



Forhandling, koordinering og kvalitetssikring

Pakkeforløpskoordinatorers arbeid med pakkeforløp for kreft

Negotiations, coordination and quality assurance

Patient coordinators' work in cancer patient pathways (CPPs)

Erna Håland

Professor, IPL, NTNU

Erna.haland@ntnu.no

Siri Christine Kvernmo Næss

Postdoktor, IPL, NTNU

siri.c.k.nass@ntnu.no

Marit Solbjør

Professor, ISM, NTNU

marit.solbjor@ntnu.no

Heidi Gilstad

Førsteamanuensis, ISL, NTNU

heidi.gilstad@ntnu.no

Line Melby

Forskningsleder, Sintef Digital, avdeling Helse

line.melby@sintef.no

Sammendrag

Pakkeforløp for kreft, som ble innført i Norge i 2015, er standardiserte pasientforløp som har som målsetting å minimere ventetid og gjøre kreftbehandling mer forutsigbar og trygg for pasientene. Med pakkeforløpene ble det også innført en ny rolle i pasientforløpet; pakkeforløpskoordinatorer. Koordinatorere er som oftest sykepleiere eller sekretærer, som har ansvar for koordinering av møter, aktiviteter og oppgaver for pasienter og helsepersonell på tvers av ulike lokasjoner, inkludert på tvers av sykehus. Med bakgrunn i et prosjekt hvor vi evaluerte innføringen av pakkeforløp for kreft i Norge, tar vi i denne artikkelen utgangspunkt i kvalitative intervjuer med 15 pakkeforløpskoordinatorer fra fire sykehus. Vi undersøker *hvilke typer arbeid pakkeforløpskoordinatorere gjør for å definere og utføre sine arbeidsoppgaver i pakkeforløpene*.

Vi har utviklet tre tema som beskriver koordinatorernes arbeid: 1) Forhandlinger om rolle, arbeidsoppgaver og ansvar, 2) Kreativ koordinering i nettverk og 3) Diskré kvalitetssikring. Med utgangspunkt i særlig Strauss' begreper om synlig og usynlig arbeid, forhandling og artikulasjonsarbeid, peker vi på hvordan mye av koordinatorernes arbeid er usynlig, selv om det er helt sentralt arbeid for at pakkeforløpene skal kunne gjennomføres. Avslutningsvis stiller vi spørsmål om koordinatorere utfører sitt arbeid *så godt, kreativt og fleksibelt*, at det faktisk medvirker til at det blir usynlig – og dermed mindre verdsatt.

Nøkkelord

arbeid, pakkeforløp for kreft, pakkeforløpskoordinator, koordinering

Abstract

Standardised national cancer patient pathways (CPPs) were introduced in Norway in 2015 to make diagnosis, treatment and follow up of cancer predictable, high quality and timely processes. A crucial role in the CPPs are patient coordinators. The coordinators (nurses or clerical workers) are responsible for the coordination of patients' and health personnel's meetings, activities and tasks across different departments and hospitals. Based on a project where we evaluated the introduction of CPPs in Norway, the point of departure for this article is qualitative interviews with 15 coordinators from four hospitals across the country. We explore which types of work the coordinators do to define and perform their tasks in the patient pathways.

We have developed three themes to describe the coordinators' work: 1) Negotiations regarding role, tasks and responsibilities, 2) Creative coordination in networks, 3) Discrete quality assurance. Using Strauss' concepts of visible and invisible work, negotiations and articulation work, in particular, we demonstrate that much of the coordinators' work is invisible, even if it is crucial to make the patient pathways work. In conclusion, we ask if the coordinators perform their job so well, creative and flexible, that, in fact, it can contribute to the work becoming invisible – thus becoming less valued.

Keywords

work, cancer patient pathways (CPPs), cancer patient coordinator, coordination

Innledning

Pakkeforløp for kreft, som ble innført i Norge i 2015, er standardiserte pasientforløp som har som målsetting å minimere ventetid og gjøre kreftbehandling mer forutsigbar og trygg for pasientene. Med pakkeforløpene ble det også innført en ny rolle i pasientforløpet; pakkeforløpskoordinatorer. Målsettingen med å innføre pakkeforløpskoordinatorer har vært at pasientene skal ha én kontakt å forholde seg til, og koordinatorene har en sentral rolle i gjennomføringen av pakkeforløpene (Helsedirektoratet, 2015; Melby et al., 2021). Rolle og arbeidsoppgaver tolkes og utføres imidlertid på en rekke ulike måter (Melby et al., 2021). Koordinatorene er som oftest sykepleiere eller sekretærer, som har ansvar for koordinering av møter, aktiviteter og oppgaver for pasienter og helsepersonell på tvers av ulike lokasjoner, inkludert på tvers av sykehus. I denne artikkelen tar vi utgangspunkt i et forskningsprosjekt som har evaluert innføringen av pakkeforløp for kreft i Norge. Prosjektet har undersøkt hvordan både pasienter og ulike typer helsepersonell har opplevd innføringen, og vi ønsker her å gå dypere inn i arbeidet pakkeforløpskoordinatorer gjør. Koordinatorene er spesielt interessante fordi de representerer en ny rolle i arbeidsfordelingen mellom ulike grupper helsepersonell på sykehuset, og fordi rollen er tilskrevet en så sentral funksjon for at pakkeforløpene skal fungere. Rollen er også interessant fordi den fremstilles som en relativt klart definert funksjon i offisielle dokumenter, mens vi tidlig i prosjektet kunne se at det er stor variasjon i hvilke arbeidsoppgaver de gjør, hvordan de tolker rollen sin og hvilket ansvar de har og tar. Helsetjenestene, både i Norge og internasjonalt, preges dessuten av stadig mer avanserte og komplekse (og standardiserte) systemer for utredning og behandling av pasienter, med tilhørende behov for koordinering av aktører. Dette skjer typisk gjennom ulike former for administrative støttefunksjoner. Behovet for koordinering og innføring av nye roller og funksjoner er altså ikke noe som kun gjelder kreft og pakkeforløp, men en rekke andre sykdommer og lidelser. Vi vil derfor argumentere for at dette er funksjoner, roller og arbeid det er viktig å vite mer om, fra et sosiologisk ståsted. Mer spesifikt vil vi, basert på intervjuer med 15 koordinatorene på fire ulike sykehus, undersøke: *Hvilke typer arbeid gjør pakkeforløpskoordinatorer for å definere og utføre sine arbeidsoppgaver i pakkeforløpene?*

De fleste av koordinatorene i vårt materiale er sykepleiere, og sykepleieres arbeid har tradisjonelt blitt forstått som omsorgsarbeid i direkte kontakt med pasienten (Allen, 2015). Omsorgsarbeid som begrep kan forstås på en rekke ulike måter og har hatt ulik historisk utvikling i ulike deler av verden, men er ofte forbundet med noe relasjonelt, med innlevelse

og interaksjon med pasienten (Vabø, 2018). Sykepleieres arbeid omfatter imidlertid mye mer enn dette, og sykepleiere har alltid hatt en overordnet *organisatorisk rolle* som inkluderer koordinering og organisering av pasientomsorg (Allen, 2015; Allen, 2019). Dessuten har sykepleiere ulike deltakerroller i spesifikke kommunikasjonssituasjoner. For eksempel kan sykepleieren i et tverrfaglig team-møte som inkluderer pasient og pårørende ha en aktivitetsrolle som møteleder, som møtedeltaker eller som referent. Avhengig av det sosiale mandatet for formidling av budskap i den konkrete situasjonen, har sykepleieren en diskursiv rolle. Den diskursive rollen handler om hvem som kan formidle eller motta et budskap (Halvorsen & Sarangi, 2015, s. 2). En sykepleier kan for eksempel være møteleder i et pasientmøte, men har ikke diskursiv rett til å stille og formidle en diagnose.

Flere har stilt spørsmål ved om det er riktig bruk av sykepleieres kompetanse at de skal gjøre organiseringsarbeid og administrativt arbeid. Dette er også tema i den nylig publiserte rapporten fra Helsepersonellkommissjonen (Regjeringen, 2023). Her pekes det på hvordan målsettingen om å beholde og utvikle gode og bærekraftige helse- og omsorgstjenester til befolkningen i hele landet krever tiltak som tilrettelegger for best mulig bruk av ansattes tid og kompetanse. Kommisjonen argumenterer for at det ikke vil være mulig å «bemanne seg ut av» utfordringene, men at det altså heller må satses på riktig bruk av de ressursene og den kompetansen man har. Et av tiltaksområdene som trekkes frem er oppgavedeling, og det argumenteres for at riktig oppgavedeling vil «kunne bidra til å opprettholde og forbedre kvaliteten på tjenestene, redusere ressursbruken, øke effektiviteten, oppmerksomheten på kjerneoppgavene og motivasjonen og trivselen blant de ansatte» (Regjeringen, 2023, s. 16). Videre pekes det på at det er viktig å være bevisst på hva ulike grupper helsepersonell skal gjøre og ikke gjøre i løpet av en arbeidsdag, noe som også kan innebære å fordele oppgaver til annet personell der helsefaglig kompetanse ikke er nødvendig.

Hvem som skal gjøre hva og hvilken kompetanse som kreves til de ulike arbeidsoppgavene i fremtidens helsetjeneste er dermed et aktuelt tema. Det er ikke nødvendigvis ukomplisert å definere hvem som har riktig kompetanse til å gjøre hva, og ulike profesjoner og grupper helsepersonell i helsetjenestene kan ha ulike interesser de ønsker å ivareta. Fra et sosiologisk ståsted er det derfor viktig å bidra med mer innsikt i og kunnskap om det arbeidet helsepersonell gjør i dag, og hvordan de selv definerer og forstår sitt arbeid og sin kompetanse. Arbeidet og rollen til pakkeforløpskoordinatorene går rett inn i denne diskusjonen, og vi vil i denne artikkelen vise frem og utforske kompleksiteten i koordinatorenes arbeid.

Pakkeforløp for kreft

Pakkeforløp for kreft er nasjonale standardiserte pasientforløp som beskriver organisering og ansvar for utredning, diagnostisering, behandling og kommunikasjon med pasienter og pårørende, samt ansvars plassering og konkrete forløpstider (Helsedirektoratet, 2023a). I Norge finner vi nå flere tilsvarende initiativer for andre diagnoser og tilstander. Trenden med å standardisere organiseringen av helsehjelp finner vi også i mange andre land (Sundhedsstyrelsen, 2022; Sveriges regioner, 2022; Vanhaecht et al., 2010).

Pakkeforløp for kreft ble innført i Norge i løpet av 2015 og omfatter en rekke spesifikke kreftformer, samt ett forløp for pasienter med uspesifikke symptomer, men med mistanke om kreft. Pakkeforløpene er faglig basert på retningslinjer beskrevet i handlingsprogrammene for kreft (Helsedirektoratet, 2023a). Formålet er beskrevet slik hos Helsedirektoratet (2023a): «... *kreftpasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnet forsinkelse i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering.*»

Pakkeforløpene starter når et sykehus mottar en henvisning på en pasient der det er be-

grunnet mistanke om kreft. Henvisningene kommer typisk fra fastlege, men pasienter kan også henvises til pakkeforløp basert på funn fra screeningprogrammer eller fra tilfeldige funn fra en annen sykehuskontakt. Et sentralt virkemiddel for å unngå forsinkelser i utredningen og skape forutsigbarhet for pasientene, er forhåndsdefinerte forløpstider for de ulike fasene. Disse er ikke juridisk bindende som ventetidsgarantien er det, men gir retningslinjer for hvor raskt et forløp bør gjennomføres (Helsedirektoratet, 2023b.) Forløpstidene angir standard forløpstider for henvisnings- og utredningsfasen frem til oppstart behandling. For å holde oversikt over progresjonen i forløpet, er det innført koder som skal registreres i pasientens journal, etter hvert som de forskjellige trinnene i forløpet blir utført (start pakkeforløp, utredning start, klinisk beslutning, behandling start).

Pakkeforløpskoordinatorer

Pakkeforløpskoordinator er altså en ny rolle som ble introdusert gjennom pakkeforløp for kreft (Helsedirektoratet, 2015, s. 20–22). I vårt materiale har de faglig bakgrunn som sykepleiere eller sekretærer, og de fleste var ansatt på sykehuset fra før, men fikk en ny rolle og nye oppgaver etter innføringen av pakkeforløp. Det er stor forskjell mellom sykehusene når det gjelder hvordan de har organisert koordinatorfunksjonen og oppgavene. Sykehusets størrelse og antall kreftpasienter spiller inn. Noen steder er det fulle stillinger, andre steder har de eksempelvis 20 prosent stilling som pakkeforløpskoordinator i tillegg til andre oppgaver.

Koordinatorer er ansvarlig for å samordne aktiviteter, ressurser og personale gjennom pakkeforløpet på tvers av avdelinger og på tvers av sykehus. Arbeidet innebærer pasientkommunikasjon og administrative oppgaver, samt at noen også deltar i tverrfaglige team-møter (MDT-møter) der diagnose og videre plan for behandling av pasientene drøftes. Mange koordinatorer har hovedansvar for koding i pakkeforløpet (Håland & Melby, 2023, s. 132). Dette innebærer å sette inn koder på fastsatte tidspunkt/faser i forløpet i pasientens journal, som igjen blir rapportert inn til Helsedirektoratet. Helsedirektoratet offentliggjør statistikk over i hvilken grad sykehusene klarer å holde de anbefalte forløpstidene. Her kan man for eksempel se om det enkelte sykehus oppfyller en sentral kvalitetsindikator: 70 prosent av kreftpasientene skal motta utredning og behandling organisert gjennom pakkeforløp og 70 prosent av pakkeforløpspasientene skal gjennomføre forløpet innenfor de satte tidsfristene.

Teoretisk utgangspunkt

Arbeidsfordeling, forhandlinger og artikuleringarbeid

Begrepet og fenomenet *arbeid* står sentralt i det sosiologiske forskningsfeltet. Arbeid har blitt utforsket med en rekke ulike perspektiver og forståelser og har også blitt inkludert i «sosiologisk kanon» gjennom Wadels (1977) klassiske tekst hvor han argumenterer for at arbeid er mer enn lønnsarbeid og at hva som *teller* som arbeid endrer seg ut fra konteksten og hvem som utfører arbeidet. Arbeid er altså ikke en nøytral størrelse som gis samme verdi i alle sammenhenger. Dette poenget tas opp hos Star og Strauss (1999), som også viser til at hva som defineres som «ekte» arbeid avhenger av konteksten og hvem som får lov til å definere arbeidets mening. Eksempelvis trenger ikke ulønnet omsorgsarbeid i familien defineres som arbeid, mens det for en lønnet barnehageansatt vil regnes som arbeid. Ulike forståelser og definisjoner trenger imidlertid ikke være knyttet til forskjellen mellom hverdagslivet og arbeidslivet. Også i organisasjoner vil det være oppgaver som er tydelig definert som «ekte» arbeid (noen steder også definert gjennom skriftlige beskrivelser/arbeidsinstruks), mens det samtidig vil være en rekke oppgaver som blir utført/som det er nødvendig å utføre som ikke er tydelig definert inn under en spesifikk stilling. Arbeid er altså relatert til det Strauss

(1985), som særlig har undersøkt dette innenfor sykehuset som organisasjon, kaller arbeidsdeling («division of labour»), det vil si hvordan oppgaver fordeles mellom ulike aktører. Disse oppgavene kan bli tildelt, bedt om, antatt at utføres eller delegert, og de kan bli akseptert eller avvist (Strauss, 1985). Hvem som skal gjøre hva er altså gjenstand for *forhandlinger*. Aktører har ikke bare ansvar for å utføre oppgaver, de har også *rettigheter* når det gjelder å utføre dem og å definere dem. Disse rettighetene forhandles det om i relasjon til andre grupper i fordelingen av arbeidsoppgaver, og de kan endres, aksepteres eller avvises (Fournier, 2000; Håland, 2012; Strauss, 1985). Hvem som gjør hva og hvem som har *rett* og *plikt* til å gjøre hva, er altså noe det stadig forhandles om i interaksjon med andre og noe som kan endres over tid. Hva som til enhver tid defineres som innenfor eller utenfor en profesjons legitime arbeidsområde og definisjonsmakt, og hvor grensene mellom ulike grupper går, er dermed dynamisk og i stadig bevegelse og kan påvirkes av for eksempel innføring av ny teknologi eller nye politiske initiativ (Fournier, 2000). Innføringen av pakkeforløp for kreft og koordinatorene som en ny rolle representerer en slik endring. Vi er derfor interessert i å undersøke hvordan denne nye gruppen forstår og definerer sitt arbeid i relasjon til andre grupper på sykehuset.

Siden arbeid ikke er en nøytral størrelse og er gjenstand for forhandlinger, vil det også være arbeid som ikke defineres som viktig eller verdifullt. Hughes (1958, s. 49–50) kaller dette for «dirty work», arbeid som kan symbolisere en nedgradering eller noe som underminerer en persons verdighet. Mektige profesjonsgrupper vil derfor ofte motsette seg denne type arbeid, et eksempel kan være leger som ofte motsetter seg administrative oppgaver og «sekretærarbeid» (Håland, 2012). Videre vil det som oppfattes som «ekte» arbeid ofte være synlig, mens det arbeidet som noen har definert som mindre viktig vil være mer usynlig. Arbeidet er ikke synlig eller usynlig i seg selv, men hva som til enhver tid fremheves og *blir synlig* vil variere og være gjenstand for forhandlinger (Star & Strauss, 1999). Eksempelvis har sykepleie tradisjonelt vært kjennetegnet av mye usynlig arbeid (Allen, 2015), og det kan være en strategi for å få mer makt og større legitimitet å gjøre usynlig arbeid synlig.

Synlighet kan innebære legitimitet, men kan også medføre overvåkning, kontroll og mer administrativt arbeid (Star & Strauss, 1999, s. 10). Ulike former for standardiserte dokumentasjonsrutiner eller ny teknologi har noen ganger blitt mer akseptert av sykepleiere enn av leger, fordi sykepleierne gjennom nye rutiner og ny teknologi får vist frem det arbeidet de gjør (Allen, 2014; McDonald et al., 2005). For legene kan imidlertid de samme rutine/teknologien representere mer administrativt arbeid, «dirty work» (Hughes, 1958, s. 49–50), og dermed noe de i større grad vil motsette seg.

Strauss (1985) argumenterer for at den totale mengden arbeidsoppgaver, aktørene og relasjonene mellom dem, må artikuleres og koordineres og kaller dette arbeidet artikulærarbeid («articulation work»). Dette er arbeid som «gets things back 'on track' in face of the unexpected» (Star & Strauss, 1999, s. 10). Selv om dette arbeidet er helt sentralt for å få jobben gjort, er det ofte usynlig og ikke tildelt en spesifikk aktør eller gruppe. Olsvold (2012, s. 410) viser til Zerubavel (1979) om sykehusarbeidets tempografi, som omhandler hvordan sykehusets tid er kontinuerlig, mens de ansatte arbeider i deler av denne tiden. Dermed skifter det hvem som har ansvaret for pasienten, og sykehuset må koordinere arbeidet for å sikre at konsekvensene av overgangene minimaliseres (Zerubavel, 1979 i Olsvold, 2012). Et slikt koordineringsarbeid vil også være nødvendig når ansvaret for pasientene skal overføres mellom enheter i helsevesenet, for eksempel når pasientene er i et pakkeforløp som har aktører fra primærhelsetjenesten og flere enheter i spesialisthelsetjenesten. Artikulering av arbeidsoppgaver og ansvarsområder kan bestå av at det etterspørres hvilke oppgaver som har blitt gjort eller ikke, og slik skapes en felles ansvarliggjøring (Olsvold, 2012). Dette har

blitt uttrykt av Schmidt på følgende måte: «articulation work is work to make work, work» (Schmidt, 2002, s. 19 i Olsvold, 2012, s. 411). En stor del av pakkeforløpskoordinatorenes arbeid er nettopp koordinering, og det er derfor relevant å undersøke hva koordinering innebærer for dem og hva slags type arbeid de gjør for å få forløpene til å fungere.

Profesjonelt arbeid og profesjonalitet

Hva som kjennetegner profesjoner og profesjonelt arbeid er mye omdiskutert i den sosiologiske litteraturen, og det finnes ingen klare kriterier som skiller profesjoner fra andre yrkesgrupper (Abbot, 1988; Dingwall, 2008; Freidson, 1994). En dominerende forståelse er imidlertid at profesjoner krever en eller annen form for høyere utdanning som grunnlag for å utføre et yrke (Solbrette & Sugure, 2011, s. 12) og dermed at profesjonelt arbeid utføres på et vitenskapelig teoretisk fundament – altså innebærer overføring av abstrakt kunnskap til spesifikke situasjoner i praksisfeltet (Abbot, 1988). Det er imidlertid velkjent at det kan være krevende å overføre vitenskapelige/teoretiske prinsipper til virkelighetens mange komplekse og tidvis uforutsigbare situasjoner (Schön, 1991). Dette betyr at selv om vitenskapelig kunnskap og utdanningsstatus danner grunnlaget for profesjonene, så er utøvelse av skjønn, autonomi, selvregulering og kontroll, ansvar, tillit, etikk og service vesentlige aspekter av profesjonelt arbeid (Larson, 1979, 2017). Profesjonelt arbeid bygger dermed både på eksplisitt kunnskap, prinsipper, retningslinjer og prosedyrer, men også på taus kunnskap, erfaring og intuisjon (Dreyfus, 2004; Schön, 1991). En som er profesjonell vet hvordan ting skal/bør gjøres på bakgrunn av en kombinasjon av regelstyrte prinsipper, erfaring og intuisjon.

Tradisjonelt sett har profesjonalitet vært sett på som en helt særegen arbeidslogikk – nettopp på grunn av den utstrakte bruken av skjønn. Profesjonelle yrkesutøvere har en spesiell posisjon i samfunnet fordi de forvalter en spesialisert kunnskap som er utilgjengelig for mennesker som ikke har samme type utdanning og erfaring (Freidson, 2001, s. 109). Dette er knyttet til samfunnets arbeidsorganisering. Freidson (1976, s. 308–309), som har skrevet omfattende om ulike former for arbeidsorganisering, viser til profesjonalitet som en slags motsats til «det frie markedet», som er den amerikanske modellen, og til den statlige byråkratiske organiseringen som dominerer i Europa. I det frie markedet har profesjonelle selvstendig næringsdrivende svært stor frihet til å forme sine egne arbeidsforhold (arbeidstid, lønn, etc.), mens i byråkratier har profesjonelt arbeid i mye større grad vært statlig regulert. Freidson (2001, s. 197–222) argumenterer for at profesjonalitet bygger på en annen arbeidsorganisering enn både marked og byråkrati og drives av en «bedre» logikk fordi det er en kunnskapslogikk for kunnskapens egen del.

Det er skrevet mye om at profesjonalitet og profesjonelt arbeid er i endring, og flere peker på en trend som beveger seg i retning av et tettere samspill mellom profesjonalitet, byråkrati og markedslogikk. En fellesnevner er at profesjonelt arbeid stadig blir underlagt organisatoriske og ledelsesmessige kontrollmekanismer (Leicht & Fennell, 1997). Evetts (2009) argumenterer for at dette vil føre til redusert profesjonell autonomi og rom for å utøve skjønn i beslutningsprosesser. Videre identifiserer hun et skifte der profesjonalitet, i stedet for kun å være formet av medlemmer av yrkesgruppen, påtvinges fagfolk «ovenfra» av deres arbeidsgivere og ledere – som sannsynligvis har sine egne faglige agendaer (Leicht & Fennell, 1997, s. 217). Det som skjer, teoretiserer Evetts (2009, 2011), er at det vokser frem en ny type organisasjonsprofesjonalitet som er mer avhengig av institusjonelle strukturer enn den mer relasjonsorienterte yrkesfagligheten.

Fremveksten av organisasjonsprofesjonalitet har forskjellige implikasjoner for ulike yrkesgrupper (Freidson, 2001; Noordegraaf, 2007, 2016). I litteraturen diskuteres to prosesser konseptualisert som profesjonalisering og deprofesjonalisering (Noordegraaf, 2007). At

den nye organisatoriske profesjonaliteten innebærer en deprofesjonalisering og proletarisering av fagpersoner, viser til at grunnleggende faglige verdier (makt, autonomi og autoritet) blir erstattet med økt ekstern og formell regulering (Ritzer & Walczak, 1988, s. 2–6). Videre argumenteres det for at dette er en utvikling som forsterker polarisering og maktkamp, både innenfor og mellom, faglige foreninger og grupper (Reed, 2007). Mens etablerte profesjoner, som medisin og juss, er gjenstand for deprofesjonalisering, bruker andre yrkesgrupper, som sosialarbeidere, sykepleiere og ledere, de samme kontrollmekanismene som fjerner makt fra enkelte fagpersoner til å profesjonalisere eget arbeid og dermed heve sin makt og status (Nordegraaf, 2007, s. 762–763).

Pakkeforløp representerer en regulering av medisinsk praksis som kan bidra til at andre grupper helsepersonell, som for eksempel sykepleiere gjennom koordinatorrollen, får mer innsikt i legenes arbeid og dermed potensielt sett mer makt og innflytelse. Vi er derfor interessert i å undersøke hvilke konsekvenser dette kan ha for hva det vil si å være profesjonell/utføre profesjonelt arbeid i en slik kontekst.

Metode og materiale

Utgangspunktet for denne artikkelen er et forskningsprosjekt som har evaluert innføringen av pakkeforløp for kreft i Norge, finansiert av Norges forskningsråd (prosjektnummer 272665). Prosjektperioden har vært fra 2017 til 2020. Prosjektet har undersøkt hvordan pakkeforløp for kreft erfarer av pasienter og tjenesteutøvere, samt innhentet kunnskap om hvorvidt pakkeforløpene oppfyller myndighetenes intensjoner med dem. Tre hovedtemaer har blitt belyst i studien: 1. Pasienttilfredshet og brukermedvirkning i pakkeforløpene, 2. Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten, fastleger og avtalespesialister og 3. Ledelse og organisering av pakkeforløp, herunder koordinering og oppgavedeling i kreftutredning og behandling i sykehus. Prosjektet har valgt ut fire forløp; bryst, prostata, lunge og føflekk. Dette er forløp som både dekker «vanlige» kreftformer for kvinner og menn, forløp som er mer eller mindre komplekse og forløp med økende forekomst.

Alle forfatterne har vært del av prosjektet, deltatt i ulike deler av datainnsamlingen og har hatt tilgang på alt datamaterialet. Vi har tidligere publisert flere artikler om andre tema i prosjektet og hovedfunn finnes i prosjektets avsluttende rapport (Melby et al., 2021). Denne artikkelen baserer seg på kvalitative intervjuer med 15 koordinatorene fra fire ulike sykehus i ulike helseregioner, både universitetssykehus og mindre, lokale sykehus. Vi har vært interessert i informantenes egne erfaringer, opplevelser og forståelser, noe som gjør kvalitative intervjuer hensiktsmessig (Brinkmann, 2018). Datainnsamlingen ble gjennomført fra mai/juni 2018 til mai 2019.

Prosjektet er meldt inn til og tilrådd av NSD/SIKT (prosjektnummer 58724).

Analytisk tilnærming

Vi har analysert intervjumaterialet gjennom flere ulike lesninger for å se etter tema og mønstre, med teoretiske perspektiver på arbeid som overgripende perspektiv etter en første mer empiribasert lesning. Førsteforfatter har utviklet den første tematiseringen, som så har blitt diskutert og videreutviklet med de andre forfatterne. Mer spesifikt er analysen av data basert på refleksiv tematisk analyse (Braun & Clarke, 2022). Braun og Clarke (2022) beskriver at refleksiv tematisk analyse består av seks steg: 1) familiarisering, 2) datakoding, 3) initial temagenerering, 4) tema utvikling, 5) definering og navngiving av endelige tema og 6) skrivning og rapportering. Disse stegene er ikke en lineær, men en sirkulær prosess, noe som gjør at de ulike stegene vil gjennomføres i flere runder og delvis samtidig. Analysene til denne

artikkelen er derfor gjennomført ved at steg 3–6 har vært en kontinuerlig prosess hvor utkast til tema og navngiving av tema har blitt diskutert mellom alle forfatterne og slik evaluert og redefinert i flere runder. I analyseprosessen fra datakodning til tema utvikling har vi benyttet sensitiviserende begreper fra teorien, slik som eksempelvis begrepene artikuleringarbeid, arbeidsfordeling og forhandlinger.

Forhandling, koordinering og kvalitetssikring

Vi har utviklet tre tema som beskriver koordinatorenes arbeid: 1) Forhandlinger om rolle, arbeidsoppgaver og ansvar, 2) Kreativ koordinering i nettverk og 3) Diskré kvalitetssikring.

Forhandlinger om rolle, oppgaver og ansvar

Pakkeforløpskoordinator er en ny funksjon innenfor allerede eksisterende arbeidspraksis på sykehusene, og koordinatorene må derfor finne ut hvordan de skal gjøre sin jobb i samarbeid med andre. Selv om de har en tildelt rolle/funksjon er det stor variasjon i hvordan denne forstås og utføres. Vi finner at koordinatorene forhandler med andre grupper helsepersonell om rolle, oppgaver og ansvar – om hvilke rettigheter og plikter de har i arbeidsdelingen (Strauss, 1985) på sykehusene, og også om hva som faktisk er viktig arbeid innenfor denne funksjonen. Sagt med andre ord, handler dette også om hva det skal innebære å være en profesjonell koordinator; hvilken kunnskap, retningslinjer, prosedyrer, erfaring og intuisjon skal brukes og verdsettes for å utføre profesjonelt arbeid i denne konteksten (Dreyfus, 2004; Schön, 1991).

For det første forhandles det om hvilken faglig bakgrunn en koordinator bør ha. I vårt materiale er de fleste koordinatorene utdannet som sykepleiere, men noen er mer kanttilt personale som ikke har en helsefaglig bakgrunn. De uttrykker selv ulike meninger om betydningen av faglig bakgrunn, og det gjør også annet helsepersonell i vårt materiale. Dette viser at det som uttrykkes i rapporten fra Helsepersonellkommisjonen (Regjeringen, 2023) om at enkelte oppgaver kan fordeles til personell uten helsefaglig kompetanse, er noe som ikke alltid er like lett å vurdere og som det kan knyttes ulike profesjonelle interesser til. Koordinatorenes faglige bakgrunn vil kunne ha betydning for hvilken kunnskap og erfaring det trekkes på i forståelse og utføring av arbeidet, det vil si hva det betyr å være profesjonell i denne settingen. Noen av koordinatorene og lederne synes sekretærbakgrunn er relevant kompetanse for stillingen og argumenterer for at det stort sett er administrative oppgaver som skal utføres. Andre koordinatører og ledere mener at den sykepleiefaglige bakgrunnen er viktig, både for å forstå hva pakkeforløpet innebærer og for å være bedre kvalifisert for kontakt med pasienter. Om de skal ha direkte pasientkontakt eller ikke – eller hvor mye slik kontakt de skal ha – er altså også gjenstand for forhandlinger. En av koordinatorene uttrykker dette på denne måten:

En må jo etablere en kontakt [med pasienten], vi har kapasitet til det, tenker jeg da, i hvert fall har jeg det, og bruke litt tid på det, ellers blir det veldig sånn skjema-aktig, og det liker jeg ikke [...]

Pfk 3, sykehus 4

Koordinatoren vurderer altså pasientkontakt som viktig i sin jobb og er mindre opptatt av det hun kaller «skjema-aktig», det vil si mer regulerte administrative rutiner og oppgaver. Pasientkontakt er dermed en oppgave som artikuleres som betydningsfull og som gis verdi (Strauss, 1985). Motstanden mot det «skjema-aktige» kan også tolkes som et ønske om å

beholde profesjonelt skjønn og autonomi i rollen som koordinator, det vil si sentrale aspekter ved profesjonelt arbeid (Larson, 1979, 2017). Den samme koordinatoren understreker videre at pakkeforløpsfristene ikke er det viktigste i hennes jobb:

Og så er jeg kanskje litt mer avslappa [nå] i forhold til datoene, for det liksom...det er jo viktig at statistikken er fin da, men det er jeg ikke så opptatt av nå. Jeg er opptatt av at pasienten blir ivaretatt.

Pfk 3, sykehus 4

Dette sitatet illustrerer at også viktigheten av å overholde tidsfristene er gjenstand for forhandlinger. «Statistikken» det vises til, er altså månedlige rapporter angående i hvor stor grad sykehusene overholder pakkeforløpsfristene som offentliggjøres på Helsedirektoratets nettsider (Helsedirektoratet, 2023c). Disse kan brukes for å sammenligne hvor godt sykehusene gjør det og kan brukes av politikere, helsebyråkrater og media og også av pasienter og pasientorganisasjoner. Ledelsen på sykehusene er derfor ofte opptatt av at fristene skal overholdes, noe som dokumenteres gjennom det kodelærte koordinatorene gjør. I en travel hverdag må de ofte prioritere hvilke oppgaver de skal utføre først, og, som sitatet over viser, så kan de ha ulike forståelser av hva som er viktigst. Flere av dem er veldig opptatt av å overholde tidsfristene, men koordinatoren over fremhever pasientkontakt som mer betydningsfullt enn å oppnå en «fin statistikk». Det kan argumenteres for at det kreves bruk av profesjonelt skjønn for å gjøre disse vurderingene og prioriteringene, og at dette dermed er en viktig del av det å være en profesjonell koordinator. En koordinator som har bakgrunn som sykepleier vil dermed kanskje også gjøre andre vurderinger enn en koordinator uten helsefaglig profesjonsutdanning. Kanskje er det mer krevende å gjøre egne prioriteringer hvis man ikke kan støtte seg på et profesjonelt skjønn utviklet gjennom utdanning og praksis som sykepleier?

Selv om flere av koordinatorene vurderer pasientkontakt som en viktig del av jobben, så havner de noen ganger i situasjoner hvor de må kommunisere noe de ikke mener er deres jobb. Formelt sett er det en legeoppgave å formidle selve den mulige diagnosen, det vil si at pasienten kan ha fått kreft. Noen ganger er det imidlertid når koordinatoren ringer for å avtale time at pasienten første gang hører ordet «kreft». Koordinatoren får dermed en diskursiv rolle (Halvorsen & Sarangi, 2015, s. 2) som innebærer å formidle et budskap som ikke ligger innenfor det sosiale mandatet for denne situasjonen. Dette reagerer koordinatorene på, de får en oppgave de ikke er forberedt på i en situasjon som ikke er planlagt ut fra dette – og de argumenterer for at det er legen, med sin medisinskfaglige bakgrunn, som skal kommunisere (den ofte skremmende) beskjeden om at en pasient kan ha kreft. I forhandlinger mellom ulike aktører i arbeidsdelingen (Fournier, 2000; Håland, 2012; Strauss, 1985) på sykehuset er altså dette en type oppgave som avvises av koordinatorene i vårt materiale.

Videre inngår koordinatorene i forhandlinger om hvilken legitimitet de har i kontakt med andre grupper helsepersonell, det vil si forhandlinger om hva de har *rett* til å gjøre (Strauss, 1985) og hvordan de kan få andre grupper helsepersonell til å legge til rette for at pakkeforløpet går som det skal. Koordinatorene skal koordinere ulike undersøkelser pasienten skal gjennomgå og arbeidsoppgaver helsepersonell skal utføre og er dermed avhengige av å bli «hørt» i systemet, det vil si det å gjennomføre pakkeforløpets ulike deler innen tidsfristene må vurderes som betydningsfullt også av annet helsepersonell. Flere koordinatører beskriver dette som krevende arbeid, en av dem forteller om det på denne måten:

Det er mye jobb, det er mye ringing og masing [for å få de ultralydundersøkelsene de trenger], og ja, så føler jeg jo at jeg ikke bestandig kommer gjennom, at jeg ikke har nok kraft, ikke sant, og da må jeg få legen min til å ringe, og av og til så må hun videre opp i systemet, og, så holder vi jo på med å jobbe med det der.

Pfk 4, sykehus 3

Koordinatoren beskriver hvordan hennes jobb er mye «mas» på andre grupper helsepersonell og hvordan hun ikke alltid har nok «kraft», det vil si tilstrekkelig legitimitet og makt til å få gjennomført det hun ønsker. Da må hun få hjelp av legen, som tradisjonelt har større makt i sykehushierarkiet. For å få pakkeforløpene til å fungere som de skal, og for at koordinatorene skal få utført sin jobb på en god måte, må de altså forhandle frem at også andre grupper helsepersonell forstår og definerer denne jobben som betydningsfull, det må forstås som «ekte» arbeid (Star & Strauss, 1999). Dette kan også forstås som del av en profesjonaliseringsprosess (Noordegraaf, 2007), hvor det forhandles om å gi koordinatorene en legitim plass i relasjon til andre grupper helsepersonell på sykehuset.

Kreativ koordinering i nettverk

Koordinatorene beskriver hvordan deres arbeid er et puslespill, og at de må være kreative og fleksible for å koordinere pasienter og helsepersonell gjennom pakkeforløpet. En rekke ulike aktører er inne i de ulike forløpene, og pasientene skal gjennom flere ulike undersøkelser – på tvers av avdelinger og noen ganger også på tvers av sykehus. Et pakkeforløp starter når sykehuset mottar henvisning, vanligvis fra en fastlege, og det er ofte en pakkeforløpskoordinator som vurderer henvisningen og er ansvarlig for å planlegge den første timen innenfor pakkeforløpets tidsrammer. Etter å ha vurdert henvisningen, som noen ganger inkluderer å avgjøre om den oppfylder kravene til pakkeforløp, sender koordinatoren den videre til legen for vurdering. Så selv til tross for at det ligger i legenes domene å bestemme om henvisningen skal klassifiseres som pakkeforløp eller ikke, beskriver våre informanter at dette arbeidet noen steder faktisk gjøres av koordinatoren. Når henvisningen er vurdert, skal pasienten først møte en spesialistlege ved utredende avdeling og derfra henvises det videre til ulike radiologiske undersøkelser og vevsprøver. Eksempelvis skal en pasient med mistanke om brystkreft først til en klinisk undersøkelse av brystet, så til mammografi og/eller ultralyd, samt at det skal gjennomføres nålebiopsi (Helsedirektoratet, 2021). Koordinatorene skal da samordne hele denne prosessen. En av koordinatorene beskriver det på denne måten:

Ja, altså, vi merker det, det er mange sånne usynlige arbeidsoppgaver som vi ikke hadde før. Og det her med kapasitet sliter vi jo med, mangler operasjonskapasitet og vi må jo låne fra andre, gastro og gyn, for å få dem inn. Så det er jo litt mer sånn koordinering da.

I: Men det var så bra det du sa om flere usynlige arbeidsoppgaver, synes jeg, men hva tenkte du på da?

Nei, det er litt sånn vanskelig å sette, altså peke på hva, men det er liksom, man må jo følge med og koordinere mer og sjekke at det, ja, at de får alle undersøkelsene, ringer til andre sykehus hvis de skal følges opp videre og sånn her ting, selvfølgelig. Så jeg føler at man må liksom, ja, ha tråden i det, selv om de er ferdig behandlet her, ja.

Pfk 4, sykehus 3

Koordinatoren peker her på at de gjør mange usynlige arbeidsoppgaver og at de må følge med og koordinere avdelinger og sykehus, slik at pasienten får alle undersøkelser. For å få til denne kreative og fleksible koordineringen, jobber de mye med å bygge nettverk med andre koordinatorene og andre grupper helsepersonell. Personlige relasjoner står sentralt og det er noe de bruker for å få gjort sin jobb på en god måte. En koordinator beskriver det på denne måten:

Vi presenterer oss jo ikke når vi ringer liksom, vi ringer jo som gamle venner, skulle jeg til å si, uten at vi har møtt hverandre, for vi snakker så mye sammen. Det er veldig... det gjør det så mye enklere [...] Med de andre koordinatorene rundt omkring [...] vi samarbeider om å få pasienten raskest mulig inn, dem sier fra hvis det er noe spesielt med pasienten jeg skal vite, 'den her pasienten er engstelig, han ønsker telefon', mange sånne ting da.

Pfk 4, sykehus 4

Selv om det å koordinere ligger i jobben de har, er det imidlertid ikke alltid tydelig definert hva det innebærer og hvem som skal gjøre hva. Koordinatorene ender ofte opp med å gjøre det ingen andre gjør og som er nødvendig for at forløpene skal fungere, selv om de ikke har fått beskjed om det, slik for eksempel denne koordinatoren beskriver:

Så ryddejobben ligger litt på meg, føler jeg da, selv om det er ingen som har sagt det da.

Pfk 1, sykehus 2

Denne «ryddinga» kan forstås som det Strauss (1985) kaller artikuleringsarbeid. Det er ikke arbeid som er tydelig definert eller som ligger inn under en gruppes arbeidsbeskrivelse – og det er ofte usynlig – men det er ulike oppgaver som oppstår gjennom forløpet og som må løses der og da for at pasienten skal komme seg gjennom forløpet slik det er tenkt.

Diskré kvalitetssikring

Koordinatorene forteller om hvordan de følger opp legenes arbeid – på en diskre måte. Gjennom å rettlede og purre på legene, korrigere og ta over arbeid bidrar de med en kvalitetssikring av det som formelt sett er legens ansvarsområde innenfor pakkeforløpene. De påtar seg altså en oppgave som egentlig ikke ligger til deres stilling, og de beskriver at de gjør det på en diskre måte, kanskje fordi legene tradisjonelt har mer makt i hierarkiet på sykehuset. For å bruke Strauss' (1985) begrep om artikulasjonsarbeid, så gjør de det som trengs for å få ting tilbake på sporet og få arbeidet til å fungere (Schmidt, 2002, s. 19 i Olsvold, 2012, s. 411). Det er mye usynlig arbeid (Star & Strauss, 1999; Strauss, 1985), men det er arbeid som er helt nødvendig for at pakkeforløpene skal fungere og pasienten bli ivaretatt på en god måte. En av koordinatorene forteller om hvordan de følger opp legenes arbeid på denne måten:

Vi har jo sånne tverrfaglige møter hver mandag, da går vi gjennom alle pakkeforløpspatientene som har gjort ferdig utredningen sin, der legene etterpå skal ringe pasientene, og da har jo jeg en rolle, ikke sant, for da kan jeg følge opp og med på det. [...] Og da kan jeg følge med på det og se på den pasienten, her har legen faktisk ikke ringt og det har gått to dager, og legen har fortsatt ikke ringt pasienten. [...]

I: Så du følger virkelig opp kollegaene dine og pasientene dine?

Jeg følger opp, ja, det gjør jeg. Og så går jeg til dem og sier 'nå må du skrive notatet og ringe pasienten' [...] de her legene våre og urologene våre har mye å gjøre og enkelte av dem står jo på operasjon hele dagen og neste dag, sånn at det ikke blir gjort.

Pfk 3, sykehus 3

Dette sitatet viser hvordan koordinatoren sjekker hva som har blitt gjort og ikke gjort, og hvordan hun sier fra til legen om hva hen må gjøre videre. Pakkeforløpet stopper opp hvis ikke legen gjør det denne skal gjøre, så koordinatoren går dermed inn og får forløpet tilbake på sporet. Dette er i tråd med hvordan Olsvold (2012) beskriver at artikulering av arbeidsoppgaver og ansvarsområder kan bestå av, at det etterspørres hvilke oppgaver som har blitt gjort og gjennom dette skape en felles ansvarliggjøring. Det er altså arbeid som gjør at arbeidet fungerer og kommer seg tilbake på riktig spor, det vil si arbeid som får pasienten gjennom forløpet på en god måte. Hvordan denne type arbeid ofte skjer på en diskre måte illustreres i sitatet under:

Det er veldig stor forskjell [på legene], ja, sånn som seksjonsoverlegen og dem som er med i forløpsledelsen og sånn er veldig klar over det [pakkeforløpet], men LIS-leger, for eksempel, som er ganske nye, en kan ikke forvente at de har det samme forholdet til det, men jeg prøver å liksom snike det inn at 'det her er pakkeforløp, tentativt dato burde vel være satt litt før?', sant, [...] men det er ikke mitt ansvar, sånn sett, men det er greit å...ja.

Pfk 4, sykehus 4

Sitatet viser hvordan koordinatoren nærmer seg legen på en forsiktig måte og «sniker inn» at det vel her burde vært gjort noe på en annen måte siden det er pakkeforløp (tidligere dato). Hun innrømmer at dette ikke er hennes ansvar, men det er altså noe hun likevel gjør – hun tar det overordnede ansvaret for at pakkeforløpet skal fungere. I tillegg til å styre i riktig retning og ta et overordnet ansvar for at forløpet går fremover som det skal, så korrigerer også noen av koordinatorene legenes arbeid:

Så jeg vet liksom mye, så jeg har veldig sånn kontroll på ting, så det blir en sånn ekstra...[...] og det har skjedd noen ganger at dem [pasientene] har vært på poliklinikken og der har legen vurdert at her er det kanskje ikke noe grunnlag, for biopsiene er blanke og det er ikke noe, og så har legen ikke lest MR-svaret og så viser MR-svaret noe annet. Her er det faktisk noe, ikke sant, MR-svaret viser at det er noe. Og det leser jo jeg.

I: Så du kvalitetssikrer det?

Ja, jeg kvalitetssikrer det, ikke sant, og da går jeg og sier 'se her, det viser noe' og da må pasienten bli satt opp på ny time. Vi har sånne fusjonsbiopsier, sånne MR-assisterte biopsier, så tar vi nye biopsirunder, ikke sant.

Pfk 3, sykehus 3

I dette eksemplet korrigerer altså koordinatoren legens arbeid, hvor noe har blitt oversett. Gjennom å ta ansvar for å gå gjennom alt og sjekke at legene har fått med seg alt, kvalitetssikrer de legenes arbeid. Dette er ikke et oppdrag de har fått, men enda et eksempel på noe de gjør for å få ting tilbake på sporet og få arbeidet til å fungere. Flere av koordinatorene fremhever selv dette, og i sitatet under beskriver en koordinator denne kvalitetssikringsjobben:

...vi vet jo hvor mye vi gjør da her, og hvor mye kvalitetssikring vi gjør, for det gjør vi jo veldig mye, og det føles jo som vi er litt sånn barnepike av og til for legene, ikke sant.

Pfk 4, sykehus 3

Koordinatoren beskriver den rollen de har som «litt sånn barnepike» og tydeliggjør på den måten at dette egentlig ikke er deres jobb, men fordi legene ikke alltid gjør det de skal, blir det del av koordinatorenes arbeid å følge opp og få forløpene til å fungere. Her er det mulig å argumentere for både at koordinatorene *tar* en oppgave og at legene *fraskriver* seg en oppgave innenfor arbeidsdelingen (Strauss, 1985) på sykehuset. Vi ser også her et eksempel på at pakkeforløp, som regulert medisinsk praksis, gir koordinatorene innsikt i legenes arbeid på en ny måte og dermed også en mulighet for å heve egen status og innflytelse.

Oppsummering og konklusjon

Det er et uttalt mål i helsetjenesten å yte god kvalitet på behandling av sykdom og ha omsorg for pasienter. Vi hører oftest om det kliniske arbeidet i sektoren, det er det mest *synlige* arbeidet, ikke minst hvis det går galt. For at behandling og omsorg skal ha god kvalitet, er det imidlertid også nødvendig med arbeid som på ulike måter *organiserer* og *koordinerer* aktiviteter og helsepersonells interaksjon med pasienter. I denne artikkelen har vi vist frem pakkeforløpskoordinatorers arbeid med pakkeforløp for kreft og betydningen av dette arbeidet; hvordan de definerer og utfører sitt arbeid. Med utgangspunkt i særlig Strauss' begreper om synlig og usynlig arbeid, forhandling og artikulasjonsarbeid, peker vi på hvordan mye av koordinatorenes arbeid er usynlig, selv om det er helt sentralt arbeid for at pakkeforløpene skal kunne gjennomføres.

Vi har forsøkt å vise hvordan koordinatorene inngår i en rekke ulike forhandlinger om hva som er betydningsfullt i jobben de skal gjøre og om hvem som har rett og plikt til å gjøre hva i arbeidsdelingen på sykehusene. De forhandler om hvor mye pasientkontakt de skal ha og hvor viktig tidsfristene er, og de forhandler om legitimitet i relasjon til andre grupper helsepersonell. Gjennom å delta i disse forhandlingene, kan vi si at de uttrykker og bygger sin profesjonalitet som koordinatorene. De markerer grenser opp mot andre grupper helsepersonell (Fournier, 2000), de bruker profesjonelt skjønn (Schön, 1991) for å gjøre ulike typer prioriteringer, og de fastholder en viss grad av profesjonell autonomi (Larson, 1979, 2017) i en i utgangspunktet regulert og standardisert praksis som er innført «ovenfra». Dette kan forstås i lys av Evetts' (2009) argument om at fordi profesjonelt arbeid stadig blir underlagt mer organisatoriske og ledelsesmessige kontrollmekanismer (Leicht & Fennell, 1997), så vokser det frem en ny type organisasjonsprofesjonalitet som er mer avhengig av institusjonelle strukturer. Dette kan ha ulike implikasjoner for ulike yrkesgrupper, og det kan, som nevnt innledningsvis, identifiseres både profesjonaliseringsprosesser og deprofesjonaliseringsprosesser (Noordegraaf, 2007). Vi vil argumentere for at forhandlingene koordinatorene deltar i kan forstås som profesjonaliseringsprosesser, hvor kontrollmekanismer som fjerner makt fra enkeltpersoner (som et standardisert pakkeforløp innebærer) gir dem muligheter for å heve status på eget arbeid og gi dette arbeidet en legitim plass i helsetjenesten.

Videre finner vi at koordinatorene må være kreative og fleksible for å koordinere aktiviteter og oppgaver på en slik måte at forløpet fungerer. Koordinatorene beskriver at det å bygge nettverk med andre grupper helsepersonell og andre koordinatorene er en viktig del av arbeidet. Vi finner også at koordinatorene følger opp, og i noen situasjoner, kontrollerer og korrigerer legenes arbeid. De bidrar med en form for diskret kvalitetssikring, hvor de får

«things back on track» (Star & Strauss, 1999, s. 10) og utfører arbeid som «make work work» (Schmidt, 2002, s. 19 i Olsvold, 2012, s. 411). Dette er en arbeidsoppgave som de ikke er tildelt, men som de gjør for å få forløpene til å fungere, og som er et eksempel på usynlig, men avgjørende arbeid. I lys av Helsepersonellkommisjonens rapport (Regjeringen, 2023), hvor det pekes på betydningen av arbeidsdeling og hvor det anbefales at oppgaver som ikke krever helsefaglig kompetanse skal delegeres til andre grupper, kan man på bakgrunn av våre funn stille spørsmål ved om denne type arbeid, som ikke er «registrert» noe sted, fanges opp i en slik type tenkning. Videre kan det også diskuteres hva som skal inkluderes i sykepleieres «kjerneoppgaver», slik Helsepersonellkommisjonen peker på, hvis koordinatorene skal være sykepleiere. Er det tradisjonelt omsorgsarbeid forstått som å ivareta en tett relasjon mellom den enkelte sykepleier og den enkelte pasient, eller er det spesialisert sykepleiefaglig arbeid, eller er det koordinering, organisering og kommunikasjon? Hva er det i tilfelle sykepleiere *ikke* skal gjøre? Og hvem er det som skal definere dette? Denne type avklaringer vil ha betydning for hvordan vi forstår og organiserer omsorg for og behandling av pasienter.

Avslutningsvis stiller vi spørsmål om koordinatorene utfører sitt arbeid *så* godt, kreativt og fleksibelt, at det faktisk kan medvirke til at det blir usynlig – og dermed mindre verdsatt. Er det å være en profesjonell koordinator å rydde og sy ting sammen på en slik måte at de selv ikke vises, er usynlighet «profesjonalitet» i denne sammenhengen? Hva hvis koordinatorene ikke hadde fått ting tilbake på sporet på en diskret måte, men tvert imot synliggjort de mange mulighetene for at forløpet ikke går som det skal og hva de selv gjør for å rette opp? I tråd med at det kan være en strategi for en profesjon for å få mer makt å gjøre usynlig arbeid synlig, er det en mulig strategi for koordinatorene? For at koordinering skal kunne løftes frem som noe som *teller* som arbeid, som «ekte» arbeid, vil det nemlig være nødvendig at konteksten arbeidet utføres i definerer dette som viktig arbeid og gir det verdi (Star & Strauss, 1999; Wadel, 1977).

I denne artikkelen har vi vist frem bredden og kompleksiteten i det betydningsfulle, men delvis usynlige, arbeidet koordinatorene gjør – hvordan de utvikler en profesjonell praksis i samhandling med andre grupper helsepersonell. Fremtidens helsetjenester vil være preget av en rekke ulike (delvis nye) koordinerende funksjoner, noe som krever mer forskning på hvordan dette arbeidet kan og bør utføres, og hvilken kunnskap og kompetanse som er nødvendig for å utvikle profesjonelle koordinerings- og organiseringspraksiser.

Referanser

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. University of Chicago Press.
- Allen, D. (2014). Lost in translation? 'Evidence' and the articulation of institutional logics in integrated care pathways: From positive to negative boundary object? *Sociology of Health & Illness*, 36(6), 807–822. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12111>
- Allen, D. (2015). *The Invisible Work of Nurses: Hospitals, Organization and healthcare*. Routledge.
- Allen, D. (2019). Care trajectory management: A conceptual framework for formalizing emergent Organization in nursing practice. *J Nurs Manag.*, 27(1), 4–9. <https://doi.org/10.1111/jonm.12645>
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic Analysis. A Practical Guide*. SAGE.
- Brinkmann, S. (2018). The interview. I N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Red.), *SAGE Handbook of qualitative research* (s. 576–599). SAGE.
- Dingwall, R. (2008). *Essays on professions*. Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9781315580241>
- Dreyfus, S.E. (2004). The Five-Stage Model of Adult Skill Acquisition. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 24(3), 177–181. <https://doi.org/10.1177/0270467604264992>

- Evetts, J. (2009). New professionalism and new public management: Changes, continuities and consequences. *Comparative Sociology*, 8(2), 247–266. <https://doi.org/10.1163/156913309X421655>
- Evetts, J. (2011). A new professionalism? Challenges and opportunities. *Current Sociology*, 59(4), 406–422. <https://doi.org/10.1177/0011392111402585>
- Fournier, V. (2000). Boundary work and the (un)making of the professions. I N. Malin (Red.), *Professionalism, Boundaries and the Workplace*. Routledge.
- Freidson, E. (1976). The division of labor as social interaction. *Social Problems*, 23(3), 304–313. <https://doi.org/10.2307/799776>
- Freidson, E. (1994). *Professionalism reborn: Theory, prophecy, and policy*. University of Chicago Press.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: The third logic*. Polity Press.
- Halvorsen, K. & Sarangi, S. (2015). Team decision-making in workplace meetings: The interplay of activity roles and discourse roles. *Journal of Pragmatics*, 76, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2014.11.002>
- Helsedirektoratet (2015). *Implementering av pakkeforløp for kreft. Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014–2015*. https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft/generell-informasjon-om-pakkeforlop-for-kreft/IS-2426%20Nasjonal%20plan%20for%20implementering%20av%20pakkeforl%C3%B8p%20for%20kreft.pdf/_attachment/inline/b5d76043-ff42-4f5c-9ab3-cfbb395a08bc:4e8125f96798fd2daf2a4564c003113a17fd423e/IS-2426%20Nasjonal%20plan%20for%20implementering%20av%20pakkeforl%C3%B8p%20for%20kreft.pdf
- Helsedirektoratet (2021). *Utredning av brystkreft*, helsedirektoratet.no, <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/brystkreft/utredning-av-brystkreft#utredning>
- Helsedirektoratet (2023a). *Pakkeforløp på kreftområdet*, helsedirektoratet.no, <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/generell-informasjon-for-alle-pakkeforlovene-for-kreft/pakkeforlop-pa-kreftområdet> (lesedato 13.03.23).
- Helsedirektoratet (2023b). *Prioriteringsveilederne og pakkeforløp for kreft*, helsedirektoratet.no, <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/aktuell-informasjon-om-lov-og-forskrift-for-prioriteringsveilederne/prioriteringsveilederne-og-pakkeforlop-for-kreft> (lesedato 13.03.23).
- Helsedirektoratet (2023c). *Pakkeforløp for 24 organspesifikke kreftformer*, helsedirektoratet.no, <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kreft-pakkeforlop/pakkeforl%C3%B8p-for-26-organspesifikke-kreftformer> (lesedato 25.01.2023).
- Hughes, E.C. (1958). *Men and Their Work*. Free Press.
- Håland, E. (2012). Introducing the electronic patient record (EPR) in a hospital setting: boundary work and shifting constructions of professional identities. *Sociology of Health and Illness*, 34(5), 761–775. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01413.x>
- Håland, E. & Melby, L. (2023). Coding for quality? Accountability work in standardised cancer patient pathways (CPPs). *Health* 27(1), 129–146.
- Larson, M.S. (1979). Professionalism: Rise and fall. *International Journal of Health Services*, 9(4), 607–627. <https://doi.org/10.2190/68jg-4bt4-jdw9-0lhr>
- Larson, M.S. (2017). *The rise of professionalism: Monopolies of competence and sheltered markets* (2. utg.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315134635>
- Leicht, K.T. & Fennell, M.L. (1997). The changing organizational context of professional work. *Annual Review of Sociology*, 23(1), 215–231. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.23.1.215>
- McDonald, R., Waring, J., Harrison, S., Walshe, K. & Boaden, R. (2005). Rules and guidelines in clinical practice: A qualitative study in operating theatres of doctors' and nurses' views. *Quality and Safety in Health Care*, 14(4), 290–294. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.013912>

- Melby, L. Brattheim, B., Das, A., Gilstad, H., Gjørund, G., Håland, E., Sand, K. & Solbjør, M. (2021). *Pakkeforløp for kreft: erfaringer blant helsepersonell og pasienter. Sluttrapport fra den forskningsbaserte evaluering av pakkeforløp for kreft* (SINTEF Rapport 2021:00278). SINTEF.
- Noordegraaf, M. (2007). From 'pure' to 'hybrid' professionalism. *Administration & Society*, 39(6), 761–785. <https://doi.org/10.1177/0095399707304434>
- Noordegraaf, M. (2016). Reconfiguring professional work. *Administration & Society*, 48(7), 783–810. <https://doi.org/10.1177/0095399713509242>
- Olsvold, N. (2012). Sykehusarbeidets organisering og profesjonenes arbeids- og ansvarspraksiser. I A. Tjora (Red.), *Helsesosiologi. Analyser av helse, sykdom og behandling* (s. 406–427). Gyldendal Akademisk.
- Reed, M.I. (2007). Engineers of Human Souls, Faceless Technocrats, or Merchants of Morality?: Changing Professional Forms and Identities in the Face of the Neo-liberal Challenge. I A. Pinnington, R. Macklin & T. Campbell (Red.), *Human resource management: Ethics and employment* (s. 171–189). Oxford University Press.
- Regjeringen (2023). *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. NoU 2023: 4. <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>
- Ritzer, G. & Walczak, D. (1988). Rationalization and the deprofessionalization of physicians. *Social Forces*, 67(1), 1–22. <https://doi.org/10.1093/sf/67.1.1>
- Schmidt, S. (2002). Remarks on the complexity of cooperative work. I P. Salembier & T.H. Benchekroun (Red.), *Cooperation and Complexity in Sociotechnical Systems*, [special issue of] *Revue des sciences et technologies de l'information* (RSTI), série RAI, 16(4–5), s. 443–483. Hermes.
- Schön, D.A. (1991). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Avebury.
- Solbrenke, T.D. & Sugure, C. (2011). Professional responsibility – Back to the future. I T. D. Solbrenke & C. Sugure (Red.), *Professional responsibility: New horizons of practice* (s. 11–28). Routledge.
- Star, S.L. & Strauss, A. (1999). Layers of silence, arenas of voice: the ecology of visible and invisible work. *Computer Supported Cooperative Work*, 8, 9–30.
- Strauss, A. (1985). Work and the division of labour. *The Sociological Quarterly*, 26, 1–19.
- Sundhedsstyrelsen (2022) *Kræftpakkeforløb*, Sst.dk, <https://www.sst.dk/da/viden/Sygdomme/Kraeft/Kraeftpakkeforloeb> (lesedato 20.3.23).
- Sveriges regioner (2022) *Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp*, kunnskapsstyrningvard.se, <https://kunnskapsstyrningvard.se/kunnskapsstyrningvard/kunnskapsstod/omvarakunnskapsstod/personcentreradeochsammanhallnavardforlopp.55829.html> (lesedato 20.03.23)
- Vabø, M. (2018) Omsorgsarbeid i et hverdagslivsperspektiv. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 276–286. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-10>
- Zerubavel, E. (1979). *Patterns of time in hospital life: a sociological perspective*. The University of Chicago Press.
- Vanhaecht, K., Panella, M., van Zelm, R. & Sermeus, W. (2010). An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. *International Journal of Care Pathways*, 14(3), 117–23. <https://doi.org/10.1258/jicp.2010.010019>
- Wadel, C. (1977). Hva er arbeid? Noen refleksjoner om arbeid som aktivitet og begrep. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 18, 387–411.