

Å *utforme grense og grenseovergang inn i klinikken* synliggjør at kontorfaglige ansatte har en egen funksjon i det direkte pasientarbeidet gjennom at de møter pasienter, pårørende og samarbeidspartnere på organisasjonens grense og loser dem inn i klinikkens verden. På telefon skjer dette bl.a. gjennom at de som ringer, får hjelp til å formulere seg slik at det passer med klinikkens koder og det er mulig å få hjelp/svar: kontorfaglig ansatte *integrerer utenforstående inn i klinikken* (Jensen 2012; Wynn 1979). Både på telefon og i ekspedisjon handler det bl.a. om arbeid for at pasienter og pårørende skal oppleve klinikken som et sted der de blir møtt med respekt og empati og får den informasjonen de trenger. Overgangen til å bli klient innebærer forandringer i samfunnsmessig status og bør ikke bagatelliseres (Skau 2003). Kontorfaglig ansatte bidrar nettopp til å gjøre denne overgangen enklere. Aamodt (1997) viser hvordan klienter på sosialkontor blir møtt i ekspedisjonen, har konsekvenser for den videre samtalen med saksbehandler etterpå – det er en del av det totale møtet.

Å *skape flyt i pasientbehandlingen* setter ord på betydningen for virksomheten som helhet av kontorfaglig ansattes løpende arbeid med å formidle informasjon, svare på spørsmål, legge til rette og løse problemer. Denne løpende problemløsningen og tilretteleggingen gjøres i stor grad gjennom tilgjengelighetsarbeidet. At behandlerne kan få svar/hjelp akkurat når de trenger det, bidrar til at det daglige pasientarbeidet går lettere. Funksjonen innebærer å få det som ikke går etter rutinene, eller ikke er rutinisert, til å fungere slik at pasientvirksomheten hindres minst mulig. Dette er i tråd både med Armstrong, Armstrong & Scott-Dixon (2008) og Bertelsen (2005) som understreker at det meste i kontoransattes hverdag ikke kan løses bare gjennom å gå etter ferdige prosedyrer. Forståelsen av kontoransattes arbeid som å skape flyt løfter tilgjengelighetsarbeidet fra individuell hjelp til funksjon på systemnivå.

Som nevnt er mye av problemløsningen knyttet til løpende bruk av ulike former for utstyr og teknologi, som kontormaskiner, dataprogrammer og utredningsverktøy/tester, med særlig vekt på pasientregistreringsprogrammet som er integrert i den løpende pasientbehandlingen. Aktør-nettverk-teori (ANT) opererer med et nyttig skille mellom intendert bruker og reell bruker av dataprogrammer og utstyr. Intendert bruker gjør det konstruktøren har planlagt når han lager programmet; den reelle er den faktiske bruker med sin kompetanse og forståelse, som ofte gjør ting annerledes (Monteiro 2000). Kontorfaglig ansatte opererer i mellomrommet mellom disse brukerne, stadig mer av deres arbeid har gått fra å *gjøre for* behandlerne til å *vise hvordan* (Jensen 2012). Selv om datakunnskapen utvikler seg, blir også dataprogrammene mer omfattende; de reelle brukerne vil aldri matche de intenderte.

Å *skape system og struktur* begrepsfester kontorfaglig ansattes arbeid med å utforme rutiner som organisasjonsmessig funksjon. De utformer rutiner for store deler av det praktiske arbeidet rundt pasientene, og de forvalter også rutiner knyttet til pasientadministrasjon og behandlingsoppfølging.

Kontorfaglig ansatte gjør rutinene i praksis; de driver uformell opplæring gjennom hele tiden å svare på spørsmål om hvordan ting skal gjøres. Å skape system og struktur overlapper her med å skape flyt; flyt og struktur henger nøye sammen. Som praktiske forvaltere av pasientregistreringsprogrammet bidrar de også til en sentral del av infrastrukturen i virksomheten. Kontoransatte forstås ofte med passive begrep som betoner hva de er, limet, hjertet og veggen i klinikken, istedenfor en aktiv og kompetent faggruppe. Én måte å forstå dette på er at kontorfaglig ansatte skaper struktur nettopp gjennom sine mange enkelthandlinger og svar på spørsmål. Arbeidet tas for gitt.

Å gjøre kontroll *nedenfra* løfter fram arbeidet med å følge opp den enkelte behandler når det gjelder formelle krav til pasientadministrasjon og forløpet i behandlingsprosessen, arbeid som skal sikre at pasientene får den behandlingen de har behov for og krav på. Kravene nedfelles ofte i måleparametre og følges opp gjennom påminninger og oversikter til klinikere om manglende registreringer. Funksjonen er særlig interessant fordi den er tvetydig på flere måter. For det første forstås den først og fremst som kvalitetssikring og ikke kontroll. For det andre gjøres kontrollen som hjelp, og oppfattes i all hovedsak slik – med et lite, men nødvendig element av kontroll likevel. For det tredje oppfattes den som en oppgave kontoransatte ikke gjør på egne vegne, samtidig som behandlerne synes det ville være verre om det kom fra lederne. Kontrollen aksepteres fordi den gjøres *nedenfra* av en gruppe uten formell makt, en gruppe som samtidig deltar i og identifiserer seg med det daglige arbeidet rundt den enkelte pasient. Jeg har anvendt begrepene *driftsrasjonalitet*, tenkemåten i arbeidet med den enkelte pasient, og *styringsrasjonalitet*, tenkemåten i ledelsens arbeid med oversikt, kontroll og styring (Berg, Heen & Hovde 2002:152). Kontoransatte posisjoneres og posisjoneres seg i en rolle der de står i et spenningsforhold mellom disse to rasjonalitetene. Det ser ut til at tvetydigheten bare gjør kontrollen mer effektiv. Reglene som kontoransatte håndhever, blir noe som bare er – det er ikke noen vits i å opponere mot kontoransatte som bare gjør jobben sin, og behandlerne kommer ikke i dialog med leder om de formelle kravene/målene.

Å gjøre et *kommunikasjonsknutepunkt* begrepsfester en sentral funksjon både i det formelle og uformelle informasjonssystemet i klinikkene, både innad og utad. En del av knutepunktfunksjonen skjer gjennom å legge inn og ta ut informasjon i pasientregistreringsprogrammet som de andre faggruppene bruker i sitt arbeid. Funksjonen er videre knyttet til rollen i sentralbord og ekspedisjon. I tillegg til å være knyttet til arbeidsoppgavene er funksjonen basert på at kontoransatte er relativt stedfaste – og dermed lette å få tak i – og at de aktivt gjør seg til noen som kan spørres. Dette medfører at de også spørres – og svarer på – spørsmål som ligger utenfor deres tradisjonelle områder. Slik blir de et samlingspunkt der det legges igjen og deles informasjon, og de får en sentral rolle i det uformelle kommunikasjonssystemet. Undersøkelsen



viser at småpratene på disse plassene også har en viktig rolle i å skape sosialt samhold, i tillegg til å gi muligheter for klinikere til å regulere seg etter vanskelige timer (Jensen 2012).

I funksjonen som kommunikasjonsknutepunkt fungerer kontorfaglig ansatte som «mellompersoner» som aktivt formidler og utveksler informasjon mellom klinikere og pasienter/pårørende/samarbeidspartnere og mellom klinikere innbyrdes. Å ta imot og formidle en beskjed kan innebære både å forstå, forklare, tolke, forhandle, understreke og ikke minst finne ut av hvem som trenger å vite. Videre innebærer et kommunikasjonsknutepunkt en uformell koordinering, og at kontoransatte bygger opp en uformell kunnskapsbase som klinikken drar nytte av i det daglige, men som ikke er anerkjent på systemnivå.

Felles for funksjonene er at de i stor grad gjøres i samhandling med den enkelte kliniker. «Forutsetningene for at disse funksjonene skal fungere er at kontoransatte har både fakta- og fortrolighetskunnskap om klinikkens virksomhet og tenkemåte og er organisert tett på pasientarbeidet» (Jensen 2012:102). De fem funksjonene kan til dels overlappes hverandre, og det samme arbeidet kan inngå i flere funksjoner. Ikke minst viktig er at funksjonene er integrert i klinikkens primærvirksomhet: pasientbehandlingen; kontorfaglig ansattes virksomhet er i all hovedsak rettet inn mot pasientbehandlingen, ikke mot organisasjonen.

4. KONTORFAGLIG ANSATTE SOM DEL AV DEN OPERATIVE KJERNA – UTFORSKNING AV EN ALTERNATIV FORSTÅELSE

4.1. Del av den operative kjerna etter Mintzbergs kriterier?

Mintzbergs behandling av kontorfaglig ansatte er preget av at han ikke gjorde noen helhetlig analyse av denne gruppas rolle, de bare nevnes i forbifarten. Likevel har forståelsen av kontorfaglig ansatte som støttefunksjon – utenfor den operative virksomheten – blitt enerådende. Resultatene av mine undersøkelser utfordrer en slik forståelse og plasserer kontorfaglig ansatte inne i den daglige pasientvirksomheten. Jeg gikk derfor tilbake til Mintzberg for å studere ham grundigere, og ble særlig opptatt av hans avgrensning av den operative kjerna. Han trekker fram fire grunnleggende funksjoner:

- «– de sikrer input for produksjonen, som råmaterialer og mottak av disse
- de omformer input til resultat, inkludert omforming av mennesker (behandling, undervisning) og informasjon
- de distribuerer resultatet
- de sørger for direkte støtte til de nevnte funksjonene, gjennom f.eks. vedlikehold på maskinene i produksjonen og oversikt over råmateriale.» (Mintzberg 1979:24, min oversettelse)

I den operative kjerna plasserer dermed Mintzberg dem som *direkte* støtter opp om arbeidsflyten i produksjonen – i motsetning til den *indirekte* støtten fra støttestaben.

Mine undersøkelser viser at kontorfaglig ansatte *sikrer input for produksjonen* gjennom å ta imot pasienter/henvendelser og gjennom å spille en aktiv rolle i pasientadministrasjonen. Her bidrar de til å sikre at pasientene får de tjenestene de har krav på. Gjennom direkte møter påvirker de pasientene. Videre går det tydelig fram at kontorfaglig ansattes arbeid både fungerer og oppleves som *direkte* støtte til klinikerne og deres arbeid med pasientene. Både klinikere og kontorfaglig ansatte beskriver kontoransattes arbeid som integrert i klinikerens arbeidsprosesser, og gjennom den tette samhandlingen gjør kontorfaglig ansatte flyt, struktur/system, kontroll nedenfra og kommunikasjonsknotepunkt. Min første konklusjon er derfor at kontorfaglig ansatte ut fra Mintzbergs kriterier må forstås som en del av den operative kjerna, både gjennom sitt arbeid med pasientmottak og -administrasjon og gjennom sin direkte støtte til klinikerne. Jeg fant i min undersøkelse ikke noe empirisk grunnlag for å forstå kontorfaglig ansatte som støttestab i Mintzbergs betydning. Støtte til klinikerne kan imidlertid forstås som en del av arbeidsoppgavene innenfor den operative kjerna. Plassering av kontorfaglig ansatte i den operative kjerna står i motstrid til den rådende oppfatning, både i organisasjonsteori og praksisfeltet.

Jeg vil videre i dette punktet ta utgangspunkt i Mintzbergs analyse av arbeidsdeling og koordinering, samt koordineringsproblemer i profesjonelle organisasjoner, for å utforske noen sentrale aspekter ved kontorfaglig ansattes oppgaver og funksjon innenfor den operative virksomheten i profesjonelle organisasjoner.

4.2. *Mintzberg om arbeidsdeling, koordinering og koordineringsproblemer i profesjonelle byråkratier*

Mintzberg (1979) hevdet at all menneskelig organisert virksomhet stiller to motsatte krav: arbeidsdeling og koordinering, og han identifiserte fem grunnleggende koordineringsmekanismer i organisasjoner: gjensidig tilpasning, direkte ledelse og standardisering av henholdsvis arbeidsprosesser, arbeidsresultat og ferdigheter. Han la videre vekt på at ulike standardiseringsmekanismer er sentrale i ulike typer organisasjoner. Standardisering av ferdigheter gjennom profesjonsutdanning og profesjonssammenslutninger er hovedmekanismen for koordinering i profesjonelle organisasjoner. Han viser til at en viktig innebygd svakhet i slike organisasjoner er mangel på koordinering og kontroll. De profesjonelle i den operative kjerna dominerer organisasjonen, har høy ekspertise, stor makt og stor sjølstendighet i utøvelse av arbeidet. Ledelsen er svak. Denne organisasjonstypen førte ifølge Mintzberg (1979)

med seg noen typiske koordineringsproblemer. En praktisk koordineringsutfordring i profesjonelle organisasjoner var at de profesjonelle må dele felles ressurser. En annen utfordring, direkte knyttet til pasientvirksomheten, var at pasienter/tilstander/fagområder kunne havne mellom profesjonelle og profesjonelle enheter som retter seg mot ulike målgrupper. En tredje var mangel på kontroll av uegnede profesjonelle og dårlig praksis. Mintzberg var kritisk til koordinering og kontroll ovenfra, på grunn av behovet for sjølstendighet i det profesjonelle arbeidet. Han skisserer imidlertid ingen organisasjonsmessig løsning på disse problemene utover at det måtte være opp til profesjonene selv, dvs. løses innenfor rammen av den operative kjerna.

4.3. Koordinering som oppgave for kontorfaglig ansatte

Funksjoner som å skape flyt, struktur/system, kommunikasjonsknutepunkt og kontroll peker i retning av koordinering som en sentral oppgave/funksjon for kontorfaglig ansatte. For å utforske koordineringsoppgavene nærmere er det nødvendig å gå tilbake til arbeidsdelingen mellom kontorfaglig ansatte og klinikere. Mine resultater viser at en sentral oppgave for kontorfaglig ansatte nettopp er forvaltning av klinikernes og klinikkens felles praktiske ressurser, det ene av Mintzbergs koordineringsproblemer; svært mye av samhandlingen med klinikerne hadde ulike former for teknologi/verktøy som omdreiningspunkt. Kontorfaglig ansatte, og ikke profesjonene selv, ser ut til å ha blitt en del av løsningen på dette koordineringsproblemet – en løsning innenfor den operative kjerna.

Arbeidsdelingen er imidlertid – som nevnt tidligere – mer komplisert. For det første er det direkte pasientarbeidet oppdelt slik at kontorfaglig ansatte tar imot pasienter/henvendelser i telefon og ekspedisjon, og klinikere behandler og utreder. Skillet er flytende, og begge deler er en del av pasientenes helhetlige møte med klinikken og virker sammen. Kontorfaglig ansatte har dermed alltid vært en del av det direkte pasientarbeidet, og dette overskrider den tatt-for-gitte forståelsen av arbeidsdelingen. Oppdelingen medfører videre behov for koordinering mellom pasient og behandler; kontorfaglig ansatte formidler beskjeder og informasjon begge veier. Med økende pasientmengde er helsefaglig personell blitt stadig mindre tilgjengelig, og denne funksjonen øker i betydning.

For det andre gjør behandlere stadig mer av sitt eget kontor- og registreringsarbeid, bl.a. fordi de fleste tradisjonelle kontoroppgaver nå gjøres via dataprogrammer. Slikt arbeid er imidlertid ikke klinikernes kjernekompetanse, og kontorfaglig ansatte får stadig flere koordineringsoppgaver. Groth (1999) peker på at dataprogram har en enorm kapasitet til implisitt koordinering, men at bruken likevel er avhengig av den menneskelige hjernes begrensninger. I praksis må noen sikre en korrekt og felles bruk av datafeltene, og at data blir

lagt inn slik de skal. Mine undersøkelser viste at mye av jobben lokalt ligger på de kontorfaglig ansatte, i form av koordinering av rutiner, opplæring og oppfølging av den enkeltes registrering. Stadige endringer gjør dette til en kontinuerlig funksjon. Den implisitte koordineringen krever også en eksplisitt. Omfanget av dette arbeidet kan lett undervurderes fordi dataprogrammene oppfattes som å gå av seg selv.

For det tredje har pasientadministrasjon og registrering/kontroll vokst fram som et arbeidsfelt som har brakt kontorfaglig ansatte lenger inn i pasientarbeidet. Dette kommer jeg tilbake til i et eget avsnitt. Sist, men ikke minst, viste mine undersøkelser at grensen mellom kontorfaglige og helsefaglige arbeidsoppgaver er avhengig av kontekst og forhandlinger, både over tid og mellom enkeltpersoner her og nå.

Poenget her er at **arbeidsdelingen er sammensatt, og at den gir kontorfaglig ansatte både sjølstendige oppgaver og koordineringsoppgaver**. Mine undersøkelser viser at denne koordineringen i stor grad gjøres gjennom løpende kontakt med klinikerne i den operative kjerna, ved hjelp av koordineringsmekanismen Mintzberg (1979) kalte gjensidig tilpasning – uformell kommunikasjon.

4.4. Gjensidig tilpasning og relasjonell koordinering

Mintzberg beskrev koordineringsmekanismen gjensidig tilpasning som uformell kommunikasjon mellom ansatte, som skjer i alle organisasjoner. Han understreket at ved denne mekanismen «forblir kontrollen over arbeidet i hendene på de som utøver det» (Mintzberg 1979:3); det er en koordineringsmekanisme uten kontroll ovenfra. Mintzberg legger vekt på at dette er en mekanisme som brukes i de aller enkleste former for organisasjon, men også i de aller mest kompliserte. Flere organisasjonsteoretikere har de siste årene viet denne mekanismen større oppmerksomhet. I en review-artikkel oppsummerer Okhuysen og Bechky (2009) at nyere organisasjonsteori bl.a. er opptatt av å gi innhold til det som tidligere ble kalt uformell atferd. Videre påpeker de at nyere forskning er mindre opptatt av koordinering som planlagt design, og mer opptatt av koordineringsaktivitet som oppstår/utvikles som svar på utfordringer i organisasjonen. På bakgrunn av litteraturen skisserer de fem typer mekanismer som bidrar til koordinering: plan og regler, objekter og representasjoner, roller, rutiner og nærhet (Okhuysen & Bechky 2009:473). Av disse elementene er det særlig rutiner og nærhet som stemmer med mine undersøkelser av kontorfaglig ansattes funksjon. De viser til at flere forskere nå fokuserer på rutiner og «de komplekse måtene sosial mening og sosialt samspill er lagt ned [embedded] i dem [...]. Rutiner koordinerer ved å frambringe et mønster for ferdigstilling av oppgaven, ved å bringe folk sammen og ved å skape et felles perspektiv» (Okhuysen & Bechky 2009:477). Dette stemmer

med mitt funn av at kontorfaglig ansatte gjør rutiner i praksis i samspill med klinikerne, og bekrefter at funksjonen kan forstås som koordinering.

Nærhet fremmes gjennom synlighet, noe som letter koordinering. Videre fører nærhet til fortrolighet, som også anses som viktig for koordinering, bl.a. fordi deltakerne kan forutsi hva andre vil gjøre, og tilpasse seg til andres reaksjoner (Okhuysen & Bechky 2009:480). Også dette stemmer med mine resultater, og bekrefter betydningen av kontorfaglig ansattes fortrolighetskunnskap. Kontorfaglig ansattes funksjoner bygger i stor grad på at de er til stede og synlige i det løpende arbeidet. Gjennom å gjøre mange av arbeidsoppgavene sine i relasjon til hver enkelt av kollegene i andre faggrupper opparbeider de god kjennskap til den enkelte og kan tilpasse oppgavene og gjøre koordineringen mer effektiv. Jeg har videre brukt *kunnskapsbase* som begrep på den informasjonen kontorfaglig ansatte bygger opp i sin rolle som kommunikasjonsknotepunkt (Jensen 2012). Begrepet har mye til felles med det Okhuysen, med henvisning til Hollingshead, Liang, Olivera og Austin, kaller *kunnskapslager* («store of knowledge»), et hukommelsessystem der medlemmene i en gruppe kjenner til hva de andre vet og kan (Okhuysen & Bechky 2009).

Nærhet og fortrolighet kan også forstås ut fra relasjonell koordineringsteori, som bygger på at «koordinering ikke bare omfatter koordinering av oppgaver, men også mellom menneskene som utfører oppgavene» (Gittell 2012:400). Gittell beskriver tre dimensjoner som sammen utgjør betingelser for effektiv koordinering: felles mål – utover den enkelte oppgave, felles kunnskap om hvordan oppgaven inngår i en helhet, og gjensidig respekt. Hun har vist hvordan disse betingelsene «forsterker og blir forsterket av kommunikasjon som er hyppig, til rett tid, nøyaktig og problemløsende» (Gittell 2012:402 min oversettelse). Slik kommunikasjon som Gittell beskriver, tilsvarer i stor grad mine klinikerinformanters beskrivelse av samhandlingen med kontorfaglig ansatte. Fortrolighetskunnskapen kontorfaglig ansatte har om virksomheten, bidrar til felles forståelse, og deres identifisering med pasientarbeidet gir felles mål. Sentrale deler av kontorfaglig ansattes arbeid kan forstås som relasjonell koordinering.

4.5. *Pasientadministrasjon, registrering og kontroll innenfor den operative virksomheten*

På tross av store endringer i profesjonelle organisasjoner siden Mintzberg beskrev dem, er problemet med at pasienter/tilstander/fagområder kan havne mellom profesjonelle og profesjonelle enheter som retter seg mot ulike målgrupper, erkjent også i dag, jf. koordineringsproblemer både innad i sykehus og i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Kontroll av profesjonelle har også vært et sentralt tema i New Public Management (Hood 1991). Blant annet som en konsekvens av disse problemene har

myndighetene i stadig større grad regulert pasientadministrasjon, ventelister og pasientløp. Det er lovfestet hvor lang tid som skal brukes på vurdering av pasientene (Helse- og omsorgsdepartementet 1999), Helsedirektoratet har laget veiledere for hvordan tilstander skal kategoriseres og prioriteres, og kravene til dokumentasjon er økt. Pasienter har fått lovfestede rettigheter. Kontroll av at regelverket følges, er i stadig større grad bygd inn i pasientregistreringsprogrammet, som genererer både måltall og styringstall. For helseforetak/sykehus er det utarbeidet prosedyrer som beskriver pasientenes gang gjennom utredning og behandling, og setter krav til tid og rekkefølge, såkalte pakkeforløp. Alt dette har bidratt til at pasientadministrasjon og arbeid med dokumentasjon er blitt stadig mer omfattende. Kritikere har lenge hevdet – i tråd med Mintzberg (1979) – at styringsregimene begrenser rommet for sjølstendige faglige vurderinger (Ekeland 2004), og videre at kravene til registrering går utover det som lar seg kombinere med økende behov for pasientbehandling (Helsetjenesteaksjonen 2013).

Ett svar på denne utviklingen har vært at kontorfaglig ansatte over tid i økende grad er blitt trukket inn i pasientadministrasjon, registreringsoppfølging og rapportering. Dette er i liten grad et resultat av planlagt design, men har tvunget seg fram – i tråd med Okhuysen & Bechky (2009), bl.a. på grunn av denne faggruppas datakompetanse (Jensen 2012). Mye av arbeidet tar form av oppfølging av klinikernes registreringer. Etter hvert som registreringene også handler om elementer/rettigheter i selve pasientbehandlingen, har denne oppfølgingen i stadig større grad tatt form av kontroll, ikke bare av selve registreringene, men også av om bestemte momenter i arbeidet er utført. Når denne kontrollen i så stor grad oppfattes som en hjelp, kan det henge sammen med at kontrollen gjøres som gjensidig tilpasning innenfor den operative kjerna, slik at klinikerne beholder en viss kontroll over eget arbeid. Selv har jeg brukt begrepet «frirom» om klinikernes forhold til kontorfaglig ansatte (Jensen 2012). Oppfatningen av kontorfaglig ansattes kontroll kan også forstås ut fra teori om relasjonell koordinering. Kontrollen gjøres i stor grad uformelt av personer som klinikerne kjenner og har tillit til fra annet samarbeid rundt pasientene; klinikere og kontorfaglig ansatte har felles mål og deler felles kunnskap. Dette til forskjell fra kontroll som utøves av ulike former for kontrollere i stab utenfor de operative enhetene, det Mintzberg kalte teknostrukturen, som jobber med tall/rapportering uten å ha tilknytning til eller kunnskap om den kliniske virksomheten.

Arbeidet med oppfølging/kontroll av registreringer og rutiner knyttet til pasientbehandling og pasientrettigheter ser ut til å være et voksende arbeidsområde for kontorfaglig ansatte etter som presset på helseforetakene/sykehusene øker. Ut fra mine funn vil det være viktig for profesjonelle organisasjoner å organisere dette arbeidet på en måte som ikke samtidig fjerner kontorfaglig ansatte fra den operative virksomheten, formaliserer kontrollen

og undergraver muligheten for relasjonell koordinering. I så fall kan kontor-faglig ansatte bli en kontrollinstans utenfra, og bare bidra til å øke presset på klinikerne.

En utvikling i retning av at oppfølging av pasientadministrasjon, registrering og dokumentasjon utgjør et stadig viktigere arbeidsområde for kontor-faglig ansatte, kan også belyses ved hjelp av Abbott (1988). Han beskriver hvordan profesjoner gradvis kan delegere rutineoppgaver med lav status nedover i profesjonens interne hierarki, eventuelt også over til ikke-profesjonelle faggrupper. Det samme kan skje med administrativt arbeid i organisasjoner. Devaluering/nedgradering av arbeid innenfor en profesjon kan gjøre det mulig for andre profesjoner/faggrupper å ta opp kampen om hvem som kan utføre arbeidet (Abbott 1988). Selv om de ikke tilfredsstiller kravene til å være en profesjon, er det mange av mine kontorfaglige informanter som opplever arbeidet knyttet til registrering, oppfølging og uttak av tall som en del av sin datakompetanse og et naturlig arbeidsfelt for kontorfaglige. Ny teknologi og dataprogrammer skaper nye oppgaver som bygger opp under en slik oppfatning.

Behandlingsprofesjonene på sin side kan ønske å kvitte seg med arbeidsoppgaver som ligger utenfor det de opplever som sin kjernevirksomhet (og kjernekompetanse), og kontor-faglig ansattes kompetanse tas vel imot. Samtidig kan dette være tvetydig: Kontrolloppgavene er også knyttet til makt – fordi oppnåelse av tallmål er sentralt for helseforetaket/sykehuset. Her stiller behandlingsprofesjonene imidlertid ulikt. Når det gjelder legeprofesjonen, beholder den uansett kontroll over premissene for pasientadministrasjon/rapportering/kontroll gjennom at den bekler sentrale stillinger innenfor helsemyndighetene: Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet. Kontorfaglig ansatte overtar ikke makt over rammene for arbeidsområdet, men kan være sentrale i å påvirke hvordan oppfølgingen utføres i samspill både med profesjonene og den administrative ledelsen. De får et utvidet arbeidsfelt og styrker sin stilling som faggruppe.

5. KONKLUSJONER OG IMPLIKASJONER

5.1. Generalisering til profesjonelle organisasjoner

Artikkelens utgangspunkt er kvalitative undersøkelser i BUP, og dette begrenser mulighetene for generalisering. Andersen (1997) hevder imidlertid at det er mulig å generalisere fra kvalitative studier, og viser bl.a. til teoriutviklende enkeltstudier (Andersen 1997:73), dvs. studier som tar sikte på å utvikle eller moderere begreper og teorier. Yin (2003) bruker begrepet *analytisk generalisering*. Lincoln og Guba (1985) foretrekker begrepet *transferability*, overførbarhet, som hviler på en analyse av likheten mellom to kontekster og de bruker begrepet *fittingness* (om det passer) (Lincoln & Guba 1985:124).

Jensen (2012) argumenterer for at BUP kan egne seg for studier som åpner for generalisering til et videre felt av kontorfaglig ansatte, fordi det er organisasjoner der profesjonene står sterkt, og der kontoransatte forstås som å skulle hjelpe de profesjonelle. Feltet er også et eksempel på at datasystemer har fått en sentral plass i virksomheten og styrket kontoransattes stilling. Kontorfaglig ansatte i BUP har dermed mye til felles med kontoransatte i et stort antall andre organisasjoner både når det gjelder kontekst og rolle, for eksempel skoler og universitet. BUP er i tillegg et lite og relativt enhetlig felt som gjør det lettere å analysere fram noen tydelige problemstillinger. BUP kan derfor forstås som en innerblink-case – «et tilfelle som er typisk for klassen av fenomener teorien gjelder for, men der den ikke stemmer» (Andersen 1997). Hvis støttefunksjon ikke er en adekvat beskrivelse i BUP, hva skal til for at begrepet skal være gyldig for andre? Hvor – eller under hvilke betingelser – skulle begrepet da være gyldig for kontorfaglig ansatte?

5.2. Konklusjoner

En hovedkonklusjon i denne artikkelen er at kontorfaglig ansatte må forstås som en del av den operative kjerna i profesjonelle organisasjoner. Begrepet «støttefunksjon» er uegnet fordi det knytter an til en forståelse av kontorfaglig ansatte som noen som står utenfor den operative virksomheten.

En utforskning av kontorfaglig ansattes funksjon innenfor den operative virksomheten viser at denne faggruppa både har sjølstendige arbeidsområder og sentrale koordineringsoppgaver. Oppgavene kan delvis forstås som et svar på koordineringsproblemene i profesjonelle organisasjoner. Kontorfaglig ansatte koordinerer de profesjonelles bruk av felles ressurser, og i særlig grad bruken av pasientregistreringsprogrammet. Videre spiller de en aktiv rolle i pasientadministrasjon, og bidrar til å sikre at lover og forskrifter følges og at pasientene får sine lovbestemte rettigheter. Sist, men ikke minst, koordinerer de mellom pasienter og behandlere i det daglige arbeidet.

Kontorfaglig ansattes koordinering foregår innenfor den operative virksomheten. Den gjøres i hovedsak i relasjon til den enkelte profesjonelle, og kan forstås som relasjonell koordinering. En slik forståelse anerkjenner kontorfaglig ansattes behov for omfattende kjennskap til virksomheten og fortrolighetskunnskap om hvordan den drives, og hvordan de profesjonelle tenker. Slik kunnskap og kjennskap er nødvendig for felles mål, felles forståelse av sammenhengen i arbeidsoppgavene og respekt – sentrale forutsetninger for relasjonell koordinering.

Kontorfaglig ansatte tillegges i økende grad en oppfølgings- og kontrollfunksjon overfor andre faggrupper, knyttet til lovfestede krav og bruken av mål- og styringstall. Denne kontrollen kjennetegnes ved at også den foregår innenfor den operative virksomheten og gjennom relasjonell koordinering.



Dette gjør kontrollen effektiv samtidig som den bidrar til at klinikerne til en viss grad kan opprettholde kontroll over eget arbeid – et frirom. Relasjonell koordinering forutsetter at kontorfaglig ansatte er organisert tett på den profesjonelle virksomheten og identifiserer seg med pasientvirksomheten.

5.3. Implikasjoner for organisasjonsteori

Mintzbergs analyse av profesjonelle organisasjoner har preget forståelsen av kontorfaglig ansatte, uten at Mintzberg selv hadde fokus på denne gruppa. Begrepene hans har imidlertid vært et fruktbart utgangspunkt også for å utfordre den rådende forståelsen. Profesjonelle organisasjoner har videre vært i stor endring. Ny teknologi har, sammen med sterkere administrativ ledelse, ført til at kontorfaglig ansattes funksjoner er endret, bl.a. som svar på økende koordineringsutfordringer. Analysen av kontorfaglig ansatte som en del av den operative kjerna i profesjonelle organisasjoner innebærer en kvalitativ endring i forståelsen av kontorfaglig ansatte, med konsekvenser både for forståelsen av profesjonelle organisasjoner og for organisering av denne faggruppa innenfor dem. Forståelsen av at kontorfaglig ansatte har sentrale koordineringsfunksjoner som i stor grad utøves som relasjonell koordinering, understreker betydningen av at denne faggruppa ikke bare forstås, men også organiseres som en del av den operative virksomheten. Denne artikkelen kan slik være et bidrag til å styrke kunnskapsgrunnlaget for utvikling som berører kontorfaglig ansatte og ikke minst deres samhandling med klinikerne.

NOTER

¹ Artikkelen er gjort mulig gjennom støtte fra Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør, og Nic Waals Institutt, Lovisenberg Diakonale Sykehus. Takk til professor Liv Mette Gulbrandsen for inspirerende veiledning.

REFERANSER

- Abbott, Andrew. 1988. *The System of professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Andenæs, Agnes. 2005. Fra undersøkelsesobjekt til medforsker? Livsformsintervju med 4–5 åringer. *Nordisk Psykologi* 43(4): 274–292.
- Andersen, Svein S. 1997. *Case-studier og generalisering: forskningsstrategi og design*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Armstrong, Pat, Hugh Armstrong & Krista Scott-Dixon. 2008. *Critical to care: The invisible women in health services*. Toronto: University of Toronto Press.
- Berg, Anne Marie, Hanne Heen & Svein Hovde. 2002. *Kvalitetsbyråkratiet – mellom autonomi og kontroll*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Bertelsen, Pernille. 2005. *Hvad laver lægesekretærerne, når de ikke er sekretærer for lægerne?* Aalborg: Aalborg Universitet.
- Dagsrevyen (24.01.2010). Intervju med overlege og tillitsvalgt Tom Henri Hansen. Oslo: NRK.

- Davies, Margery W. 1982. *Woman's place is at the typewriter: office work and office workers 1870–1930*. Philadelphia: Temple University.
- Ekeland, Tor Johan. 2004. Autonomi og evidensbasert praksis. *Arbeidsnotat 6*. Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Erlandsen, Anne G. 2014, 26.02.2016. Reform for framtidens sykehus. Innlegg på Helsekonferansen – <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Reform-for-framtidens-sykehus/id758885/>
- Gittell, Jody Hoffer. 2012. New Directions for Relational Coordination Theory. I: Gretchen M. Spreitzer & Kim S. Cameron (red.), *Oxford Handbook of Positive Organizational Scholarship* (s. 400–411). Oxford: Oxford Handbooks Online.
- Groth, Lars. 1999. *Future organizational design: the scope for the IT-based enterprise*. Chichester: Wiley.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 1999. *Pasientrettighetsloven: Lov av 2. juli 1999 om pasientrettigheter (1999)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2013, 30.01.2013. Ti nye grep for bedre sykehus: Pressemelding – <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ti-nye-grep-for-bedre-sykehus1/id713011/>
- Helse og omsorgsdepartementet. 1997. *Pasienten først! (NOU 1997: 2)*.
- Helsetjenesteaksjonen. 2013. Ta faget tilbake! – <http://helsetjenesteaksjonen.no/V01/om-aksjonen-2/>
- Hood, Christopher. 1991. A Public Management for all Seasons. *Public Administration* 69(Spring): 3–19.
- Haavind, Hanne. 1987. *Liten og stor: mødres omsorg og barns utviklingsmuligheter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jensen, Siri. 2006. *Fra uunnværlige enkeltpersoner til faggruppe i et tverrfaglig samarbeid?* Oslo: Nic Waals Institutt, Lovisenberg Diakonale Sykehus.
- Jensen, Siri. 2007. Jakten på kontoransatte kvinners kompetanse. *Materialisten* 38(4): 54–68.
- Jensen, Siri. 2008. Når samhandling forstås som hjelp: Forholdet mellom kontoransattes kompetanse og samhandlingen med klinikerne i psykisk helsevern for barn og unge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 45(2): 133–140.
- Jensen, Siri. 2010. Taking the analysis one step further. *Qualitative research in psychology* 7(4): 281–298.
- Jensen, Siri. 2012. *Når noe går av seg selv, er det nok en kontoransatt som gjør det. Kontorfaglig ansattes rolle og funksjon i profesjonelle organisasjoner*. Høgskolen på Lillehammer, Lillehammer.
- Johannessen, Kjell S. 1999. *Praxis og tyst kunnande*. Stockholm: Dialoger.
- Lie, Merete & Bente Rasmussen. 1983. *Kan «kontordamene» automatiseres?* Rapport fra prosjektet Kontorautomatisering og kvinnearbeidsplasser. Trondheim: SINTEF-NTH.
- Lincoln, Yvonna S. & Egon G. Guba. 1985. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.
- Lockhart, Leah. 2010. *Gender, identity and occupational segregation: An interpretative study of secretaries and administrative assistants*. Alliant International University, San Francisco.
- McNally, Fiona. 1979. *Women for hire: A study of the female office worker*. London: MacMillan Press.
- Mintzberg, Henry. 1979. *The structuring of organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Mintzberg, Henry. 1983. *Structures in Fives; Designing Effective Organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Mintzberg, Henry. 1989. *Mintzberg on management; inside our strange world of organizations*. New York, NY: The Free Press.

- Monteiro, Eric. 2000. Actor-Network Theory and information infrastructure. I: C. Ciborra (red.), *From control to drift: The dynamics of corporate information infrastructure* (s. 71–83). Oxford: University Press.
- Okhuysen, Gerrardo A. & Beth A. Bechky. 2009. Coordination in Organizations: An integrative perspective. *The Academy of Management Annals* 3(1): 463–502.
- Pringle, Rosemary. 1989. *Secretaries talk: sexuality, power and work*. London: Verso.
- Skau, Greta. 2003. *Mellom makt og hjelp: om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Wynn, Eleanor Herasimchuk. 1979. *Office conversation as an information medium*. University of California, Berkeley, Berkeley, CA.
- Yin, Robert K. 2003. *Case study research: design and methods* (3 utg.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Aamodt, Laila. 1997. *Den gode relasjonen – støtte, omsorg eller anerkjennelse?* Oslo: Ad Notam Gyldendal.

SAMMENDRAG

Kontorfaglig ansatte finnes i de fleste profesjonelle organisasjoner, med funksjoner både overfor pasienter/brukere, andre faggrupper og ulike ledernivåer. Likevel har faggruppa fått svært lite oppmerksomhet i organisasjonsteorien. I tråd med Mintzberg (1979, 1989) blir kontorfaglig ansatte forstått som støttestab utenfor den operative virksomheten uten at verken begrepet eller funksjonene er nærmere undersøkt. Hensikten med artikkelen er å utforske mulighetene for en alternativ forståelse. Artikkelen bygger på to kvalitative studier i poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (BUP): en intervjuundersøkelse av kontorfaglig ansatte (Jensen, 2006, 2007, 2008, 2010) og en fokusgruppeundersøkelse av klinikere (Jensen 2012). Studiene analyserer og setter ord på kontorfaglig ansattes arbeid, kompetanse og funksjoner og samhandlingen med klinikerne. Resultatene viser hvordan denne faggruppa er integrert i den operative virksomheten. Drøfting opp mot Mintzbergs begrep «støttestab» konkluderer med at kontorfaglig ansatte må forstås som del av den operative kjerna. Videre drøftes resultatene i lys av Mintzbergs begreper om arbeidsdeling og koordinering og nyere koordineringsteori, med fokus på uformelle mekanismer for koordinering. Artikkelen konkluderer med at kontorfaglig ansatte har sentrale koordineringsoppgaver innenfor den operative kjerna, og løfter fram relasjonell koordinering som relevant begrep både for å forstå kontorfaglig ansattes funksjon og behovet for organisering av kontorfaglig nær den profesjonelle virksomheten.

ABSTRACT

Secretaries/clerical staff are part of most professional organizations, with functions toward patients/users, professional colleagues and leaders, but with little attention in organizational theory. In line with Mintzberg (1979, 1989) they are understood as support staff outside the operative core, without closer

analysis of neither the concept nor their functions. This article explores the possibilities of an alternative understanding, based on two qualitative studies in outpatient clinics in Child and Adolescent Mental Health Care: one interview study of secretaries (Jensen, 2006, 2007, 2008, 2010) and one focus group study of clinicians (Jensen 2012). These studies were analyzing and conceptualizing the work tasks, competence, and functions of secretaries and their interaction with the clinicians. The findings show how the secretaries are integrated in the operative flow of the organization, and the article concludes after discussing Mintzberg's criteria, that they belong to the operative core. A discussion based on Mintzberg's concepts of division of labor and coordination and modern coordination theory concludes that secretaries have central tasks in coordination inside the operative core. The article suggests relational coordination as a useful concept to understand their functions, and emphasize the importance of secretaries being organized close to other actors in the operative work.

FORFATTEROPPLYSNINGER

Siri Jensen

Henrik Sørensens vei 29, 1065 Oslo

Telefon: 97003035

E-postadresser: siri.jensen@hotmail.no, siri.jensen@r-bup.no,
siri.jensen@lds.no

Forfatteren er ansatt som konsulent på Nic Waals Institutt, Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS), og er for tiden prosjektleder for et studieprogram for kontorfaglig ansatte på LDS, i samarbeid med VID vitenskapelige høgskole (tidligere Diakonhjemmet høgskole). Siden 2002 har hun også jobbet som studieleder for det kontorfaglige feltet på Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør. Hun har en master i velferdsforvaltning fra Høgskolen på Lillehammer, med masteroppgaven: «Når noe går av seg selv, er det nok en kontoransatt som gjør det. Kontorfaglig ansattes rolle og funksjon i profesjonelle organisasjoner.» Utover kontorfaglig ansattes rolle og funksjon er hun opptatt av pasientregistreringsprogram, kvalitetsindikatorer og målesystemer som aktører i utviklingen innen helseforetak/sykehus.