av EPJ kunne føre til en økt informasjonsstrøm som i større grad vil sette fokus på pasienten, slik at pasientene også vil kunne profittere på denne teknologiutviklingen.

I Myhre (2004) og Torjesen (2007), som omhandler relasjonene mellom sykepleiere/leger og andre yrkesgrupper, kommer det frem at oppgavefordeling i store trekk handler om makt. I forhold til muligheten for å bemanne poliklinikker med legesekretærer i stedet for sykepleiere, som den ene informanten nevner, er det grunn til å tro at en slik ordning vil møte stor skepsis. En slik ordning vil frata sykepleierne en viktig maktbase, og gi sekretærene en mulighet til å vise hva de mestrer. Deres pasientkontakt vil ved en slik oppgavefordeling trolig bli ansett som langt viktigere enn den er i dag. I bunn og grunn handler trolig sekretærenes bekymring for at de ikke er en sterk nok gruppe til å få nye oppgaver om at de selv føler at de er en gruppe uten særlig stor makt i organisasjonen. Så sterk er koblingen mellom oppgaver, makt og status.

Et annet viktig moment i forhold til sekretærenes oppgaver er at en sekretær nevner at forenkling teknologi gjør at ”alle” kan utføre oppgavene, slik at det ikke lenger er bruk for ekspertisen sekretærene har for å løse visse oppgaver. Dette er i tråd med Sennett (2001), som hevder at denne typen forenkling kan svekke yrkesidentiteten hos yrkesgrupper, og det kan synes som nettopp dette, i tillegg til frykt for at grupper med mer makt får flere oppgaver mens sekretærene mister sine, er det som skaper mest frustrasjon hos sekretærene ved Sørlandet Sykehus HF. Mitt inntrykk gjennom mitt forskningsarbeid er at den store usikkerheten blant sekretærene kan komme av manglende informasjon fra ledelsen, kanskje på grunn av flere usikkerhetsmomenter knyttet til implementeringsfasen i prosessen, og at denne fasen kan bli langvarig fordi endringene er så store.

Pasientkontakt er en av de viktigste oppgavene sekretærene utfører, og informasjon fra intervjuene kan tyde på at denne oppgaven blir enda viktigere i fremtiden. Grunnen til dette er at tid trolig blir frigjort fra andre oppgaver, og man får mer tid til direkte pasientarbeid. Sekretærene synes selv at dette arbeidet er svært viktig, og er opptatt av gjøre det beste for pasientene. Fordi ledelsen har uttalt at ikke alle er skikket til denne typen arbeid, er trolig pasientkontakt en måte å hevde seg på og danne en identitet i forhold til andre sekretærer. Pasientkontakt er også en form for arbeid som kan dermed virke emosjonelt utmattende for sekretærene.

I tråd med Vikkelsø og Vinges (2004) oppfatning av at effektive endringsprosesser må skje i ”hverdagslivets arbeid”, er det nettopp en mer håndfast endring, en teknologisk, som klarer å rokke ved institusjonaliserte ”sannheter” om hvordan pasientinformasjon bør behandles. Denne effektivitetsgevinsten har også en bakside. Det tradisjonelle sekretærarbeidet med journalskriving, arkivering av journal osv., forsvinner med innføringen av EPJ. Dette gjør at sekretærene mister en av sine kjerneoppgaver, og isolert sett kan dette føre til en overflødiggjøring av sekretæren. For å hindre dette må sekretærene få nye oppgaver, og dette er hovedutfordringen som i stor grad vil avgjøre sykehussekretærens fremtid.

Den viktigste enkeltstående faktoren som har avgjørende betydning for sekretærenes fremtid og hvilke oppgaver disse har, er teknologisk utvikling. Først og fremst er situasjonen den at

sekretærene står i fare for å miste jobbene sine grunnet denne utviklingen. De er i alle tilfelle forberedt på at de i fremtiden må omstille seg kraftig og utføre nye typer oppgaver. Sett i et arbeidssosiologisk/profesjonsteoretisk perspektiv er typen arbeidsoppgaver en yrkesgruppe utfører avgjørende for både yrkesidentitet og relasjonene yrkesgrupper imellom. Sekretærenes status har sammenheng med hvilke oppgaver de utfører. For sekretærene er det svært viktig å få hjelp av fagforeninger til å styrke gruppen slik at man blir i stand til å overta nye oppgaver fra andre yrkesgrupper. I denne sammenhengen er det av avgjørende betydning at sykehuset på sikt kun vil ansette autoriserte helsesekretærer som kan utføre visse oppgaver som tradisjonelt har blitt utført av sykepleiere. Dette er en kompetanseplattform som i stor grad kan sikre sekretærene arbeidsoppgaver også i fremtiden.

9.2 Organisering og innflytelse

Sett fra et arbeidssosiologisk perspektiv vil helsesekretærene i klinisk virksomhet ved Sørlandet Sykehus HF stadig sammenligne seg med yrkesgrupper med høyere status og mer innflytelse. Ifølge Berg (1987) er helsesekretærenes medisinske tilknytning i ferd med å bli sterkere, og dette vil kunne heve deres status. Autorisasjon av helsesekretærer er et eksempel på dette, selv om gruppen aldri vil kunne oppnå status som en profesjon. Trass i autorisasjon av helsesekretærer og tilbud om kompetanseheving, som i utgangspunktet styrker gruppen, er fremtiden for sekretærene svært usikker. Imidlertid vil sekretærene kunne få en sterkere fellesskapsfølelse hvis man på sikt blir en mer ensartet gruppe med autoriserte helsesekretærer som overtar mer prestisjefylte oppgaver. Hvis dette skal skje, må sekretærene trolig ha sterkere fagorganisasjoner i ryggen enn hva de har i dag. De fleste sekretærene som er organisert er medlemmer av LO, og denne organisasjonen er en svært sterk organisasjon. Imidlertid synes det å være ulike maktforhold mellom underorganisasjonene, og det er ganske innlysende at sterke profesjoner er medlemmer av sterkere organisasjoner med mer makt og gjennomslagskraft, enn eksempelvis handel- og kontorsegmentet i LO.

Den organisatoriske utviklingen ved Sørlandet Sykehus HF som kommer i kjølvannet av teknologisk utvikling, går i retning av at sykehuset har rom for færre sekretærer i klinisk virksomhet. Gjennom samtlige intervjuer er det en klar trend i retning av at de tre respondentene med lederfunksjoner, samt fagansvarlig ved videregående skole, vektlegger de samme faktorer i forhold til sekretærenes situasjon og fremtidsplaner. De legger i stor grad ansvaret for fremtiden over på sekretærene selv, ved at de fremhever fleksibilitet og

omstillingsevne som en avgjørende egenskap. Hvis sekretærene har denne egenskapen og ser muligheter i organisasjonsendringene, vil de i følge ovennevnte informanter gå en spennende fremtid i møte. Selv om det er variasjoner blant sekretærenes svar, er trenden definitivt at det råder en langt større pessimisme i forhold til fremtiden i denne gruppen. Jeg mener at denne relativt klare todelingen blant informantene best kan forklares med den organisatoriske strukturen i helseforetaket og kulturforskjeller i kjølvannet av disse.

Et viktig aspekt er også at sekretærer i klinisk virksomhet ved Sørlandet Sykehus HF ikke er en ensartet gruppe, men kontorarbeidere som ivaretar ulike funksjoner som tilrettelegger for medisinsk utdannet personell. Dette kan forklare variasjonene mellom sekretærene synspunkter. Gjennom intervjuene kommer det også tydelig frem, at selv om kjerneaktivitetene til sekretærene er tilnærmet like, er det store forskjeller mellom avdelinger, og disse forskjellene gir seg også utslag i ulike avdelingskulturer. Om man betrakter sykehuset som et profesjonsbyråkrati eller et maskinbyråkrati med større oppgavefokus, har stor innvirkning på sekretærenes rolle i organisasjonen, og ifølge Vinge vil et større maskinbyråkratisk fokus gjøre at man er mer opptatt av at oppgavene blir løst, enn av hvem som løser dem. Dette vil kunne høyne helsesekretærenes status.

I forhold til Mintzbergs teori om at sterke profesjoner, som leger, har stor innflytelse i endringsprosesser, og at grupper med relativt liten ekspertise, som sekretærene, synes dette å stemme svært bra ut fra informantenes utsagn. På grunn av at sykehus tradisjonelt har blitt betraktet som et profesjonelt byråkrati, har også lavstatusgrupper som sekretærene fått stadfestet sin posisjon som en gruppe med lav innflytelse. Selv om det blant sekretærene generelt sett er en oppfatning av at de har for liten innflytelse, er det noe ulike svar omkring dette i gruppen. Dette synes delvis å være betinget av forskjeller fra avdeling til avdeling og også det faktum at sekretærer i klinisk virksomhet utfører ulike oppgaver ut fra hvilken avdeling de er på.

Følelsen av å ha innflytelse over egen arbeidssituasjon handler om å bli hørt av personer man anser å influere ens eget arbeid. Helseforetaket som organisasjon legger opp til at yrkesgruppers interesser kun skal fremmes av fagforeninger utover det som skjer på avdelingene. Dette betyr at fagforeningene er svært viktig i et helhetlig perspektiv. For sekretærene kan det imidlertid synes som fagforeningenes arbeid ikke er av stor betydning i det daglige. Det er først og fremst på avdelingene det er relevant å influere noe som helst, hvilket også synes rimelig i og med at det er her man har sine nærmeste overordnede.

Informantenes svar viser hvor tette bånd det er mellom oppgaver og status, som igjen har å gjøre med i hvor stor grad kontorpersonalet som gruppe føler seg i stand til å ha innflytelse på organisasjonen som en helhet. Dette henger tett sammen med hva slags oppgaver de har. Imidlertid er det viktig å spørre seg om sekretærene generelt faktisk ønsker mer innflytelse. I tråd med ideen om at man lever i et slags ”vakuum” på sin avdeling og er opptatt med sine egne oppgaver, er det en stor mulighet for at noen sekretærer faktisk ikke er opptatt av de store linjene, altså av hva som skjer på ledelsesnivå. Kanskje er det for flere nok å forholde seg til sin egen avdelingsleder, selv denne avstanden kan virke lang, om man ikke også skal beskjeftige seg med toppledelsen i helseforetaket.

Sammenslåingen av tre sykehus til Sørlandet Sykehus HF har endret organiseringen av sykehuset. Samtidig som det har foregått en sentralisering av beslutninger som gjelder for foretaket, har man også valgt å vektlegge at beslutninger skal tas ”så lavt som mulig, og så høyt som nødvendig” i organisasjonen. I praksis innebærer dette at de beslutninger som kan fattes på avdelingsnivå skal fattes der, og ikke lenger oppe i organisasjonen. Dette gjør at sykehusledelsen distanserer seg fra mindre konflikter på avdelingene, og de er ikke opptatt av å fremme enkelte gruppers interesser. Dette blir overlatt til interesseorganisasjoner, og det er derfor svært viktig at interesseorganisasjoner representerer yrkesgrupper. Innføring av teknologi vil på sikt innebære endringer også i den organisatoriske strukturen på sykehuset, og det er først når dette skjer at sekretærene vil få vite mer om hvilke oppgaver deres ”nye” jobb består i, og hvor mange sekretærer som blir overflødige. Resultatvurdering av helsereformen viser at svært mange ikke føler at de har oppnådd innflytelse og medbestemmelse, og at det er langt opp til ledelsen. Dette samsvarer med utsagn fra representant for sykehusledelsen som hevder at nåværende hierarkiske strukturering i helseforetaket fører til at det blir lengre avstand opp til ledelsen enn tidligere.

Fordi en av målsetningene med å innføre ny teknologi er å spare lønnsutgifter til sekretærer, og fordi representanten fra sykehusledelsen opplyser at sykehuset regner med at man på sikt vil kunne kutte 50 sekretærstillinger, må man regne med at en del sekretærer vil miste jobben. Dette til tross for at ny teknologi innebærer nye oppgaver for sekretærene. Imidlertid viser undersøkelser fra Danmark at svært få sekretærer har måtte gå, selv om dette har vært forventet ved innføring av lignende teknologi i danske sykehus. Likevel leder ovenstående

drøfting til at et stort antall sekretærer sannsynligvis må gå, ikke minst fordi Sykehusledelsen er svært tydelig på dette i intervjuet.

Vinge (2004) fremhever betydningen av de maskinbyråkratiske trekk ved sykehus i tillegg til det profesjonsbyråkratiske. Når dette perspektivet mangler, og man utelukkende fokuserer på profesjon og påfølgende maktfordeling, kan situasjonen bli vanskelig for sekretærene, og innflytelsesmulighetene mindre. Ifølge Vinge er det viktig at man betrakter sykehus ikke bare slik man tradisjonelt har gjort, som profesjonsbyråkratier, hvor beslutninger i hovedsak tas med stor innflytelse av de profesjonelle innen medisin (Vinge, 2004). Hvis de maskinbyråkratiske trekk ytterligere forsterker seg ved et sykehus, blir oppgavene som skal løses det viktige, og det blir også rom for annen innflytelse enn den medisinske. Denne utviklingen gir seg også utslag i at andre enn leger har ledelsesfunksjoner ved sykehus. For sekretærenes del er det helt klart at en slik utvikling kan innebære en fordel, fordi deres innflytelse trolig vil være større i et oppgaveperspektiv enn i et profesjonsperspektiv hvor de kun sees som en støttefunksjon. Det kommer frem i intervjuene at flere sekretærer mener at de gjør en svært viktig jobb, men at denne ikke blir nok verdsatt. Dette kan trolig forklares med den tradisjonelle profesjonstenkingen.

Ifølge Mintzberg, og også Jakobsen, henger graden av innflytelse tett sammen med hva slags perspektiv man har i organisasjonen. Ved et maskinbyråkratisk perspektiv vil sekretærene trolig få mer innflytelse, fordi fokus flyttes fra det tradisjonelle profesjonsbyråkratiet hvor beslutninger tas av profesjoner med mest innflytelse. Informant fra sykehusledelsen har et klart oppgaveperspektiv med fokus på oppgaven og ikke på hvem som løser den. Dette taler for at ledelsen har tatt innover seg hvor viktige aktører sekretærene er. Imidlertid er det et paradoks at resultatvurdering av sykehusreformen klart viser at ansatte i helseforetak mener at de ikke har nok innflytelse på de arenaer hvor beslutninger tas. Dette skulle tyde på at man ikke i stor nok grad har klart å gjennomføre strategi O og inkludere de ansatte i beslutningstaking.

Mintzberg og Glouberman vektlegger spesielt koordineringsproblemer på sykehus. For å drive et sykehus mest mulig effektivt, er det spesielt viktig at de ulike ”verdenene” som organisasjonen utgjør, samarbeider for å nå felles mål. De mener at en måte å koordinere ulike fokus på er å standardisere oppgaver på en hensiktsmessig måte. I denne delen er sekretærene svært viktige aktører, da de har en spesielt koordinerende rolle.

Følelsen av å ha innflytelse over egen arbeidssituasjon handler om å bli hørt av personer man anser å influere eget arbeid, eller selv å ha direkte innflytelse. Helseforetaket som organisasjon legger opp til at yrkesgruppers interesser kun skal fremmes av fagforeninger utover det som skjer på avdelingene. Dette betyr at fagforeningene er svært viktige i et helhetlig perspektiv. For sekretærene kan det imidlertid synes som fagforeningenes arbeid ikke er av stor betydning i det daglige. Det er først og fremst på avdelingene det er relevant å influere noe som helst, hvilket også synes rimelig i og med at det er her man har sine nærmeste overordnede. Informantenes svar viser hvor tette bånd det er mellom oppgaver og status, som igjen har å gjøre med i hvor stor grad kontorpersonalet som gruppe føler seg i stand til å ha innflytelse på organisasjonen som en helhet. Dette henger tett sammen med hva slags oppgaver de har. Organiseringen av sykehuset er svært essensiell i forhold til hvor stor innflytelse de ulike yrkesgruppene/profesjonene har. Dette har jeg forklart gjennom å bruke organisasjonsteori. Viktig i denne sammenheng er kontrastene mellom å ha et profesjonsbyråkratisk perspektiv i motsetning til et maskinbyråkratisk perspektiv. Det er noe forskjell mellom sekretærenes oppfatning av hvor stor innflytelse de har, men gjennomgående i intervjuene er at informanter som er på et annet nivå enn sekretærene selv, er mer positive til deres rolle og innflytelsesmuligheter enn sekretærene selv er.

I forhold til utvikling av sykehus som organisasjon har vi på den ene siden ledelsen som har et sterkt fokus på økonomi for å innfri krav til økonomisk lønnsomhet og effektivitet. Ledelsens hovedutfordring er å legge til rette for at sykehuset kan løse oppgaver man er satt til innenfor rammen av tildelte midler. For å drive helseforetaket mest mulig effektivt, er det nødvendig å ha fokus på oppgavene som skal løses, og mindre fokus på profesjon. I motsatt retning befinner den tradisjonelle profesjonstenkningen seg. Det har særlig blitt fokusert på profesjonskampen mellom leger og sykepleiere, da det er disse yrkesgruppene som tradisjonelt har drevet med pasientbehandling. Etter hvert har også flere yrkesgrupper kommet til, og overtatt noen av oppgavene til disse to profesjonene. Disse sterke profesjonene er sterke grupper med innflytelsesrike organisasjoner i ryggen. Ifølge Erichsen (2004) er det krefter utenfor sykehuset selv som avgjør mye av det som skjer ved et sykehus. Fagforeninger blir derfor ekstra viktige, og dette sammenfaller med utsagn fra sykehusledelsen om at det er fagforeningene som blir hørt høyt oppe i ledelsen. Sekretærene blir kun i liten grad hørt hvis de ikke har sterke fagforeninger som representerer dem.

Det kan imidlertid synes som fagforeningene har demonstrert sin makt ved at man ved Sørlandet Sykehus HF har besluttet at man i fremtiden foretrekker å bare ansatte autoriserte helsesekretærer, nettopp etter påvirkning fra fagforeningene. Ikke bare sikrer man seg kompetanseplattform med utdanning tilpasset fremtidens sekretæroppgaver, man får også en ensretting av denne kompetansen. Fordi sekretæren er en yrkesgruppe som er inne i flere etapper av pasientforløpet, er denne ensrettingen en kvalitetssikring som også kan tenkes å frembringe en ”profesjonskultur” blant sekretærene tilpasset dynamikken mellom leger og sykepleiere spesielt, og også annet helsepersonell. Autorisasjonen av helsesekretærer er svært viktig for helsesekretærene. Dette er ikke bare av den opplagte grunn at det i større grad sikrer dem oppgaver, men også fordi autorisasjon gjør dem til en sterkere gruppe med større innflytelseskraft. I og med at det står i fagplanene for utdanningen til helsesekretærer at denne skal tilpasses endringer, blir det også lagt stor vekt på å lære sekretærene å være fleksible i forhold til oppgaver. Dette er trolig svært viktig i forhold til å styrke yrkesgruppen i fremtiden.

Flere sekretærer føler at de ikke har nok innflytelse i samarbeid med andre yrkesgrupper eller i forhold til organisasjonen som helhet. Noen mener imidlertid at samarbeidet er bra, og at man får nok anerkjennelse for arbeidet man gjør. Ledelsen på ulike nivåer synes å mene at samarbeidet er bra. Dette kan skyldes at de mener at det er lagt til rette for godt samarbeid, men at det ikke fungerer slik for alle i praksis. Ikke bare av selvsagte grunner som respekt og samarbeid, men også av effektivitets- og kvalitetshensyn, er det svært viktig for sykehusets drift at så mange som mulig føler seg forstått og hørt. Skillet mellom profesjoner vil alltid være der, i og med at man trenger ulike profesjoner for å utføre oppgavene man er satt til. Samtidig synes det som om en av de største utfordringene for å ivareta en mest mulig effektiv arbeidsflyt, er å sørge for at ingen føler seg overkjørt. Vellykket samarbeid i team kan også fungere som en motivasjon for å gjøre en ekstra innsats, og dette i seg selv gjør at man bør arbeide for å minske gapet mellom sykehusledelsens overordnede mål og de ansattes, også sekretærenes, målfokus. Det er også viktig at man ikke er så fastlåst i profesjoner at man ikke ser nye muligheter.

I forhold til innflytelse på egen arbeidssituasjon er det ganske bred enighet om at det er variasjon fra situasjon til situasjon. Følelsen av å ha innflytelse henger tett sammen med hvor stor sjanse man har til å bli hørt av dem man oppfatter å være beslutningstakere i relevante avgjørelser. I og med at helseforetaket har blitt utvidet, vil det være naturlig om man oppfatter

avstanden til ledelsen større, hvilket også hevdes fra topplederhold. Det synes som om det som skjer på avdelingen er det som betyr noe for mange sekretærer, og at man ikke har fokus lenger oppover i systemet. Hvis man betrakter sykehuset som organisasjon er det absolutt interessant å vite om merkantilt personell har innflytelse utover avdelingsnivå, men i de fleste tilfeller er nok ikke dette særlig relevant for sekretærer på kliniske avdelinger.

Informantene fra sykehusledelsen og fagansvarlig i videregående skole hevder begge at fleksibilitet er en svært viktig egenskap for å klare å utvikle seg i sekretæryrket. Dette henger tett sammen med ideen om den videre ”profesjonalisering” av helsesekretærene. Det hevdes at alle yrkesgrupper må være fleksible fordi samfunnet forandrer seg så fort, og som et resultat av dette må også legesekretærene være i stand til å utvikle seg i yrket. I forlengelsen av dette sier også informanten fra skolen at det i utdanningen blir lagt vekt på å ”lære å lære”, og å finne informasjon på Internett for å holde seg oppdatert i eget yrke. Også kontorleder og avdelingsleder presiserer at sekretærene må være villige til å lære seg nye oppgaver, og at de da kan få spennende muligheter.

Sekretærene er delaktige i mange sekvenser av et pasientforløp, og har stor kunnskap som er nødvendig for å få arbeidet unna. Fordi sekretærene ikke har tradisjon for å dokumentere sitt arbeid, og fordi de også er svært viktige aktører i uformell kommunikasjon på avdelingene, risikerer man at andre yrkesgrupper ikke ser hvor mange oppgaver sekretærene faktisk har. Av samme grunn kan også mye av sekretærenes kunnskap kalles ”taus” i det den er vanskelig å definere og i stor grad handler om å ha overblikk og informasjon. Dette kan bidra til at sekretærenes status forblir lav.

Med referanse til organisasjonsendringperspektiv vil en yrkesgruppes innflytelse avhenge av organisasjonsstruktur og av de maktforholdene som strukturen avspeiler. I mitt materiale mener ledere generelt at sekretærene har nok innflytelse i saker som angår dem. Selv om sekretærer er representert i forkant av store teknologiske prosjekter, erfarer likevel sekretærene selv at de ikke blir hørt, og at endringer i stor grad blir ”tredd ned over hodet på dem”. Erfaringer viser også at sekretærene sammenlignet med andre grupper, kommer svært dårlig ut i forhold til innflytelse i samband med omstillingsprosesser. Avmakten til sekretærgruppen forsterkes ytterligere, som de selv påpeker, ved at fagforeningene ikke er sterke nok, men samtidig er kanskje dette den viktigste muligheten til å ha noen påvirkningskraft høyt oppe i organisasjonen for sekretærene.

Imidlertid viser en rapport at ansatte i helseforetak generelt mener at de har liten innflytelse, og at avstanden er stor til de arenaene hvor beslutninger fattes. Dette kan tyde på at man ikke har klart i stor nok grad å gjennomføre en inkluderende endringsledelse, hvilket igjen kan forklares med teori av Forseth (2002) som forteller at beslutninger ofte treffes på arenaer som er utenfor helseforetakets kontroll.

9.3 Pasientkontakt

Pasientkontakt oppfattes av samtlige sekretærer som en svært viktig del av arbeidet. Det blir fremhevet at de er de først og de siste pasienten møter, og viktigheten av å opptre på riktig måte overfor pasienten blir også vektlagt. Et annet viktig moment i forhold til pasientkontakt er at det er viktig at sekretærene generelt føler seg verdsatt på arbeidsplassen. Denne typen arbeid krever at man gir av seg selv, og ifølge Forseth kan man lett bli ”utbrent” av det. For å kunne yte pasientene best mulig service er det avgjørende at sekretærene finner motivasjon til å gi ”det lille ekstra”, hvilket synes vanskelig hvis man ikke føler seg nok verdsatt i arbeidssituasjonen.

Forseths teori om ”emosjonelt arbeid” forteller at det kan være svært belastende å ha pasientkontakt, fordi det er et krav om å hele tiden yte god service. At denne typen service konsumeres mens den blir gitt, gjør også at den kan være vanskelig å dokumentere. Det kommer også frem at denne typen arbeid kan være en måte å utvikle sin identitet som arbeidsutøver på, nettopp på grunn av det menneskelige aspektet i denne typen arbeid. Når to sekretærer fremhever at ”det ikke er alle som passer til denne typen arbeid”, refererer de til sekretærenes egen bevissthet omkring hvor viktig det er å ha en passende opptreden i møte med pasienten. Dette handler også om identitet, fordi forskjeller sekretærene imellom kommer tydelig frem i interaksjon med pasienter, og kan være en måte å hevde seg på i forhold til dem ”som ikke passer til denne typen arbeid”. Av denne grunn er pasientkontakten trolig en positiv del av arbeidet for mange sekretærer til tross for at det kan være belastende.

Ledere og informanten fra videregående skole trekker også frem at kontakten mellom sekretærer og pasienter er svært viktig. Det blir understreket at denne kontakten er et kvalitetsstempel for hele foretaket, og derfor en essensiell del av pasientenes arbeid som blir brukt som et kvalitetssikringsverktøy. Dette er et eksempel på dekopling mellom prat, identitetsforvaltning og praksis, og det er overraskende hvor lite man legger vekt på

opplæring av sekretærene i forhold til denne delen av arbeidet deres. I forhold til dette skulle man tro at sykehusledelsen ville bruke ressursene innen dette området mer offensivt, og ikke bare i kvalitetssikringsøyemed. En forklaring på dette kan være at man i større og større grad går inn for å velge utdannede helsesekretærer ved kliniske avdelinger for å ensrette kompetansen som gjelder pasientkontakt, og at dette fører til at man vil få en kompetanseplattform i utgangspunktet. Som tidligere nevnt legges det stor vekt på opplæring i pasientkontakt i denne utdannelsen. Det virker som sekretærene i stor grad anser deres jobb i møte med pasientene for å være svært viktig. Siden dette ikke synes å gjelde for alle sekretærer, må jeg gå ut fra at forskjeller i rutiner danner avdelingsvise ulikheter, samt at personlige egenskaper hos sekretærene spiller inn.

I det private har man fokusert på forbedringspotensialet i forhold til kundene sine, mens det i det offentlige er minst like viktig å ha tilfredse brukere. Økonomistyrte reformer og ideer fra det private har også invadert norske sykehus de siste årene, hvilket reformen ”Pasienten først” er et klart uttrykk for. Dette stiller nye krav til servicepersonalet, som ofte skaper pasientens førsteinntrykk i møte med sykehus. Media står parat til å lage reportasjer om pasienter føler seg dårlig behandlet, og det at pasienten fritt kan velge sykehus skjerper konkurranseinstinktet ved sykehuset. Hvis sekretærer skulle gjøre feil, som å la personlige opplysninger ligge fritt til skue i pasientluken eller blande journaler, er dette lett dokumenterbart, og enkelt å spore tilbake til ”synderen”. En større individualisering i samfunnet og økt bevissthet om hvilken behandling man har krav på, også fra sekretærer, synes å ha senket terskelen for å klage på utilfredsstillende behandling av pasienter. For at møtene mellom ansatte og brukere skal gi konkurransefortrinn, er det viktig at de ansatte ”gir av seg selv”. Dette synes å handle om naturlig skikkethet for arbeidet, og denne kommer sannsynligvis etter en viss sosialisering i yrket. På grunnlag av dette er det interessant å se på hva kontorledelsen gjør for å få sekretærene til å ”gi av seg selv” i møte med pasienter. Det synes som dette blir relativt lite vektlagt, i og med at det hevdes både fra sekretærene selv og fra ledelseshold, at det ikke blir gitt spesiell opplæring i pasientkontakt.

Det hersker uansett liten tvil om at pasientkontakten ved kliniske avdelinger vil bli viktigere i fremtiden. Dette spesielt fordi prosjektet med talegjenkjenning tar bort behovet for journalskriving, hvilket tradisjonelt har vært en viktig oppgave for sekretærene. På noen avdelinger vil sannsynligvis tiden som blir frigjort for sekretærene brukes til direkte pasientkontakt, eksempelvis som en informant sier at om der er kø ved ekspedisjonsluken, kan

man ha en ekstra sekretær til å snakke til pasienten på en fin måte. Ifølge en annen vil tiden sekretærene har tilbrakt på skrivestuen erstattes med et tettere samarbeid med helsepersonell. Dette vil i så fall indirekte bringe dem nærmere pasienten. Ytterligere en annen informant mener at økende krav til service vil føre til større press på sekretærene, og det synes også relevant at man ved større konkurranse sykehus imellom, må prestere mer for å tilfredsstille brukerne. Alt i alt skulle dette tale for at betydningen av den personlige kontakten mellom sekretær og pasient vil øke i fremtiden. Det synes også å være enighet om at man må være egnet for å ha pasientkontakt, og at dette går på personlige egenskaper. Dette samsvarer med Forseths argument om at en som utfører ”emosjonelt servicearbeid” må gi av seg selv. Det synes også som at det å være egnet til denne typen arbeid, og lykkes med dette øker selvfølelse og skaper identitet blant sekretærene..

I forhold til pasientkontakt er det av overordnet betydning at sykehusledelsen anser ekspedisjonsarbeid og møtet mellom sekretærer og pasienter for å være et kvalitetsstempel for hele foretaket. I denne forbindelse kan det synes noe underlig at man i avdelingene ikke legger mer vekt på opplæring av sekretærer i denne typen arbeid. Dette kan forklares med at man i fremtiden ønsker å ansette helsesekretærer som i utdanningen har fått opplæring i pasientkontakt for å danne en kompetanseplattform som er tilpasset denne typen arbeid.

Sekretærene selv er klar over hvor viktig denne jobben er, og selv om denne typen emosjonelt servicearbeid i følge Forseth kan være utmattende og krevende, synes det som sekretærene gir av seg selv i kontakten med pasientene, og trives med denne typen arbeid. Handlingsplanen ”Pasienten først” gir føringer for å legge stor vekt på pasientkontakt, og bidrar til å holde fokus på pasientene. Svært viktig er det også at pasientkontakt kan bidra til å danne en yrkesidentitet hos sekretærene, hvilket kan motivere sekretærene til å yte ”det lille ekstra” i sitt møte med pasienter. Sammenholdt med teori av Bertelsen (2005) vil innføring av EPJ kunne føre til en bedre pasientbehandling fordi samarbeidet rundt pasienten bedres ved at informasjonsstrømmen økes. Dette vil kunne føre til et større fokus på pasientkontakt.

9.4 Å være i et kvinneyrke/profesjoner

Litteratur om kjønn forteller tydelig at kvinner er overrepresentert i serviceyrker som helsesekretærer (f. eks. Kvande og Rasmussen, 1997). Informanten fra sykehusledelsen forteller at i alle typer yrker i sykehuset, unntatt legeyrket, som opptil de siste årene har vært dominert av menn, har kvinner dominert.

Siden sekretærene er en gruppe som i hvert fall ved Sørlandet Sykehus HF utelukkende består av kvinner i klinisk virksomhet, er det umulig å sammenligne ulike sekretærers status i forhold til kjønn, og disse faktorene drøftes derfor opp mot hverandre. Et synspunkt som blir avdekket, er at det *skal* være noen forskjeller mellom kvinner og menn, og at man må ha yrkesstolthet uavhengig av om det er menn eller kvinner i yrket. Dette er i tråd med Gerrard og Melbye (1996) som mener at våre referansepunkter gjør at noen yrker oppfattes som typisk for et kjønn. For sekretærenes del betyr dette at spesielt deres pasientkontakt, og også skrive-tjeneste, er arbeid som man forbinder med kvinner, og at kvinnelige sekretærer altså er forventet å gjøre denne typen arbeid. Sannsynligvis hadde man som pasient blitt svært overrasket hvis man ble tatt imot i ekspedisjonsluken av en mannlig sekretær. Dette er fordi referansene våre gjør at vi forventer at helsesekretærer er kvinner, og ikke menn. Kjønnsperspektivet kan gi en forklaring på hvorfor helsesekretæryrket har den status og de lønnsbetingelser det har, men det er vanskelig å endre disse forholdene.

Det er stort sammenfall i sekretærenes syn på hva slags virkning det har på sekretærgruppen at det så godt som ikke finnes menn verken som sekretærer eller kontorledere. At det kun er kvinner i sekretæryrket betyr nødvendigvis at i tillegg til å være en del av en "sekretærkultur", er også sekretærene en del av en "kvinnkultur". Disse to kulturene er tett sammenvevd, og det er vanskelig å skille dem fra hverandre i analysen. Dette betyr at de to kulturene er et resultat av hverandre, og påvirker hverandre gjensidig.

Som drøftet i punkt 9. 3 utfører sekretærene *emosjonelt arbeid* i sitt møte med pasienter. Helt i tråd med Forseths antakelser om at dette er et typisk kvinnearbeid viser intervjuene at sekretærene selv finner dette arbeidet viktig, men at det stilles store krav til dem som personer. Deres pasientkontakt kan være med på å sementere sekretærenes rolle som et "kvinneyrke" fordi denne typen arbeid krever typiske kvinnelige ferdigheter, som for eksempel å møte pasientene med forståelse og empati.

Alle respondentene er enig i at det er negativt for sekretæryrket at det finnes svært få menn i denne profesjonen, spesielt i forhold til lønn og status. Samtlige respondenter mener at det ville ha fått positive følger på disse områdene hvis det kom flere menn inn i yrket. Dette er helt sammenfallede med teorien. Flere trekker spesielt frem at arbeidsmiljøet ville vært bedre om man også hadde hatt menn rundt seg i yrkesgruppen. Fagansvarlig ved videregående skole og medlem av sykehusledelsen tillegger kjønnsfordelingen i sekretæryrket generelle

samfunnsmessige trekk, og sier mindre om konsekvenser for sekretærene som gruppe. Dette skyldes at disse to informantene har et mer helhetlig perspektiv på sekretærenes rolle, og i større grad enn sekretærene selv ser forholdene på sykehuset som en gjenspeiling av samfunnet generelt.

Som en naturlig del av drøftingen omkring kjønnsperspektivet, har jeg også valgt å ta med profesjoner som en del av dette temaet. Dette er fordi kjønn og profesjoner er uløselig knyttet sammen til spørsmål omkring status og lønn, som kjønnsperspektivet i denne sammenheng først og fremst handler om. At sekretærene i noen grad føler seg underordnet andre yrkesgrupper på sykehuset, er naturlig ut ifra at sekretærene aldri kan bli en profesjon på samme måte som leger og andre medisinske profesjoner. Likevel er det grunn til å tro at sekretærenes status kan heves hvis de i fremtiden vil utføre andre typer oppgaver som er mer medisinsk rettet.

Det synes som tradisjoner er sterkt medvirkende til hvorfor det kun er kvinner som velger sekretæryrket. Er sekretærene en svak gruppe som en følge av at den kun består av kvinner, eller er det bare kvinner i yrket fordi det er en svak gruppe? Erfaringsvis vil jeg anta at disse to aspektene er uløselig knyttet sammen, og at sekretærene kort sagt trenger menn i yrkesgruppen før de vil få en solid heving av status. Dette kan se ut til å være vanskelig å gjennomføre i praksis, da få menn er interessert i å ha en sekretærjobb med lav status. Muligens vil de omfattende endringene sekretærene i sykehus står overfor kunne endre denne situasjonen, fordi endringer i tradisjonelle organisasjonsstrukturer også kan skape muligheter for kvinner (jmf. Gerrard og Melbye, 2004).

Det synes som at samtlige sekretærer forklarer sekretærenes relativt lave status delvis ut fra at de har et typisk kvinneyrke. Arbeidslivet er en arena for utøvelse av kjønnsmakt, og akkurat dette synes tydelig i sekretærenes situasjon. Dette er alle informantene enige om, og også sett fra et samfunnsmessig perspektiv er det logisk å trekke slutningen at sekretærene på sykehuset har lavere lønn og lavere status dels fordi gruppen kun består av kvinner. Kvinner er overrepresentert i alle yrkesgrupper på sykehuset, og først når det gjelder leger, som anses å ha både høyest status og høyest lønn av gruppene på sykehuset, er kjønnsfordelingen jevnet ut. Hvis sekretærgruppen får høyere status og høyere lønn er det sannsynlig at også menn vil søke på sekretærstillinger. Paradoksalt nok, er status- og lønnsutvikling trolig avhengig av å ha flere menn i gruppen, og en kraftig utvikling kan vanskelig skje uten en jevnere

kjønnsfordeling. Av denne grunn har jeg funnet det hensiktsmessig å drøfte profesjonsteorier opp mot kjønnsaspektet. Sekretærgruppen har et dårlig utgangspunkt i forhold til status fordi det er et typisk kvinneyrke.

Det er oppsiktsvekkende at informant som er fagansvarlig ved en videregående skole uttaler at man bør la kjønnsforskjellene ligge, og ikke bare sammenligne seg med yrker med høyere status og lønn, og heller være fornøyd med sitt eget yrke. Hvis sekretærene allerede gjennom sin utdanning danner denne holdningen, er det ikke rart at mange av dem er misfornøyd, og føler seg mindre verdsatt i forhold til andre yrkesgrupper. Fagforeningene fremstår som svake, og synes å ha lite å bidra med i forhold til å skaffe flere oppgaver. De ovennevnte forhold synes å ha en forsterkende virkning på hverandre, hvilket skaper en ond sirkel. Dette er en situasjon som er vanskelig å endre, selv om det kunne være ønskelig med flere menn i yrket. Dette synes å være betinget av samfunnsmessige normer, og de ulike kjønns posisjon i samfunnet. Like fullt er det viktig at kjønn av mange betraktes som et konstruert fenomen, og at arbeidslivet er en arena for utøvelse av kjønnsmakt. Dette synes sekretærene å oppleve.

9.5 Fremtidsutsikter for sekretærgruppen

Sekretærene er en gruppe med store kunnskaper og trolig uutnyttede ressurser. Det kan synes som at ledelsen på ulike nivåer har fått øynene opp for dette, og ønsker å bruke sekretærene på nye måter. Det kreves imidlertid at sekretærene i klinisk virksomhet er fleksible og villige til å omstille seg. Dette kan svekke det kollektive aspektet og også sekretærenes yrkesidentitet. Ifølge Sennet (2001) vil en større fleksibilitet og individualisering kunne føre til at man mister følelse av tilhørighet til gruppen. Dette gjør at sekretærene i fremtiden kan bli splittet som gruppe, og at personlige egenskaper og engasjement vil være avgjørende for hvor sekretærene havner i organisasjonen. Denne utviklingen er i tråd med Olbergs (1995) antakelser om at arbeidslivet vil bli mer fleksibelt. Imidlertid kan denne sterke fleksibiliseringstendensen også skape differensiering mellom sekretærene, og svekke gruppen fordi det blir vanskelig å fremstå som samlet utad. Sekretærene selv synes ikke å være så bevisste på dette med å være fleksible, derimot har de blandede følelser i forhold til å skulle tilegne seg ny kunnskap

Som en uttalelse fra representant fra Sykehusledelsen viser, vil man ha tettere individuell oppfølging av sekretærene, og disse må også lære seg nye oppgaver. Dette kan tyde på at personlig egnethet og relasjon til innflytelsesrike personer i organisasjonen kan være

avgjørende for posisjon. Dette kan også skape spenninger innad i gruppen. At gruppen trolig har en relativt lav identitetsfølelse fordi deres tradisjonelle oppgaver forsvinner, taler også for ovennevnte scenario. I et organisatorisk perspektiv synes det som det på alle nivå er stor spenning knyttet til hva sekretærene kommer til å gjøre i fremtiden.

Endringer skaper også muligheter, og hvis sekretærene viser seg å være en sterkere gruppe enn antatt, synes det å være store muligheter for at de til en viss grad kan skape sin egen fremtid. Imidlertid blir forhold utenfor sekretærenes egen kontroll også av stor betydning for sekretærenes framtid, blant annet hvilke krav om fleksibilitet som stilles til blant annet ansettelsesforhold. En følge av de mange usikkerhetsmomentene som følger i kjølvannet av teknologisk utvikling kan være at man kun ønsker å leie inn sekretærer fra vikarbyråer, og ikke ansette dem. Dette vil i så fall gi sekretærene dårligere betingelser.

For sekretærgruppen vil de fleste typer utvikling bety at endringer blir initiert av andre grupper enn dem selv. Selv om noen respondenter hevder at det er godt samarbeid på avdelingen og at profesjonene tilpasser seg hverandre, ligger det i sekretærfunksjonens natur som en støttefunksjon, at man ofte må tilpasse seg endringer gjort av andre. Dette kan i seg selv gjøre at man føler at endringer blir ”tredd ned over hodet”, og at tilpasningsarbeidet går tungt. Jeg vil hevde at evnen og viljen til å tilpasse seg avgjør sekretærenes oppfatning av egen arbeidssituasjon, og også i stor grad hvordan deres fremtid blir, selv om det virker som sekretærene selv ikke legger stor vekt på å være fleksible. Det er forståelig at de ikke gjør det, da det kan være vanskelig å seg selv i en større sammenheng slik som de andre informantene i større grad gjør, da de har et mer overordnet perspektiv.

Det er også svært viktig å se sekretæryrket i en større sammenheng, og at dette påvirkes fra flere hold. Det ligger i skjæringspunktet mellom ledelsens organisasjonsfokus og medisinske spesialisters profesjonsfokus. Det er svært avhengig av hvordan gruppens ulike fagforeninger arbeider for å fremme gruppens interesser oppover i systemet overfor toppledelsen. I denne sammenheng kan det være avgjørende for gruppens fremtid at sykehuset fortrinnsvis ønsker å ansette autoriserte helsesekretærer i stillinger som tradisjonelt har vært besatt av mennesker med diverse bakgrunner som legesekretær, handel- og kontorutdannede, og noen uten særlig utdanning. På denne måten vil sekretærene i fremtiden være i stand til å overta nye oppgaver, hvilket er svært viktig, da teknologisk utvikling fører til at noen oppgaver forsvinner.

Det blir fra flere hold spådd at sekretærenes pasientkontakt vil få en større betydning i fremtiden. Dette blant annet fordi tradisjonell skrivetjeneste ser ut til å forsvinne, og sekretærene vil bli mer knyttet direkte eller indirekte, gjennom å jobbe tett opp mot leger og sykepleiere, til pasientkontakt. Videre blir sekretærers kontakt med pasienter av ledelsen betraktet som et kvalitetssikringselement og et kvalitetsstempel for hele foretaket.

Den mest avgjørende faktoren for fremtiden til sekretærene i klinisk virksomhet ved Sørlandet Sykehus HF er om gruppen klarer å tilegne seg nye oppgaver. Som en sekretær hevder, er det vanskelig for sekretærgruppen å "slåss" med andre, sterkere grupper siden sekretærene er en relativt svak gruppe i forhold til andre yrkesgrupper. I denne sammenheng er det svært viktig for gruppen at man utdanner, og at sykehuset velger å ta inn, autoriserte helsesekretærer som har lov til å utføre flere oppgaver enn sekretærer uten autorisasjon. Dette synes å være en overbevisende måte å tilegne seg nye oppgaver på, og som et aktivt grep fra sykehusledelsens side for å støtte sekretærenes kamp om oppgaver. I denne sammenhengen er det også viktig at man har innført et kompetanseutviklingsprogram for kontoransatte ved sykehuset for å få en ensretting av kompetansen. Disse grepene styrker helsesekretærenes funksjonelle fleksibilitet, og setter dem i stand til å utføre nye typer oppgaver. I forlengelsen av dette synes det også riktig å konkludere med at sekretærens framtidsutsikter i noen grad avgjøres av profesjonskampen mellom leger og sykepleiere fordi flere oppgaver til sykepleierne vil føre til tidsnød, og et behov for at autoriserte helsesekretærer overtar noen oppgaver.

Sykehusledelsen hevder at man forventer å kunne spare inn ca. 50 sekretærstillinger ved å innføre blant annet talegjenkjenning. Imidlertid hevder Olesen og Østergaard (2004) at det i kjølvannet av innføring av lignende teknologi på danske sykehus ble gjort færre oppsigelser enn forventet fordi sekretærene fikk flere nye oppgaver enn man på forhånd hadde trodd. Dette stemmer også overens med teori av Bravermann (1974) som hevder at man trenger menneskelig arbeidskraft for å holde maskiner i gang, og at innføring av teknologi derfor ikke nødvendigvis fører til redusering av arbeidsstyrken. Dette kan tyde på at det muligens vil bli bruk for flere sekretærer enn man antar på nåværende tidspunkt. Likevel må sekretærene trolig forbedre seg på at en del av gruppen blir overflødige, dette bygger spesielt på det høye antallet Sykehusledelsen nevner i denne sammenheng.

I sykehussektoren, hvor det skjer kontinuerlige endringer, er sekretærene en viktig gruppe, men dog en gruppe med begrenset innflytelse. Det avgjørende for gruppens fremtid blir derfor

om man makter å tilegne seg flere oppgaver, eller om eventuelle nye oppgaver vil bli utført av datamaskiner eller andre yrkesgrupper. Det synes som at det kreves at sekretærene vil være fleksible og endringsdyktige, og innstilt på å innrette seg etter store, nye endringer som de bare i liten grad selv kan øve innflytelse på. Sett opp mot teori av Mintzberg (1983), Jacobsen (2004) og Vinge (2005), er det svært avgjørende hvilket organisasjonsperspektiv samfunnet har ved betraktning av sykehus, og det kan tale til sekretærenes fordel når det gjelder framtidsutsikter at man generelt sett har større fokus på oppgaver enn på profesjoner.

I forhold til sekretærenes posisjon i organisasjonen, er fagforeningsarbeid svært viktig fordi det fra sykehusledelsens side påpekes at det er gjennom fagforeninger at sekretærene har mulighet til å påvirke som gruppe. Det er delte meninger om dette blant informantgruppen, men det synes som at sekretærene har relativt liten innflytelse på avdelingsnivå i forhold til andre profesjoner, og dette gjør det enda viktigere at man har sterke organisasjoner til å fremme ens sak.

På bakgrunn av intervjuer og teori vil jeg konkludere med at sekretærenes fremtid avhenger av tre typer utvikling: Kompetanseutvikling, teknologisk utvikling og organisatorisk utvikling. Disse ulike områdene er ikke atskilt fra hverandre, men griper inn i hverandre og kan gjøre hverdagen uoversiktlig og frustrerende. For sekretærer som har ressurser til å gripe muligheter og er fleksible og omstillingsdyktige, kan fremtiden se lys ut. Imidlertid ser det også ut til at denne vil være preget av angst og usikkerhet for mange, og ikke minst en følelse av utilstrekkelighet. Noen sekretærer føler at de ikke får nok igjen for å heve sin kompetanse, det teknologiske ”spøkelset” truer i bakgrunnen og stor avstand til ledelsen kan virke demotiverende. Imidlertid taler det til sekretærenes fordel at man beveger seg bort fra tradisjonell profesjonstenkning, og i større grad ønsker å orientere seg mot oppgaver og teamfokus, samt at det fra ledelsens side finnes en sterk tro på hva sekretærene er i stand til å gjøre.

10.0 Litteraturliste

Abbott, Andrew (1988) *The systems of professions – An essay on the Division of Expert Labor*. University of Chicago Press, Chicago

Berg, Ole (1987): *Medisinens logikk. Studier i medisinens sosiologi og politikk*, Universitetsforlaget

Bertelsen, Pernille, *Hvad laver lægesekretærene når de ikke er sekretærer for lægerne?*, (2005), Virtuelt Center for Sundhedsinformatik: Aalborg Universitet

Bravermann, Harry, *Labor and Monopoly Capital* (1974): Monthly Review Press, New York and London

Erichsen, Vibeke (1996): *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Tano Aschehoug

Forseth, Ulla (2002): *Maktspill I det moderne servicearbeid. I Den usynlige hånd?: kjønns- og makt i arbeidslivet*, Ellingsæter, Lise og Solheim, Jorun (red).

Forskningsrådets resultatevaluering, 2007

Gerrard, Siri & Kari Melby (2004): *Kultur og kjønn*, Høyskoleforlaget, Steinkjer

Glouberman, Sholom & Mintzberg, Henry (2001): *Managing the care of health and the cure of disease – Part 1: Differentiation*, Aspen Publishers, Inc.

Gulowsen, Jon (1987): *Kvalifikasjoner og arbeidermakt – Samlet og sterk eller splittet og svak?* Universitetsforlaget AS

Holter, Ø. G., & Sørensen, B. A (Halrynjo, S.) (2003): *2003: 5 Kjønnskulturer i arbeidslivet – et forprosjekt for LO*, Arbeidsforskningsinstituttet, Nordbergs Aksidenstrykkeri A/S, Oslo.

Jacobsen, Dag Ingvar (2000): *Hvordan gjennomføre undersøkelser ? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Høyskoleforlaget AS, Steinkjer.

Jacobsen, Dag Ingvar (2004): Organisasjoner og endringsledelse. Fagbokforlaget, Bergen.

Jacobsen, Dag Ingvar og Thorsvik, Jan (1997): Hvordan organisasjoner fungerer – innføring i organisasjon og ledelse. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS, Bergen.

Johannessen, Birte Folgerø (1994): ”Det flytende kjønnet”. Om lederskap, politikk og identitet. LOS-senteret, Bergen

Kvale, Steinar (1997): Det kvalitative forskningsintervju, Ad notam Gyldendal, Oslo.

Kvande, Elin & Rasmussen, Bente (1997): Omorganisering av helse- og omsorgsarbeid: nye muligheter for kvinnelig ledelse i Byrkjeflåt(red.): Fra styring til ledelse, Fagbokforlaget, Bergen.

Mintzberg, Henry (1983): Structure in Fives, Designing effective organizations, Prentice/Hall International, Inc.. Englewood Cliffs, New Jersey

Myhre, Anne Mia (2004): Omstilling til enhetlig ledelse i sykehus: Påvirkning på avdelingslederrollen, (masteroppgave, HiA).

NOU 1997:2 - Pasienten først

Olberg, Dag (red.)(1995): Endringer i arbeidslivets organisering, Forskningsstiftelsen FAFO, Oslo.

Olesen, J. D. & Østergaard, M. (2004): Digital forkalkning – en debattbok om digital forvaltning i Danmark, Fredrikshavn.

Planutkast. Videreutdanning/fagskoleutdanning i helseadministrasjon for helse- og sosialpersonell med videregående opplæring, 2006.

Pressemelding Norges Forskningsråd 21.02.07

Repstad, Pål (1998): Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag, Universitetsforlagets metodebibliotek, Universitetsforlaget, Oslo.

Ryen, Anne (2002): Det kvalitative intervjuet: fra vitenskapsteori til feltarbeid, Fagbokforlaget, Bergen.

Sennett, Richard. (2001): Det fleksible mennesket – Personlige konsekvenser av å arbeide i den nye kapitalismen, Fagforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen.

Svenningsen, Signe (2004): Den elektroniske patientjournal og medicinsk arbejde – reorganisering af roller, ansvar og risici på sykehus, Handelshøjskolens Forlag, København

Torjesen, Dag Olaf (2007): Kunnskap, profesjoner og ledelse – Kunnskapsperspektiver på ledelse i norsk helsetjeneste (Kommer i) Tidsskrift for samfunnsforskning Nr. 2/2007

Vikkelsø, Signe & Vinge, Sidsel (2004): Hverdagens arbejde og organisering i sundhetsvæsenet, Handelshøjskolens Forlag, København

Vinge, Sidsel (2005): I Nordiske Organisasjonsstudier, Arbejdsorganisering og organisationsforståelse i sykehussektoren, Fagbokforlaget.

10.1 Internettadresser

<http://www.shdir.no/vp/template/ver1-0/print.jsp?articleId=62930§ionId=6931> (31.01.07)

http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa_lt.visSeksjon?vp_SEKS_ID=1187438 (31.01.07)

(http://www.mrfylke.no/digimaker/documents/psykososialt_arbeidsmilj%C3%B8_1w5kFr75139j%C3%B8.ppt#422,21,AML- andre bestemmelser) (13.02.07).

<http://216.239.59.104/search?q=cache:i50WEKK0n2sJ:www.admin.uio.no/opa/ps/omstilling.doc+arbeidsgivers+styringsrett+innf%C3%B8ring+av+teknologi&hl=no&ct=clnk&cd=7>
(08.02.07)

(<http://www.nhsf.no/hvaer.html>) (17.02.07).

10.2 Vedlegg:

Intervjuguide

Følgeskriv

ATM – Skriftserie

Publikasjonsliste

- 1-2008:** Rune Hallingstad: *"Regional styring i lys av foretaksorganiseringsen. En sammenlignende studie av Helse Vest-Norge RHF og Helse Midt-Norge RHF"*. April 2008
- 2 - 2008:** Sturla Herfindal: *"Veien frem til sykehusreformen – En studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak"*. April 2008
- 3 - 2008:** Lars Bjarne Klungseth: *Accessibility, Transparency and Public Choice - A study of the free choice policy within the Norwegian specialized health care system*. April 2008
- 4- 2008:** Torgeir Sveri: *Strukturer og reformer. En kvalitativ analyse av reformen "enhetlig ledelse" sett i lys av sykehusets arbeidsorganisering*. April 2008
- 5- 2008:** Anne – Mia Myhre: *Omstilling til enhetlig ledelse i sykehus - Påvirkning på avdelingslederrollen*. April 2008
- 6- 2008:** Hege Johnson: *Media - vaktbikkje og pragmatisk publikumsfrier?* April 2008
- 7- 2008:** Kari Kjos Grendahl: *Ledelse i en endringsprosess. - En studie av toppledere i fire lokale helseforetak*. April 2008
- 8 - 2008:** Øyvind Jørgensen: *Etableringen av fritt sykehusvalg*. April 2008
- 9 - 2008:** Odd Rune Hegrenes: *"Fra forvaltning til ledelse. En studie av topplederrekruttering i helseforetak"* April 2008-
- 10 - 2008:** Siri Torvestad Nerheim: *Hvem skal lede? - Nasjonal profesjonsdebatt og lokale erfaringer ved innføring av enhetlig ledelse i helseforetak*. April 2008
- 11- 2008:** Therese Svendsen: *Helseforetak og kommunikasjon - En studie av en kommunikasjonsstrategis betydning i et helseforetak*. April 2008
- 12 - 2008:** Rune Nesdal Jonassen: *Foretaksreform, ledelse og intern informasjonsflyt i helseforetakene*. April 2008
- 13 --2008:** Anbjørn Holme: *Det kommuniserende hospital. - En studie av informasjonsvirksomheten ved tre lokale helseforetak på Vestlandet*. April 2008
- 14 - 2008:** Anne- Grethe Naustdal: *Sjuepleielederen sitt arbeid med kompetanseheving i sjukehus : sett i lys av erfaringar med sjukehusreforma*. April 2008
- 15 - 2008:** Britt V. Danielsen: *Leadership and management in nursing. Nurse managers' experiences of leadership and management following the introduction of unitary management in Norwegian public hospitals*. April 2008
- 16 - 2008:** Gunn Synnøve Dahl Reisæter: *Koordinering - Et grenseflateproblem? En studie av koordinering og samarbeid i psykisk helsevern*. April 2008
- 17 - 2008:** Anita Vikingstad: *Foretaksreformen - Katalysator, destabilisator og diktator. En studie av strukturendringer i et lokalt foretak før og etter foretaksreformen*. April 2008

- 18 - 2008:** Elisabeth Frisvoll: *Avdelingsledelse i norske sykehus i en reformtid - En utvikling henimot profesjonell ledelse?* April 2008
- 19 - 2008:** Monika Alvestad Reime: *Styring og identitet. Om identitetsreguleringsprosesser i psykisk helsevern.* April 2008
- 20 - 2008:** Robert Lohne: *"Ledelse, kommunikasjon og varsling i helseforetak"* April 2008
- 21 - 2008:** Laila Nordstrand Berg: *"Tilpasninger og erfaringer i lederrolla i sykehus"* April 2008
- 22 - 2008:** Kari Ilebekk: *Helsesekretærer i klinisk virksomhet. Sørlandet sykehus HF. Hvilke faktorer påvirker denne rollen? I hvilken retning endres rollen?* April 2008
- 23 - 2008:** Borgny Botnen Aakre: *Sannhetsministerium eller kunnskapsmegler?- En studie av Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.* April 2008
- 24 - 2008:** Margrete Langeland: *Myndighetstilsyn eller kyndighetstilsyn? En studie av endringer i Helsetilsynets rolleutforming og rolleutøvelse i perioden 1994 - 2005.* April 2008
- 25 - 2008:** Lene Susann Pilskog: *Hva skulle læres? En casestudie av Nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene.* April 2008
- 26 -2008:** Dag Olaf Torjesen: *Foretak, management og medikrati. En sektorstudie av helseforetaksreform og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten.* April 2008

POLIS

Politikk, Organisasjon og Ledelse i
Spesialiserte kunnskapsorganisasjoner

**Rokkansenteret**
STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER