

Solfrid Nikita Tveit

Tidstyver i spesialisthelsetjenesten:

Hvordan ansatte opplever tidstyver, og hva de oppfatter som hemmere eller fremmere av effektiv tidsbruk

Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for USN Handelshøyskolen
Institutt for økonomi, historie og samfunnsvitenskap
Postboks 4
3199 Borre
<http://www.usn.no>

© 2024 Solfrid Nikita Tveit

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Spesialisthelsetjenesten har de senere årene fått et enormt press på seg til å effektivisere grunnet lavere finansiering fra Staten, færre tilgjengelig helsepersonell, økt brukermedvirkning og lengre behandlingstider – som blant annet har ført til økt ventetid og kostnader knyttet til tjenestene. For å oppnå en bærekraftig helsetjeneste kan tid være en ressurs og et viktig ledd i den nødvendige effektiviseringen. Denne oppgaven er en kvalitativ studie med formål om å se på fenomenet «tidstyver» fra de ansattes perspektiv. For å undersøke fenomenet nærmere er følgende problemstilling lagt til grunn for oppgaven:

«Hva ansatte i spesialisthelsetjenesten opplever som tidstyver, og hva de erfarer kan være hemmere eller fremmere av effektiv tidsbruk».

Et utvalg ansatte fra Sykehuset Telemark deltar i studien, som med sine erfaringer fra forskjellige yrkesbakgrunner gir et bilde av fenomenet både fra et ansattperspektiv og fra et organisatorisk perspektiv. Det er benyttet semistrukturerte intervjuer og innhentet data fra aktuelle dokumenter som er relevante for oppgaven. Det teoretiske rammeverket tar utgangspunkt i ny-institusjonell teori, med fokus både på organisasjonens og aktørenes rolle og praksis i lys av tidsbruk i arbeidshverdagen. Det er også hentet inn relevante dokumenter og utredninger beregnet for spesialisthelsetjenesten som underbygger det teoretiske rammeverket ytterligere.

Et utvalg av viktige funn i denne studien er hvordan ansatte opplever teknologi, høye krav til dokumentasjon, desentralisering og manglende ressurser som hemmere av effektiv tidsbruk. Funn viser også at effektivitet i praksis går ut over kvalitet, hvor ressursallokering og tverrfaglig samhandling er viktige løsningsforslag for fremmere av effektiv tidsbruk. Ansatte opplever at mange tidstyver kan løses, men at de organisatoriske rammene begrenser mulighetsrommet. Dette gjør ansatte mer tilbøyelig til å gi etter for den normative praksisen som oppfattes som legitimt. Dette gjør det mer utfordrende å innovere. Ansatte løser tidstyver der det er mulig i sin arbeidshverdag, men ytrer samtidig et behov for at organisasjonen på sin side må bidra til nødvendige endringer. Funn viser at ansatte motiveres av endringer hvor de føler seg sett, hørt og møtt av ledelsen. Mot slutten av oppgaven presenteres konklusjon og forslag til videre forskning innen feltet «tidstyver».

Abstract

The specialist health services have in recent years faced enormous pressure to make their services more effective due to reduced funding from the state, a shortage of available healthcare personnel, increased user involvement, and longer treatment times – all of which have led to increased waiting lists and costs associated with their services. To achieve a sustainable healthcare system, *time* may be considered a valuable resource and an important component of the necessary streamlining efforts. This study aims to qualitatively examine the phenomenon of "time thieves" from the perspective of employees. To explore this phenomenon further, the following research question forms the basis of the study:

"What employees in the specialist health services perceive as “time thieves”, and what they experience as inhibitors or facilitators of effective time management."

Employees from Telemark Hospital trust provides insights from various professional backgrounds, offering a comprehensive view of the phenomenon. Semi-structured interviews were conducted, and data were gathered from relevant documents pertaining to the study. The theoretical framework is based on neo-institutional theory, focusing on both the organization's and the actors' roles and practices regarding time management in everyday work. Relevant documents and reports specific to specialist health services were consulted to further support the theoretical framework.

Key findings from this study include how employees perceive technology, demanding documentation requirements, decentralization, and lack of resources as inhibitors of effective time management. Findings also indicate that efficiency in practice often compromises quality, with resource allocation and interdisciplinary collaborations being important solutions for facilitating effective time management. Employees perceive several time thieves as manageable, but organizational constraints limit the possibilities and make employees more inclined to adhere to normative practices perceived as legitimate, thus making innovation more challenging. Employees address time thieves where possible in their daily work, while expressing a need for the organization to contribute to necessary changes. Findings show that employees are motivated by changes where they feel seen, heard, and supported by management. This master thesis ends with conclusions and suggestions for further research within the field of "time thieves".

INNHold

Forord	7
<hr/>	
1 Innledning	8
<hr/>	
1.1. Bakgrunn	8
1.2. Problemstilling	9
1.3. Hensikt	10
1.4. Teoretisk og praktisk bidrag	10
1.5. Struktur	10
2 Teori	11
<hr/>	
2.1. Presentasjon av teoretisk rammeverk	11
2.1.1. Ny-institusjonell teori	11
2.1.2. Scott et al sitt utvidede rammeverk for helsevesenet	14
2.1.3. Tidstyver	16
2.1.4. Gjeldende meldinger til Stortinget og relaterte NOU-utredninger	17
2.2. utfordringer knyttet til valgt teori	18
2.3. En oppsummering av det teoretiske rammeverket	19
3 Metodevalg	20
<hr/>	
3.1. Forskningsdesign	20
3.2. Forskningsmetode	20
3.3. Litteratursøk	20
3.4. En kvalitativ og fortolkende forskning	21
3.5. Innsamling av data	21
3.5.1. Valg av informanter	22
3.5.2. Intervju	23
3.6. Data analyse	25
3.7. Datakvalitet	25
3.7.1. Min rolle som forsker	25
3.7.2. Pålitelighet (reliabilitet)	26
3.7.3. Troverdighet (validitet)	26
3.7.4. Overførbarhet/ ekstern validitet	28
3.7.5. Etikk	28

4	Resultater/ funn	29
4.1.	Introduksjon til spesialisthelsetjenesten	29
4.1.1	Styringsprinsipper innen spesialisthelsetjenesten	29
4.1.2	Kort om bakgrunnen for driftsprinsipper	29
4.1.3	Finansieringsmodell	30
4.1.4	Prioriteringsveiledere	30
4.2.	Presentasjon av Sykehuset Telemark HF	30
4.3.	Hva opplever ansatte som tidstyver?	31
4.4.	Teknologi	32
4.4.1.	For mange systemer	32
4.4.2.	For tungvint brukergrensesnitt eller utdaterte systemer	34
4.4.3.	Teknologien fungerer ikke optimalt	34
4.5.	Høye krav til dokumentasjon og rapportering	36
4.5.1	Høye dokumentasjonskrav og administrasjon	36
4.6.	Desentralisering	38
4.6.1	Oppgaver forskyves på nederste, operative nivå	38
4.6.2	Tverrfaglighet og samhandling	39
4.7.	Tilgang på ressurser	41
4.7.1.	Mangel på ansatte	41
4.7.2.	Prioritering hos den enkelte ansatte	43
4.7.3.	Riktig bruk av ressurser	43
4.7.4.	Opplæringsbehov	44
4.7.5.	Ledelsespraksis	45
4.8.	Kvalitet versus effektivitet	46
4.8.1	Kapasitetsutfordringer	46
4.9.	Oppgavehåndtering	48
4.9.1	Oppgaver	48
4.9.2	Oppgaveglidning	49
4.9.3	Ad-hoc løsninger	50
4.9.4	Forbedringsarbeid	51
4.9.5	Innhente erfaring fra andre helseforetak	51
4.10.	Oppsummering av funn	53
5	Diskusjon/Analyse	54
5.1.	Ansattes opplevelse av tidstyver	54

5.1.1.	Det teoretiske rammeverket rundt tidstyver	54
5.1.2.	Opplevelsen av tidstyver avhenger av perspektivet	55
5.1.3.	Opplevelsen av tidstyver avhenger av plassering og profesjon	56
5.1.4.	Isomorfismen spiller en rolle	57
5.1.5.	Hvordan institusjonaliseringen påvirker tidstyver	58
5.1.6.	Forsøk på å oppnå legitimitet kan opprettholde tidstyver og føre til et krysspress	58
5.2.	Opplevelsen av hemmere og fremmere for effektiv tidsbruk	59
5.2.1.	Teoretisk rammeverk knyttet til opplevelsen av hemmere og fremmere	59
5.2.2.	Teknologi	59
5.2.3.	Krav til dokumentering og administrasjon	61
5.2.4.	Desentralisering	63
5.2.5.	Tverrfaglighet og samhandling	65
5.2.6.	Tilgang på ressurser	66
5.2.7.	Kvalitet versus effektivitet	68
5.2.8.	Oppgavehåndtering	69
5.2.9.	Oppgaveglidning	70
5.2.10.	Forbedringsarbeid	72
5.2.11.	En oppsummering	73
5.2.12.	Implikasjoner	73
5.2.13.	Avsluttende ord	74
6	Konklusjon og anbefalinger	75
6.1.	Hvordan er ansattes opplevelse av tidstyver?	75
6.2.	Ansattes opplevelse av hemmere for effektiv tidsbruk og anbefalinger	75
6.3.	Ansattes opplevelse av fremmere for effektiv tidsbruk og anbefalinger	77
6.4.	En oppsummering	78
6.5.	Praktiske implikasjoner	79
6.6.	Begrensninger i studiet	80
6.7.	Forslag til fremtidig forskning	80
6.8.	Avsluttende ord	81
7	Referanser/litteraturliste	83
Tabell		88
Vedlegg		88

Forord

Det er med en følelse av både stolthet og lettelse at jeg nå kan presentere min masteroppgave innen innovasjon og ledelse. Denne oppgaven markerer avslutningen på en lang og utfordrende reise, og jeg er takknemlig for muligheten til å dele noe av det jeg brenner for med leseren.

Min interesse for tematikken som utforskes i denne oppgaven har sin opprinnelse i mine 15 år som ansatt i spesialisthelsetjenesten. Gjennom årene har jeg observert og erfart ulike mekanismer som påvirker tidsbruken i helsevesenet, og jeg har hatt et ønske om å forstå dette med tidsbruk og hvilke effekter det kan ha å jobbe konkret med tid som en ressurs. Spesielt har jeg vært opptatt av å identifisere hva som er såkalte «tidstyver», og hva det er som gjør at disse oppstår og opprettholdes selv om det er mulig å redusere eller fjerne tidstyvene helt.

Det har vært et krevende arbeid å ferdigstille denne oppgaven, og jeg vil ærlig innrømme at jeg har følt det som en brytekamp med stoffet i oppgaven til tider. Likevel har jeg aldri mistet troen på at dette arbeidet ville være verdt innsatsen. Jeg ønsker å takke ansatte ved Sykehuset Telemark som har latt seg intervjuet til denne oppgaven, og bidratt til bedre forståelse for fenomenet. Jeg vil også rette en stor takk til familie og venner for deres tålmodighet og støtte gjennom denne prosessen. Spesielt vil jeg takke min kjære mann Trond Ove for hans uvurderlige støtte, kjærlighet og innsats i hjemmet når jeg har sittet sene kvelder og jobbet med oppgaven. Jeg vil også takke mine fantastiske barn Leon Nathanael og Noel Sebastian, og min bonussønn Leon for deres ubetingede støtte og forståelse.

Videre vil jeg rette en spesiell takk til min veileder, Are Branstad, for hans uvurderlige veiledning og tålmodighet. Hans støtte har vært avgjørende i perioder hvor jeg har stått overfor vanskelige valg og utfordringer, spesielt når det gjaldt å avgrense oppgaven til et håndterbart omfang.

Til slutt håper jeg at denne oppgaven vil være til nytte for andre som er interessert i temaet, enten det er i forskningsøyemed eller av praktisk karakter. Jeg ser frem til å se hvilke diskusjoner og bidrag som kan oppstå som følge av dette arbeidet.

Skien, 13.mai 2024

Solfrid Nikita Tveit

1 Innledning

1.1. Bakgrunn

I 2021 kom Norge på førsteplass i en undersøkelse basert på tilgang til helsetjenester, administrativ effektivitet og behandlingsresultater (Commonwealth Fund, 202, s.3). Samtidig hører vi at helsepersonell løper mer og får mindre tid til pasientene, og at høye krav til dokumentasjon tar tid fra pasientrettede oppgaver. Gjennom media får vi også et bilde av økt press på helsetjenester med både lengre ventetider, lavere finansiering, høyere brukermedvirkning og større krav til behandlingskvalitet. Det virker å være vanskeligere å få den helsehjelpen man har rett på. Hvilke faktorer er det som påvirker dette? Og er det faktorer som kan gjøres noe med?

Utfordringene fører til nye krav for spesialisthelsetjenesten, blant annet økt press på de ressursene man har tilgjengelig. En bærekraftig helsetjeneste forutsetter derfor at vi utnytter mulighetene teknologien gir, bruker kompetansen hos de ansatte best mulig og løser oppgavene så effektivt som mulig (Meld.St.7, 2019, s.10). En viktig del av det fremtidige arbeidet med å utvikle en slik bærekraftig helsetjeneste er å se på hvilke faktorer som spiller inn på bruk av ressurser.

Tidsaspektet er en viktig del av det potensielle kostnadsbildet i forhold til tid, penger og mennesker som er involvert. Kan frigjøring av tid gjøre spesialisthelsetjenesten bedre rustet til å møte nevnte utfordringer? Hvilke faktorer er det som spiller inn på bruk av tiden fra ansattes perspektiv, og hva legger organisasjonen vekt på? Kan man se nærmere på hvordan teknologien kan benyttes gjennom automatisering og muligheter for endring av tidsbruk for de ansatte, eller kan det i større grad benyttes riktig kompetanse på riktig sted til riktig tid, eller er en vurdering av hvilke oppgaver som kan fjernes eller reduseres for å frigjøre mer tid til det helsetjenestene skal betjene – pasientene – veien å gå? Å endre arbeidsmetodikk i det daglige kan bidra til frigjøring av tidsressurser som i sin tur kan ha mange positive ringvirkninger for både personal og pasienter. Alternativkostnaden til å la dagens situasjon forbli som den er kan være skyhøy. Vil det være mulig å gjøre noe slik at man løper mindre og leger flere?

1.2. Problemstilling

Sykehus er tradisjonelt drevne organisasjoner, og bærer preg av høy utdanningsgrad og spesialisering. Over de siste årene er det gitt mindre midler fra statsbudsjettet til spesialisthelsetjenesten, samtidig har økt krav til effektivisering ført med seg en del endringer i det enkelte helseforetaket av praktisk karakter. Utfordringer knytter seg til effektiv tilpasning til omgivelsene, og indre og ytre mekanismer som styrer og påvirker hvordan utførelsen av organisatoriske rammer praktiseres. Krav til effektivisering og mindre tilgjengelige ressurser vil påvirke hvordan tiden bør brukes best mulig, noe som ansatte i spesialisthelsetjenesten vil kjenne på i sitt daglige arbeid.

Denne studien har som mål å se nærmere på ansattes opplevelse av tidstyver i arbeidshverdagen. Jeg ønsker også å undersøke ansattes erfaringer knyttet til hva de oppfatter som mer eller mindre effektiv bruk av tiden som de har til rådighet i sin arbeidshverdag.

Følgende problemstilling er lagt til grunne for studien:

«Hva ansatte i spesialisthelsetjenesten opplever som «tidstyver», og hva de erfarer kan være hemmere eller fremmere av effektiv tidsbruk?»

Det er gjennomført et kvalitativt, fortolkende studie av ansatte ved Sykehuset Telemark. Sykehuset Telemark er en representativ kontekst med bakgrunn i at de tilhører spesialisthelsetjenesten, som styres av politiske føringer og får offentlige midler for å gjennomføre bestemte pasientrelaterte aktiviteter.

For å besvare problemstillingen er det utarbeidet to forskningsspørsmål som tydeliggjør hva som skal besvares, og gir en videre retning og rød tråd i hele oppgaven:

Forskningsspørsmål:

1. Hvordan er ansattes opplevelse av tidstyver i arbeidshverdagen?
2. Hva erfarer ansatte som hemmere eller fremmere av effektiv tidsbruk?

1.3. Hensikt

Utfordringer knyttet til økonomi, behandlingsskapitet og tilgjengelige ressurser krever endringer i spesialisthelsetjenesten for å utnytte ressursene bedre. Hensikten med denne oppgaven er å skaffe kunnskap om de ansattes erfaringer rundt tidstyver i sin arbeidshverdag, og hva de opplever som hemmere eller fremmere av effektiv tidsbruk. Ved hjelp av teori vil jeg analysere og drøfte mulige årsakssammenhenger bak deres opplevelser.

1.4. Teoretisk og praktisk bidrag

Det er forsket lite på ansattes opplevelse av tidstyver innen spesialisthelsetjenesten. Denne studien kan både bidra til ny kunnskap, og gi noen årsaksforklaringer for hvordan og hvorfor tidstyver skapes og opprettholdes i en organisatorisk sammenheng. Spesialisthelsetjenesten spesielt, og offentlig sektor generelt, vil kunne dra praktisk nytte av denne oppgaven på flere områder; å forstå årsakene bak mindre effektiv bruk av tid kan gi grunnlag for å søke nye og bedre løsninger, å søke de ansattes opplevelse og håndtering av tidstyver kan gi grunnlag for hvordan organisasjoner kan benytte ansattes kunnskap inn i forbedringsarbeid, og faktorer som er synliggjort kan gi et grunnlag for endringsarbeid som kan bidra til bedre ressursutnyttelse. Kvaliteten og effektiviteten av helsepersonellens arbeid har betydelig effekt på pasientomsorgen og moralen, og tidsstyring samt fjerning av unødvendige tidstyver vil være av interesse både for spesialisthelsetjenesten og offentlige tjenester såvel som næringslivet generelt. Basert på disse utfordringene alene vil funnene i denne studien gi en praktisk nytteverdi og kan være en inspirasjon for å søke videre løsninger innen spesialisthelsetjenesten.

1.5. Struktur

I første kapittel blir oppgavens formål, problemstilling, bakgrunn og hensikt presentert. I kapittel 2 blir det teoretiske rammeverket presentert, hvor hovedfokuset er ny-institusjonell teori. I kapittel 3 beskrives valg av metode, og data og datainnsamling presenteres hvor oppgavens validitet og reliabilitet blir drøftet. I kapittel 4 blir konteksten til studiet presentert sammen med empiriske funn fra intervjuene, som i kapittel 5 vil bli knyttet til det teoretiske rammeverket og drøftet før konklusjon og anbefalinger presenteres i kapittel 6.

2 Teori

2.1. Presentasjon av teoretisk rammeverk

Dette kapittelet vil gi et teoretisk grunnlag for å besvare problemstillingen. Første avsnitt presenterer det teoretiske rammeverket, med påfølgende introduksjon til ny-institusjonell teori som kan kobles opp til hvordan organisasjonen forholder seg til effektiv tidsbruk. Scott, Ruef, Mendel og Caronna (2000) sitt fokus på ny-institusjonell teori i lys av helsevesenet gir en ytterligere avgrensning, som kan knyttes opp til ansattes forståelse for og opplevelse av tidstyver. Deretter vil begrepet «tidstyver» forklares i lys av Regjeringens tidstyv-prosjekt fra 2014 som gir en viktig kontekst til aktørenes opplevelse av tidstyver i arbeidshverdagen. Avslutningsvis vil dette kapittelet inkludere Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 og NOU-utredninger som er relevante rammeverk for den problemstillingen som skal besvares i denne oppgaven, og som illustrerer og gjenspeiler det teoretiske rammeverket.

2.1.1. Ny-institusjonell teori

Måten sykehus drives på har vokst frem over tid, og har praksiser som både aksepteres og tas for gitt. Men hva er det som gjør denne praksisen akseptert? Hvilke faktorer påvirker dette med tidsbruk både fra ansattes side og fra det organisatoriske perspektivet, og hvordan påvirker institusjonelt press en organisasjons tilpasning og reaksjonsmønster? Hvordan kan for eksempel institusjonelle krav om rapportering, dokumentasjon og prosedyrer bidra til tidstyver? Og hva er det som gjør at slike tidstyver opprettholdes? For å se nærmere på fenomener rundt disse praksisene, går jeg inn på ny-institusjonell teori som kan gi et rammeverk og en forståelse for hvordan institusjonelle faktorer påvirker organisatorisk atferd og praksis.

Innenfor ny-institusjonell teori finner man tre hovedretninger: det sosialkonstruktive synet, som fokuserer på hvordan samfunnet konstruerer virkeligheten gjennom sosial interaksjon og kollektive forståelser, det symbolske perspektivet med fokus på hvordan symboler og fortellinger formidler og skaper institusjonelle realiteter, og ny-institusjonalisters perspektiv som omhandler hvordan institusjoner tilpasser seg sine omgivelser og påvirker atferd og organisatorisk praksis (Sahlin-Andersson & Engwall, 2002, s.114). Jeg vil i denne oppgaven hovedsakelig ta for meg sistnevnte hovedretning.

Ifølge ny-institusjonell teori har organisasjoner utviklet seg over tid til å bli mer like både i form og byråkrati. Bakgrunnen for dette er at organisasjoner søker å oppnå legitimitet og aksept i samfunnet, hvor handling er strukturert og en orden er lagt på bakgrunn av delte regler (DiMaggio & Powell, 1991, s.11). Organisasjoner er i sin helhet en kontekst hvor individuelle forsøk på å handle rasjonelt i møte med usikkerhet og begrensninger leder til en *homogenitet* i både struktur, kultur og utfall. Delte regler og forståelse for praksis både begrenser aktørenes tilbøyelighet og kapasitet til å optimalisere, samt privilegerer enkelte grupper hvis interesse er sikret gjennom belønninger og sanksjoner. Det vil si at organisasjoner former praksis og normer, som fungerer som en innramming for hvordan aktørene handler.

For å forstå homogeniseringsprosessen, har DiMaggio og Powell brukt begrepet *isomorfisme* og hentet frem Hawleys (1968) beskrivelse om at: “isomorphism is a constraining process that forces one unit in a population to resemble other units that face the same set of environmental conditions” (Hawley (1968), sitert i DiMaggio og Powell, 1983, s.149). I spesialisthelsetjenesten er sykehus like med tanke på lovverket de opererer under, profesjonsutdanningene er like, styringsmekanismene for pasientbehandlingen er de samme, finansieringsmodellen er lik og praksis over mange år vil være sammenlignbare selv om man kan finne ulikheter lokalt. Paul DiMaggio og Walter Powell (1983) forklarer ny-institusjonell teori med tre kilder til spredning av isomorfismen: *tvang (coercive)*, *normativ (normative)* og *etterligning (nemesis)*. Endringer i institusjonelle normer skjer gjennom tre mekanismer; tvungen gjennom topp-ned styrte reguleringer, normativt gjennom å endre hva som er ansett som riktig, og mimetisk gjennom å adoptere praksis fra andre organisasjoner) (DiMaggio & Powell, 1983, s.150).

Tvang

For sykehus kan man se for seg at tvang går inn under de regulative lovverk som staten eller helsedepartementet innfører gjennom lovendringer og reformer (Hernes, 2020, s.169).

Institusjonelt press gjennom regulatoriske krav eller bransjepraksis vil påvirke hvordan både ansatte og ledere tilpasser seg og responderer på eksterne påvirkninger for å opprettholde eller endre arbeidspraksis.

Normer

Den normative isomorfismen som DiMaggio og Powell (1991) beskriver refererer til måten organisasjoner tilpasser seg normer og verdier som er ansett som akseptert og legitimt i

samfunnet eller bransjen de opererer innen (s.70). I spesialisthelsetjenesten stammer denne normative isomorfismen fra profesjonsutdanningene og den kan sees i profesjonelle nettverk, som skaper en likhet i det som ansees som legitimt og som påvirker organisatoriske normer og praksis. Formell utdanning innebærer en kognitiv base av faglige normer og standarder som trekkes inn i organisasjonene (DiMaggio & Powell, 1991, s.71). Profesjonene blir bærere av bestemte oppfatninger om hva en organisasjon skal være, og vil påvirke organisasjonsmetoder og beslutningsprosesser. Aktører utøver en form for normativ press på organisasjonen, og forsøker på denne måten å etablere en kognitiv base for hvordan omverdenen tolkes internt i institusjonen, og forsøker å etablere en legitimitet (Larson, 1977; Collins, 1979 – sitert i DiMaggio & Powell, 1991, s.70).

Etterligning

Spredning av etterligninger er adopsjon av en praksis fra andre organisasjoner, og for sykehus kan dette eksempelvis være New Public Management som kom på slutten av 1990-tallet med den hensikt å bedre ressursutnyttelsen (Lindaas et al, 2024, s.1). Noe av hovedgrunnen til at organisasjoner modellerer seg selv etter andre organisasjoner i samme kategori eller bransje er fordi de oppfatter dem som mer legitime eller har større suksess, og etterligning reduserer også usikkerhet. I sykehussammenheng kan dette eksemplifiseres gjennom Oslo Universitetssykehus (OUS), som er sett på som «storebroren» til andre og mindre sykehus. OUS gjennomfører blant annet forbedringsprosjekter, som adopteres ned til mindre sykehus da det ansees som mer legitimt å benytte noe som OUS har gjennomført.

Institusjonalisering

De sosiale prosessene mellom aktørene i en organisasjon kan kalles for *institusjonalisering*. Å bli institusjonalisert betyr at man i mindre grad tenker og handler selvstendig etter å ha vært formet over tid av den institusjonen man er en del av (Cambridge, u.å). Hvordan en aktør agerer baseres på aktørens klassifikasjon av situasjonen de befinner seg i og deres egen identitet (Czarniawska & Sevón, 1996, s.3). Logikken for konsekvensielle eller rasjonelle valg benyttes for å legitimere hvilke aksjoner som utføres, spesielt hvis den utfordres eller stilles spørsmål ved.

Videre henviser Alvesson og Spicer (2019) til Berger og LuckMann sin terminologi om at vaner, rutiner og kategoriseringer spres mellom aktører, hvorpå dette fører til institusjoner med faste mønster av tanker og handlinger – også en form for institusjonalisering. Disse begrepene dekker hvordan aktørene, de ansatte, former sine vaner og rutiner kontinuerlig i

interaksjon med hverandre, og hvordan vi er underlagt en form for sosial kontroll (Alvesson & Spicer, 2019, s.32). Selv om institusjonaliseringen er skapt på bakgrunn av aktørers interaksjoner, sees dette på som en eksternalisering og objektivisert og noe som er separat og utenfor aktørene selv (Berger & Luckmann (1966, s.78) – sitert i Alvesson & Spicer, 2019, s.33). Institusjoner innebærer menneskelig aktivitet hvor individer og organisasjoner produserer og reproducerer deres materielle eksistensgrunnlag og organiserer tid og sted (Friedland & Alford – sitert i DiMaggio & Powell, 1991, s.243).

Ny-institusjonell teori er fokusert på legitimitet og sosial reproduksjon, og kan forklare hvorfor organisasjoner opprettholder visse strukturer og praksis til tross for potensielle ineffektiviteter. Nyinstitusjonalisme søker å forstå hva som skjer i den formelle strukturen (på et makronivå), og mindre på den individuelle aktørens nivå (mikronivå). Derfor er Scott et al (2000) et aktuelt rammeverk for å forstå de sosiale prosessene som foregår på individnivå, altså hvordan de ansatte opplever og håndterer tidstyver og tidspresset.

2.1.2. Scott et al sitt utvidede rammeverk for helsevesenet

Scott, Ruef, Mendel og Caronna (2000) stilte spørsmål til hvorfor aktører – både individer og i grupper – overholder regler og føringer i en institusjonell setting. Er det på bakgrunn av belønninger de gjør det, eller fordi de føler en moralsk forpliktelse til det, eller følger de en egen oppfatning av hva andre fornuftige ville gjort i samme situasjon? (Scott, 2014a). Disse tre spørsmålene dannet grunnlaget for utviklingen av et rammeverk som Scott kaller tre «pilarer»; tre elementer eller sosiale strukturer i en institusjonell orden som ble navngitt «regulative», «normative» og «kulturelt-kognitive» (Scott et al., 2000, s.238).

Den regulatoriske pilaren omhandler blant annet lovverk og kontrakter for hvordan ting må skje (MacFarlane et al, 2013, s.10). Eksempelvis lovkrav fra regjeringen og føringer via eierne i Helse Sørøst. Det er skrevne regler, retningslinjer og prosedyrer som er eksplisitt etablert i organisasjonen, og som formelt sett er dokumentert både i lover, forskrifter, policyer, kvalitetssikringssystemer og personalhåndbøker. Det kan også innebære føringer for monitorering av aktiviteter som aktørene i organisasjonen skal utføre på vegne av sine eiere, slik som krav til aktivitetsstyring og innrapportering av viktige pasientrelaterte tall for fremtidig finansiering. Eller krav om samarbeid med andre, som legger føringer for egne aktiviteter.

Den normative pilaren handler om antakelser og forventninger til hva som *bør* skje (MacFarlane et al, 2013, s.10). Denne pilaren handler i stor grad om profesjonalisering, altså den høye graden av spesialiseringer som finnes i spesialisthelsetjenesten og den påvirkningen og makt som disse spesialiseringene har til hva som oppfattes som legitimt og riktig. Det normative perspektivet inkluderer internalisering av kollektive regler og normer, og legitimitet oppnås gjennom en moralsk styrt prosess (Scott et al., 2000, s.239). Normer og regler setter en slags standard for rutiner og handlinger, og en slags oppskrift for hva som er legitimt med hensyn til ansvar og arbeidsoppgaver. Her kommer også uformelle normer inn, implisitte og uskrevne regler eller praksiser som utvikles over tid og som er fleksible og tilpasningsdyktige.

Den kulturelt-kognitive pilaren kobles til «tatt-for-gitt» tanker og holdninger og kunngjorte regler som fungerer som modeller for organisering (Scott et al., 2000, s.238). Det innebærer de mentale modellene for *hva* som skjer (MacFarlane et al, 2013, s.10). I institusjoner finner man et sett med kognitive regler som styrer aktørene og hvilke handlinger som er ansett som legitime (Scott et al., 2000, s.248). I et kulturelt-kognitivt perspektiv er det en *fortolkning* som skjer, som *skaper mening* og som videre *påvirker handlinger*. Kognitive tankesett og regler spesifiserer hvilke aktører som får eksistere, hvilke strukturelle egenskaper de innehar, hvilke prosedyrer de skal følge og hvilke mening som ligger bak handlingene (Ruef & Scott, 1998, s.879). De kognitive rammene er et grunnlag for de sosiale systemene og gir også et rammeverk for hvordan de normative og regulatoriske systemene blir konstruerte.

Scott et al (2000) kobler de tre pilarene sammen med de tre tidligere presenterte mekanismene tvang, normativ og etterligning: tvang knyttes til regulatoriske strukturer, normative knytter til det normative systemer og etterligning kobles med den kulturelt-kognitive orden. Disse tre elementene henger sammen med hverandre, men kan også forårsake spenninger og føre til forandringer (s.169). Det er fordi alle tre elementer assosieres med forskjellige argumenter eller antakelser om de mekanismer som er aktivert i sosiale strukturer, de logikkene som aktørene benytter seg av, hvilke indikatorer som ligger i bunnen, hvilken affekt eller følelse som blir generert og de danner et grunnlag for legitimitet (Scott, 2014b).

De tre pilarene danner grunnlag for hva som er ansett som legitimt både med tanke på det regulatoriske, det moralske og det kulturelt-kognitive perspektivet. Scott (2014) poengterer at disse tre elementene er ment som et analytisk rammeverk som kan identifisere hva som skjer i forskjellige situasjoner og hvor alle tre ofte har sammenheng med hverandre på flere måter.

Eksempelvis kan regulatoriske elementer over tid bli en del av de normative eller kulturelt-kognitive systemene (Scott, 2014c).

I lys av dette vil det institusjonelle arbeidet beskrives som en sosial konstruerende prosess, som dannes basert på regler og rutiner som former organisatorisk aktivitet, og hvor identiteten til ansatte og sosiale normer og antakelser former konteksten for organisatoriske handlinger (Lawrence & Phillips, 2019, s.4). Denne konstrueringen av arbeidet baseres på like prinsipper enten den ansatte er lege, leder, sekretær eller sykepleier.

2.1.3. Tidstyver

I offentlig sektor er det satt i gang flere tiltak for å se nærmere på tidsbruk og hvordan effektivisere på bedre måter. Regjeringen igangsatte et prosjekt kalt «tidstyvprosjektet» fra 2014-2017 hvor resultatmålet var å fjerne eller redusere tidstyver i forvaltninger, både interne og eksterne (brukerrettede tidstyver). De langsiktige målene omhandlet blant annet at ansatte kunne få mer tid til kjerneoppgavene og øke kvaliteten i oppgaveløsningen (DFO, 2015, s.17). Resultatet av prosjektet viste at mange offentlige instanser allerede kjente til sine tidstyver og fikk et løft i det arbeidet som allerede var startet opp. For de ansatte førte det både til et større fokus på kontinuerlig forbedring av måten etatene ble drevet på og måten oppgavene ble løst på (Stat & Styring, 2017).

I Regjeringens tidstyv-prosjekt fra 2014 ble tidstyvbegrepet definert med fire ulike typer tidstyver:

Generelle tidstyver, tidstyver «bak skranken», tidstyver «foran skranken» og tidstyver «mellom skrankene». Felles for de alle er følgende faktorer:

- Ineffektive møter, sosiale medier, eposter, dårlig ledelse, datasystemer som ikke fungerer og lignende.
- Tid benyttet på oppgaver som ikke er knyttet til kjernevirksomheten, og aktiviteter som det brukes for mye tid i forhold til å nå målene for virksomheten som unødig rapportering, dobbeltarbeid, unødige rutiner og lignende
- Unødig tid som borgere eller næringsliv må bruke på å forholde seg til offentlig sektor, vanskelige skjemaer til utfylling, manglende nettløsninger, byråkratiske ordninger og lignende.

- Mangelfulle rutiner for samhandling mellom virksomheter om tjenesteyting eller myndighetsutøvelse (DFO, 2015).

Prosjektet med tidstyver er relevant for denne studien fordi den representerer offentlig sektor som også spesialisthelsetjenesten er, og har også paralleller til arbeidet med forbedringsprosjekter i sykehussammenheng.

2.1.4. Gjeldende meldinger til Stortinget og relaterte NOU-utredninger

Regjeringen oversender forslag til Stortinget på arbeid gjort innenfor et bestemt felt, og for spesialisthelsetjenesten er det Helse- og omsorgsdepartementet som utarbeider nasjonale planer som tar for seg konkrete forslag til tiltak. *Nasjonal helse- og samhandlingsplan* ble sluppet 1.mars 2024, og erstatter *Nasjonal helse- og sykehusplan* som ble publisert første gang i 2015. Den første planen omhandlet sykehusstruktur, og den andre tar for seg innholdet i tjenesten (Helse Sørøst, 2023). Den nye planen sikter seg inn på kortere ventetider og en felles helsetjeneste, og er en overordnet plan som omfatter både kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenesten.

I Nasjonal helse- og sykehusplan, som hadde hovedfokus på innholdet i tjenestene, beskrives viktigheten av at:

En bærekraftig helsetjeneste må kunne realiseres innenfor de ressursrammene vi som samfunn har mulighet og vilje til å stille til rådighet – både i dag og i fremtiden. Det er særlig knapphet på arbeidskraft som vil sette begrensninger. En bærekraftig helse-tjeneste forutsetter derfor at vi utnytter mulighetene teknologien gir, bruker kompetansen hos de ansatte best mulig og løser oppgavene så effektivt som mulig (Meld.St. 7, 2019-2020, s.10).

For å gå mer konkret inn på det som gjelder spesialisthelsetjenesten tar jeg for meg Norges offentlige utredninger (NOU) for 2023, hvor det er spesielt to utredninger som gjelder spesialisthelsetjenesten; *NOU 2023:4 Tid for handling* og *NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus – Styring, finansiering, samhandling og ledelse*.

NOU 2023:4 Tid for handling er utarbeidet av Helsepersonellkommissjonen og omhandler foreslåtte tiltak for å utdanne, rekruttere og beholde kvalifisert personell for å møte

utfordringene tilknyttet helse- og omsorgstjenester både på kort og lang sikt (NOU 2023:4, s.3). Det er også vurdert at andelen av den totale arbeidsstyrken ikke kan øke vesentlig, og ettersom personell i helse- og omsorgstjenesten blir en knapphet i fremtiden må helsepersonellens kompetanse benyttes mye mer effektivt enn før (NOU 2023:4, s.13).

NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus – Styring, finansiering, samhandling og ledelse er utarbeidet av Sykehusutvalget og omfatter tiltak som kan bidra til effektiv ressursutnyttelse og spesialisthelsetjenester av god og likeverdig kvalitet (NOU 2023:8, s.10). Dette inkluderer forslag til endring av finansieringsordningene og hvordan det kan sikres en mer regional, politisk og demokratisk styring av sykehusene (Regjeringen, u.å).

Disse overordnede dokumentene er relevante fordi de har en del antagelser og illustrasjoner som henger sammen med det som diskuteres i det teoretiske rammeverket. Jeg vil i denne oppgaven hente frem disse utredningene som påvirker tidsbruken til de ansatte og hvordan sykehus planlegger sin tidsbruk fremover.

2.2. Utfordringer knyttet til valgt teori

Utviklingen av ny-institusjonell teori har bidratt til å se sammenhengen mellom den individuelle organisasjonen og det bredere feltet og den sosiale konteksten, men over tid har disse sammenhengene blitt mer diffuse og utydelige og med vage grenser. Det har også ført til en forvirring om fokuset er mer en teoretisk linse eller et fenomen, mer tautologiske påstander, har et snevert teoretisk omfang eller skaper en tendens til å finne opp hjulet på nytt (Alvesson & Spicer, 2019, s.212). Sistnevnte med å finne opp hjulet på nytt refereres til det å gjenta teorien med få nyanser, slik at den ikke videreutvikles. En institusjon kan kobles til «hva som helst»; fra isomorfisme til mangfold, fra kulturelle ideer til handlinger, fra stabilitet til forandring og så videre (Alvesson & Spicer, 2019, s.210). For å nyansere eller forbedre ny-institusjonell teori, kan alt fra motivasjon, identitet, læring, konflikter, lederskap, følgerskap, motstand, kjønn, etnisitet og innovasjonsgrad være mulige vinklinger.

Noe av kritikken til ny-institusjonell teori handler også om at den ikke tar høyde for hvordan ideer tas ut av bestemte kontekster og gjøres om til allmenntilgjengelige modeller for andre (Røvik, 2007, s.27). En forestilling fra ny-institusjonell teori handler om at ideer blir tatt inn for å tilfredsstille omgivelsene, men blir ikke tatt i bruk for å styre interne aktiviteter (Edelmann 1992, Walgenbach 2001 – sitert i Røvik, 2007, s.28).

En måte å imøtekomme denne kritikken på, kan være å fokusere på hva som skal adresseres. I denne studien handler mye av fokuset på aktørene og deres opplevelse av tidstyver, og dette handler i stor grad om legitimiteten som befinner seg i organisasjonen både fra de ansattes perspektiv og på det organisatoriske planet. Og legitimitet vil være et begrep som benyttes hyppig i drøftingskapittelet, både på det regulatoriske, det normative og det kulturelt-kognitive plan.

Teorien kan også fokusere for mye på organisatorisk nivå (makronivå), og ta for lite hensyn til aktørenes opplevelser (mikronivå). For å imøtese dette, har jeg hentet frem Scott et al (2000) sine tre pilarer som fokuserer mer på mikronivået og samtidig er en analytisk ramme for det kontekstuelle (organisasjonen).

2.3. En oppsummering av det teoretiske rammeverket

Ny-institusjonell teori er et rammeverk innen organisasjonsteori som tar for seg institusjonelle faktorer som påvirker en organisasjons praksis og atferd. Det er også et institusjonelt press i mer uformelle former som profesjonsstandarder og kulturelle normer som legger føringer for hvordan arbeidstiden benyttes av den enkelte ansatte, hvor disse føringene påvirker hva som oppfattes som legitimt og som påvirker arbeidspraksis.

Scott (Scott et al., 2000) gir en utvidelse av rammeverket som omfatter forståelse for ny-institusjonell teori i lys av helsevesenet. Scott beskriver de sosiale strukturer som kan deles inn i tre hovedpilarer: regulatoriske (lovverk og kontrakter for hvordan ting *må* skje), normative (antakelser og forventninger til hva som *bør* skje) og kulturelt/ kognitive (tatt-for-gitt-handlinger og mentale modeller for *hva* som skjer). Alle tre pilarene danner grunnlag for hva som er ansett som legitimt; lovlig sett, moralsk sett og kulturelt betinget (Scott et al., 2000, s.238). Endringer i institusjonelle normer skjer gjennom tre mekanismer; tvungen gjennom topp-ned styrte reguleringer, normativt gjennom å endre hva som er ansett som riktig, og mimetisk gjennom å adoptere praksis fra andre organisasjoner) (DiMaggio & Powell, 1983, s.150).

Informasjon om tidstyv-prosjektet gir sammenlignbare mekanismer fra offentlig sektor. NOU-utredningene gir et utvidet bilde av hva spesialisthelsetjenesten må forholde seg til av fremtidige endringer.

3 Metodevalg

3.1. Forskningsdesign

I denne studien spør jeg etter ansattes opplevelse av tidstyver, og i følgende kapittel vil jeg vise hvordan jeg har gått frem for å oppnå vurderbarhet. Vurderbarhet krever blant annet en gjennomgang av hvilke data som er valgt, hvordan informanter er valgt ut og hvorfor, hvordan data er analysert med mer. Jeg gjør videre rede for forskningsdesign og valg av forskningsmetode, litteratursøk, datainnsamling, valg av informanter, intervju, dataanalyse, min rolle som forsker, kvalitet, validitet og reliabilitet – og kapittelet avsluttes med fokus på det etiske aspektet.

3.2. Forskningsmetode

For å besvare problemstillingen er en kvalitativ tilnærming en egnet metode av flere årsaker. Kvalitativ metode benyttes ofte når forskere skal forsøke å innhente data om menneskers opplevelser eller erfaringer rundt et fenomen. Ifølge Repstad (2019) kjennetegnes en kvalitativ forskning gjennom flere faktorer; man går i dybden på fenomenet (for å forstå ansattes opplevelse og håndtering av tidstyver), det vektlegges et nært og tett forhold mellom forskeren og det miljøet eller de personene som utforskes (jeg har god kjennskap til feltet etter 15 år på samme arbeidsplass), det er en fleksibel tilnærming til intervjuguiden og utvidelsen av denne underveis i forskningen (intervjuguide og spørsmål ble endret underveis i forskningen), samt at noe av hovedhensikten også er å finne den stilltiende eller underforståtte teorien om verden som aktørene innehar (s.19-20). Dette med å hente frem noe av den uuttalte kunnskapen er viktig for denne forskningen, ettersom det her kan ligge årsaker og forklaringer til fenomenet som ellers ikke ville blitt synliggjort og eksemplifisert på samme måte i andre forskningsmetoder.

3.3. Litteratursøk

For å besvare problemstillingen er det gjort søk i Google Scholar, ISI Web of Knowledge, Oria og Web of Science, i tillegg til Idunn. I engelske søk er det benyttet ord som neo-institutional, healthcare, hospital, time management, hospital employees, healthcare challenges med mer. Jeg har benyttet meg av trunkering for å sikre tilgang til flere aktuelle

dokumenter, eksempelvis hospital*, samt boolsk søk som OR/ELLER og AND/OR alene og i kombinasjon med trunkering – eksempelvis Institutional theory AND hospital*.

Etter en del søk som blant annet omhandlet “effektiv tidsbruk i spesialisthelsetjenesten”, fant jeg videre frem til boken av Scott et al (2000) som er benyttet inn i teoridelen i denne oppgaven. Dette styrker valget om å benytte ny-institusjonell teori.

3.4. En kvalitativ og fortolkende forskning

Denne forskningen er et kvalitativt og fortolkende studie av fenomenet «tidstyver» fra ulike innfallsvinkler, det vil si først og fremst ansatte fra forskjellige yrkesbakgrunner i et organisatorisk perspektiv.

3.5. Innsamling av data

Datamateriale er en sammensetning av intervjuer, dokumenter relatert til Sykehuset Telemark og nasjonale NOU-utredninger. Her presenteres kort hvilke datakilder som er benyttet i oppgaven:

Data er samlet inn ved hjelp av semistrukturerte intervjuer av seks informanter som er ansatte ved Sykehuset Telemark i forskjellige yrkesgrupper og avdelinger. Grunnlaget for intervjuguiden baserte seg i stor grad på en kombinasjon av teoretiske hovedpunkter tilknyttet ny-institusjonell teori (om normer, legitimitet og tilpasninger), og spørsmålsformuleringer basert på problemstilling og forskningsspørsmål (om ansattes opplevelse og håndtering av tidstyver). Egne erfaringer som ansatt på Sykehuset Telemark i 15 år har også dannet grunnlag for spørsmålsformuleringene i intervjuguiden.

I tillegg er følgende dokumenter benyttet i oppgaven:

- Strategi dokument 2023 – 2025 for Sykehuset Telemark
- Utviklingsplan 2035 for Sykehuset Telemark
- Oppdrags- og bestillingsdokument OBD for 2023 for Sykehuset Telemark
- Rapport foranalyseprosjekt Tidstyvprosjektet

3.5.1. Valg av informanter

Ettersom problemstillingen søker svar på bestemte emner som er relevante for flere miljøer innen spesialisthelsetjenesten, er utvalget bestemt ut fra at informantene er mest mulig ulike (Repstad, 2019, s.81). Dette kan gi en bredere forståelse for de utfordringene som problemstillingen skal besvare, samtidig som det også kan gi noe sprik i besvarelsene. Noe av hovedgrunnen til å velge kandidater fra ulike yrker er muligheten for å kunne avdekke flere faktorer for hvorfor ting er som de er. Det var vesentlig å få innhentet erfaring også på ledernivå, som kan gi kunnskap om hvordan en leder versus en ansatt løser sine daglige oppgaver og utfordringer. Tidsstyring påvirker arbeidet til alle typer yrker ved et helseforetak, og spesialister og generalister (i denne sammenhengen vil generalister omhandle andre arbeidstakere som ikke har spesialisert utdannelse eller jobber direkte med pasienter) opplever utfordringer knyttet til arbeid i komplekse organisasjoner. Derfor begrenses ikke denne studien til et bestemt yrke eller avdeling. En slik bred tilnærming vil gjøre det mulig å overføre kunnskap om tidstyver og effektiv tidsbruk til andre yrker og avdelinger.

Ved innhenting av informanter er det gjort et utvalg av tidlig ansatte basert på kjennskap til aktuelle yrkesgrupper som var viktige å få med i forskningen. Noen av disse var tidligere kollegaer, noe som vil være vanskelig å unngå grunnet min langvarige ansettelse ved Sykehuset Telemark.

Ved første innhenting av aktuelle kandidater var det flere som ikke hadde tid til å delta, noe som underbygger problemstillingen i denne oppgaven. Tre av de potensielle kandidatene var alle sekretærer som følte seg for presset på tid. Det var også en utfordring å finne representative menn. Kjønnfordelingen er fordelt på fem kvinner og en mann. Antall menn på Sykehuset Telemark er anslått å være rundt 16 %, slik at kjønnfordelingen på informantgruppen ikke er så langt unna prosentandelen av kvinner/menn i helseforetaket.

Tabell 1: Oversikt over informanter

Informant nr	Kjønn	Nåværende yrke	Type intervju
R1	Kvinne	Vernepleier	Fysisk
R2	Kvinne	Leder nivå 4	Digitalt
R3	Kvinne	Sykepleier	Fysisk
R4	Kvinne	IKT ansatt	Digitalt
R5	Kvinne	Sekretær	Fysisk
R6	Mann	Overlege	Digitalt

Her vises både kjønnsfordeling, yrke, eventuelt ledernivå og type intervju.

3.5.2. Intervju

Intervjuene ble gjennomført basert på en intervjuguide med klare tematiske overskrifter som gav mulighet for både frihet i svarformuleringene fra informanten og åpne følgespørsmål fra forskeren. Selv om intervjuguiden hadde mange spørsmål, ble antall spørsmål endret avhengig av hvem informanten var og hvilken yrkesgruppe vedkommende presenterte. En slik tilnærming baseres på at ikke alle informantene vil ha samme forutsetning eller forståelse for å kunne svare på alle spørsmål, og hvor de første intervjuene vil kunne avdekke behov for å legge vekk noen spørsmål og legge til nye og mer relevante for den enkelte kandidaten (Repstad, 2019, s.79). Et eksempel på dette er da jeg stilte spørsmål til en leder versus en ansatt, hvor det var viktig å få frem lederperspektivet gjennom spørsmål som gikk direkte på lederutøvelsen eller krysspresset mellom organisasjonens forventninger og leders håndtering av de ansattes opplevde tidstyver.

Intervjuguiden tar høyde for at forståelsen og mulighet til å besvare godt vil variere mellom informantene, samtidig som spørsmålsformuleringene er av gjenkjennbar art for de fleste (eksempelvis vil alle ha oppgaver de skal utføre, og kan besvare om de opplever tidspress på utførelse av disse). Samtidig er det åpenbare fordeler med en mer strukturert tilnærming til intervjuene; det gir en konsistent datainnsamling og gjør svarene mer sammenlignbare. I denne oppgaven var det viktig å ha en konsekventhet rundt svarene slik at de var mer sammenlignbare, samtidig som det var viktig å kunne stille følgespørsmål utfra hva informanten gav av svar.

Intervjuguiden ble først testet på en testkandidat, både for å sjekke hvordan intervjuguiden fungerte og å få kunnskap rundt gjennomføring av et intervju. Etter gjennomført testintervju

ble intervjuguiden ytterligere revidert, før siste revidering etter gjennomføring av de to første intervjuene. Den siste revideringen handlet i stor grad om å forenkle spørsmålene, slik at informanten lettere ville forstå og besvare spørsmålene.

Personvernansvarlig ved Sykehuset Telemark ble kontaktet, deretter ble et formelt skjema fylt og sendt i retur til personvernombudet. Ettersom besvarelsene er anonymiserte, var tilbakemeldingen at det holdt med å innhente samtykke fra den enkelte kandidaten.

Alle seks informanter ble oversendt intervjuguiden i forkant av intervjuet for å forberede seg på spørsmålene. Spørsmålene ble kategorisert ut fra overordnede temaer, slik som organisering i arbeidshverdagen, teknologi, institusjonelle faktorer, krav fra ledelse, støtte og samarbeid osv. Tungvinne begreper som kan kobles til teorien ble erstattet med mer ordinære formuleringer, ett eksempel på dette er begrepet autonomi som ble erstattet med selvbestemmelse i intervjuet.

Intervjuene ble gjennomført mellom 11. og 24. mars 2024. Intervjuene hadde en lengde på mellom 47 og 69 minutter. Under intervjuet forsøkte jeg å legge inn både pauser, og stå i en stillhet mellom svar og nytt spørsmål. Dette gav rom for at informanten kunne fortsette tankeprosessen og legge til eventuelle opplysninger før overgangen til et nytt spørsmål. To av utfordringene som dukket opp underveis var *probing* og *prompting*. Probing skjer når en informant står fast i et spørsmål eller behøver utdyping av spørsmål som er stilt, eller når informanten gir et utilstrekkelig svar og må probes for mer informasjon (Bell et al, 2022, s.222). Dette gjør at jeg som forsker kan påvirke informantenes svar, og i slike tilfeller var det viktig å gjenta hovedspørsmålet med eventuelle spesifiseringer uten å gå ut av konteksten. Det var også viktig å unngå forklaringer som kunne lede informanten til å gi et «rett» svar, såkalt prompting. Dersom en informant ikke forsto spørsmålet, og jeg gav eksempler, kan dette underbygge et svar som jeg som forsker søker å få. Ved å unngå for mange eksempler, men eksemplifisere slik at informanten forsto retningen, kunne jeg som forsker unngå dette.

Samtlige intervjuer ble gjort med opptak via USN sin app Diktafon, hvor intervjuene ble automatisk transkribert i etterkant. Transkriberingsfilene ble så overført til analyseprogrammet Nvivo.

3.6. Data analyse

For å analysere funnene er Nvivo som analyseverktøy benyttet, hvor intervjuene ble analysert og funnene kategorisert i såkalte «koder» som jeg laget med bakgrunn i de funnene som forelå. Deretter ble funnene lagt inn i et hjelpedokument for ytterligere analyse av funnene. Hjelpedokumentet gav en enda bedre oversikt over kategorier innen empirien, og er utgangspunktet for inndelingen i kapittel 4.

3.7. Datakvalitet

For å sikre god datakvalitet er det viktig å være klar over noen av de utfordringene man kan møte knyttet til semistrukturert intervju. Jeg vil her beskrive begreper som underbygger kvaliteten i det kvalitative forskningsdesignet som er valgt.

Johannessen et al henviser til Guba og Lincoln (1994) som mener at begrepene reliabilitet og validitet som benyttes i kvantitativ forskning forutsetter en avdekking av *en* virkelighet eller sannhet i det som forskes på, og at det er mange forskjellige beskrivelser av en virkelighet (Guba & Lincoln, 1994 – sitert i Johannessen et al, 2020, s.249). I kvalitativ forskning er begrepene byttet ut med begrepene pålitelighet og troverdighet, og jeg velger å bruke disse begrepene i denne oppgaven med bakgrunn i at studien søker flere beskrivelser av det fenomenet som forskes på.

Under følger beskrivelse av de vurderingene som er gjort underveis i forskningen for å sikre en så god kvalitet på studiets forskningsdesign som mulig.

3.7.1. Min rolle som forsker

Som tidligere ansatt i Sykehuset Telemark kjenner jeg godt til både feltet og de utfordringene som jeg søker svar på i denne oppgaven. Å integrere personlige erfaringer i forskningen er en debattert sak. Ifølge Johannessen et al (2020) er forskerens utgangspunkt noe som gir føringer for forskningsprosjektets innhold (s.33). Min bakgrunn etter 15 år som administrativt ansatt ved Sykehuset Telemark har gitt meg et solid, helsefaglig bakteppe for å skrive om fenomenet «tidstyver». Som ansatt var jeg svært opptatt av hva slike tidstyver var og hvordan jeg kunne eliminere disse på egen arbeidsplass, og hvilke faktorer som spilte inn for at de oppsto i organisasjonen i utgangspunktet. Mitt perspektiv i oppgaven er å søke svar på hvordan disse

tidstyvene oppfattes av andre ansatte, om de oppleves som begrensende og noe som kan gjøres noe med eller ikke. Jeg har i oppgaven valgt å benytte begrepet «tidstyver» da dette gir en indikator til noe som mange vil ha en relasjon til: tidstyv er for mange noe gjenkjennbart og er ikke begrenset til en arbeidsplass, men livet i seg selv består av tidstyver i forskjellige varianter.

Det er viktig å presisere at jeg ikke benytter egne erfaringer inn i empirien, men har hentet inn og benyttet deler av egne erfaringer aktivt inn mot slutten av drøftingen i kapittel 5.

3.7.2. Pålitelighet (reliabilitet)

Pålitelighet handler om undersøkelsen viser den virkelige situasjonen, og i hvilken grad resultatene kan etterprøves. En mangel på standardisering for gjennomføring av en kvalitativ forskning kan gi utfordringer rundt påliteligheten. Et eksempel på økt pålitelighet i en forskning er om andre forskere ville kommet frem til samme informasjon (Saunders et al, 2019, s.447). Dersom en annen forsker ville fått samme resultat som jeg har fått i denne oppgaven, vil påliteligheten styrkes.

Pålitelighet er også koblet til hvordan data samles inn og bearbeides, og påliteligheten kan styrkes ved å beskrive konteksten (Johannessen et al 2020, s.250). I denne oppgaven har jeg beskrevet hvilket fenomen jeg undersøker (tidstyver), i hvilken kontekst jeg undersøker fenomenet i (spesialisthelsetjenesten), hvordan jeg henter frem data og bearbeider disse (intervjuer og dokumenter som er relevante for å besvare problemstillingen), hvordan intervjuene er gjennomførte og valg av informanter. Videre vil jeg beskrive hvordan oppgaven ytterligere er styrket.

3.7.3. Troverdighet (validitet)

Det er både styrker og svakheter i oppgaven med bakgrunn i at jeg som forsker kjenner godt til feltet fra før. For å styrke troverdigheten i forskningen er det innhentet data fra utredninger som baseres på innhentet ekspertise innen spesialisthelsetjenesten, slik som NOU-utredningene som er henvist til i teorikapittelet.

En svakhet som jeg som forsker må være klar over er overtolkning av empirien, ettersom jeg innehar et kunnskapsgrunnlag og dermed også har en subjektivitet og en forutinntatthet. Som

forsker har jeg vurdert empirien i flere runder og endret på plasseringen av disse underveis, for å styrke troverdigheten av informantenes svar. I tillegg har jeg forsøkt å unngå fellen med å kun ha et kritisk blikk eller hentydning til det motsatte, en positiv tilnærming – og forsøkt å forholde meg nøytralt til informantenes besvarelser og analysert empirien med et overordnet blikk.

Å kjenne flere av informantene kan også være en svakhet, samtidig som kjennskap til informantenes bakgrunn for svarene også kan sees på som en styrke da de lettere kan plasseres i riktig kontekst. Når man også kjenner til både den formelle og den uformelle strukturen så kan man også velge konteksten, eller se bort fra konteksten i større grad. Eventuelle omformuleringer underveis på for eksempel kritikken fra enkelte individer inn mot lederutfordringer er da viktige avveininger å ta.

Siden forskeren i denne oppgaven har god kjennskap til fenomenet gjennom egne erfaringer, har det vært spesielt viktig å forstå den gjensidige og underbyggende påvirkningen mellom informantene og forskeren selv, som Yin (2018) beskriver som *refleksivitet* (s.120). Å være klar over at forskers perspektiv påvirker kandidatens svar, som igjen påvirker hvordan forskeren stiller spørsmål og hvor resultatet påvirkes er viktig for å styrke intervjumetode og resultatet.

Kritisk forskning bør ta sikte på en trippel hermeneutikk (Alvesson & Skoldberg, 2018, s.218). En enkel hermeneutisk tilnærming søker å forklare individers oversettelser av seg selv og egne subjektive eller intersubjektive (kulturelle) realitet, og meningen bak. Den doble hermeneutikken inkluderer forskerens rolle i å forstå og utvikle kunnskap om denne virkeligheten, og den triple hermeneutikken inkluderer et tredje element som innebærer en kritisk oversettelse av de ubevisste prosesser, ideologier, maktrelasjoner og andre uttrykk som dominerer innenfor de rammene av forståelse som tilsynelatende oppstår spontant. Den kritiske oversettelsen søker å se dypere enn det som virker åpenbart, naturlig og uproblematisk – og ønsker å se nærmere på faktorer som innebærer de sosiale sidene, enten de er rasjonelle eller forandringsbare (s.218). I oppgaven er det forsøkt å se de underliggende årsakene til fenomenet, både fra de ansattes og fra et organisatorisk perspektiv.

3.7.4. Overførbarhet/ ekstern validitet

Kan denne studien ha nytte på andre områder? Selv om det kontekstuelle i denne sammenhengen handler om enkelte ansatte på et lokalt sykehus, vil formidlingen og beskrivelsen av fenomenet i seg selv samt den sosiale konteksten (kulturen) kunne bidra til at andre kan bedømme om studiets resultater lar seg overføre også til andre kontekster (Guba og Lincoln (1994) – sitert i Johannessen et al, 2020, s.252).

3.7.5. Etikk

Denne studien har fått godkjenning fra SIKT – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, om å samle inn data og behandle personopplysninger. Sykehuset Telemark har godkjent forskningen med bakgrunn i utfylt innmeldingsskjema for eksterne prosjekter. Alle informantene har signert samtykkeskjema, som sikrer at informantene er godt orientert om hvordan opplysninger lagres, brukes og vil bli slettet etter at studien er ferdig.

Min erfaring som tidligere ansatt gjør at jeg innehar erfaringer som vil påvirke denne oppgaven til en viss grad. Selv om jeg ikke aktivt benytter tidligere kollegaers meninger og utsagn direkte, er de en naturlig del av min identitet som tidligere ansatt. Jeg søker å ha konfidensialitet i det arbeidet jeg som forsker gjør også opp mot informantene som er intervjuet i denne oppgaven, slik at jeg ivaretar informantene så godt jeg kan.

4 Resultater/ funn

I dette kapittelet gir jeg en kort introduksjon til spesialisthelsetjenesten og overordnede føringer som har betydning for forståelsen av forskningskonteksten. Deretter presenterer jeg funn basert på analyser av transkriberte versjoner av de seks intervjuene, med en inndeling i kategorier med utgangspunkt i intervjuguiden.

4.1. Introduksjon til spesialisthelsetjenesten

Staten står som eier av offentlige sykehus i Norge, og Helse Sør-Øst RHF er det største regionale helseforetaket og har ansvaret for spesialisthelsetjenester til 3,1 millioner mennesker (Helse Sør-Øst, 2023). Av 11 helseforetak er ett av disse Sykehuset Telemark, som denne oppgaven omfatter. Formålet til helseforetakene er å «yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning» (Helseforetaksloven, 2001, §1 andre ledd).

4.1.1 Styringsprinsipper innen spesialisthelsetjenesten

Helse Sør-Øst sender årlig et Oppdrags- og bestillingsdokument (OBD) til Sykehuset Telemark, som legger føringer for drift det kommende året og har betydning for hvordan strategiplaner utarbeides og videre praksis etableres internt på Sykehuset Telemark. I tillegg er det formelle lovverk, forskrifter og reguleringer for spesialisthelsetjenesten som Sykehuset Telemark etterfølger, deriblant Helseforetaksloven som omfatter organisering av sykehus, Spesialisthelsetjenesteloven som omfatter sykehusenes plikter og Pasientrettighetsloven som omhandler pasientenes rett til blant annet helsehjelp, fritt sykehusvalg, informasjon og samtykke (Regjeringen, 2023).

4.1.2 Kort om bakgrunnen for driftsprinsipper

Begrepet «New Public Management» (NPM) er et begrep som omfavner flere reformbølger innen statlig og offentlig styring i flere land de siste 40 årene (NOU 2023:8, s.135). Sentrale sider ved NPM er markedstenkingen med organisering i resultatenheter, bruk av stykkprisfinansiering, incentivordninger og belønningsmekanismer, konkurranseutsetting og privatisering (Direktoratet for økonomistyring, 2023). I sykehussammenheng er NPM et

viktig bakteppe for å forstå noen av de normene som råder, og hvordan disse kan ha utslag på tidsbruken i spesialisthelsetjenesten.

4.1.3 Finansieringsmodell

Finansiering av offentlige sykehus foregår gjennom tildeling fra staten via Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene, som fordeler tilskudd videre til de lokale sykehusene basert på lokal kunnskap om kostnadsforhold, pasientsammensetning og kostnadsstruktur (Regjeringen, 2023). Finansieringen er todelt; en aktivitetsuavhengig basisbevilgning og en aktivitetsbasert finansiering. Basisbevilgningen er størst av disse, og er en årlig grunnbevilgning som skal legge til rette for mest mulig likeverdige tjenester.

Den aktivitetsbaserte finansieringen kalles for innsatsstyrt finansiering (ISF) og skal stimulere til kostnadseffektiv pasientbehandling. Tilskuddene baserer seg på aktivitetsnivået, både hvor mange pasienter og hva slags pasienter som får behandling. Aktiviteter kodes i pasientjournalssystemet og rapporteres inn til Norsk pasientregister (NPR) som danner grunnlaget for finansieringen. I virksomhetsstyringen på et sykehus innebærer dette at all behandling må kodes på riktig måte for å utløse innsatsstyrt finansiering, og koding er derfor en viktig og prioritert del av sykehusdriften.

4.1.4 Prioriteringsveiledere

I tillegg til lovverk har Stortinget utarbeidet en prioriteringsmelding hvor tiltak i helsetjenesten skal vurderes ut fra tre prioriteringskriterier – *nyttekriteriet*, *ressurskriteriet* og *alvorlighetskriteriet* (Helsedirektoratet, 2019a). Prioriteringsmeldingen representerer et sett av prinsipper som blant annet utgjør prioriteringer for spesialisthelsetjenesten, og ut fra denne er det utviklet flere prioriteringsveiledere som fungerer som praktiske verktøy for ansatte og som kan gi et felles grunnlag og forståelse for hvordan lov og forskrift som regulerer pasientrettigheter skal tolkes i praksis (Helsedirektoratet, 2019b).

4.2. Presentasjon av Sykehuset Telemark HF

Sykehuset Telemark består av rundt 4200 ansatte som dekker rundt 173 000 innbyggere i Telemark (Sykehuset Telemark HF, 2024). Sykehusets mål er å «være et attraktivt sykehus». Dette innebærer blant annet at pasienter og pårørende skal oppleve en sømløs samhandling

mellom aktørene i behandlingsforløpet. Samtidig er det satt fokus på å levere mer helsetjeneste med mindre ressursbruk, hvorav produktiviteten skal forbedres betydelig. Satsingen skal bidra til bedre kvalitet, pasientsikkerhet og omdømme.

Sykehus er organisert i en matrise, med lederlinjer og beslutningslinjer langs den vertikale dimensjonen og fagområder/spesialiseringer i den horisontale dimensjonen.

Organisasjonsstrukturen utfordrer både samhandling og kommunikasjon på tvers av fagområdene, samtidig som det stilles større krav til effektivisering på bakgrunn av innskjerpingskrav fra de regionale helseforetakene. Den formelle organisasjonsstrukturen er rammen for hvordan organisasjonen skal nå sine mål, som formidles fra toppledelsen og ned til nederste ledernivå som utøver organisasjonens mål i praksis.

Organisasjonskulturen utvikles gjennom indre og ytre faktorer som skaper uformelle normer og verdier. De indre faktorene kan eksempelvis være medbestemmelse fra de ansatte, og de ytre faktorene kan være politiske føringer. Organisasjonskulturen vil være en viktig faktor for å oppnå målsetningene som er nedfelt i visjonen til Sykehuset Telemark om å skape «Pasientens beste», hvor blant annet kravet til brukermedvirkning, faglig kvalitet, god kapasitetsutnyttelse og pasientsikkerhet er grunnleggende (Sykehuset Telemark, 2022, s.6).

Videre i oppgaven vil jeg presentere aktuelle funn og knytte disse opp til forskningsspørsmålene om hvordan ansatte opplever tidstyver, og hvordan de oppfatter disse som hemmere eller fremmere av effektiv tidsbruk.

4.3. Hva opplever ansatte som tidstyver?

Alle seks informantene beskriver en hverdag som er variert og til tider krevende, og hvor de også beskriver en opplevelse av tidstyver i sin arbeidshverdag. En av definisjonene er fra en lege, som beskriver tidstyver på følgende måte:

«Tidstyver er jo oppgaver som fjerner deg eller forstyrrer deg i å gjøre det du egentlig skal gjøre. Det medfører unødvendig ventetid. Tidstyver, og kanskje en samtidighetskonflikt. Det er kanskje også en slags tidstyver. Altså folk som har mye ting som skal gjøres på en gang, så blir det jo mye mindre effektivt».

Når mange oppgaver skal gjøres på en gang, kan det påvirke effekten av det man gjør. En annen definisjon er fra en seksjonsleder, som beskriver tidstyver slik:

«Det er jo ting som man gjør, som stjeler tid fra det du egentlig burde gjøre. Unødvendige ting, som man ser på som enten ikke så hensiktsmessig å gjøre, eller som andre kanskje kunne gjort bedre enn deg».

Felles for samtlige informanter er at de alle erfarer tidstyver i sin arbeidshverdag, og de beskriver hvordan disse hemmer eller fremmer effektiv tidsbruk på flere måter. Kort oppsummert kan funnene deles inn i følgende hovedkategorier:

1. Teknologi
2. Høye krav til dokumentasjon og rapportering
3. Desentralisering
4. Tilgang på ressurser
5. Kvalitet versus effektivitet
6. Oppgavehåndtering

Jeg vil videre i dette kapittelet hente frem konkrete funn fra analysert data knyttet til ovennevnte utfordringer.

4.4. Teknologi

4.4.1. For mange systemer

Flere av informantene beskriver en arbeidshverdag hvor de må forholde seg til mange forskjellige systemer. Når ansatte må bruke mye tid på å finne frem i de flerfoldige systemene, samt vite hvordan disse skal brukes på rett måte og hva som må brukes til hvilken tid og så videre så oppleves dette som tidstyver. En seksjonsleder beskriver det slik:

«For eksempel at de (ansatte) må inn i GAT for å skrive Flexitid, eller at de skal sende søknader i GAT, og så plutselig er det ikke i GAT du skal forholde deg til, men det er personalportalen, for der er det kjørebøker. Skal de på kurs må de inn i G-Travel for å

bestille seg egne reiser. Det er mange ting som de må inn i, og kunne de også. De må slå opp i Helix hvis de skal se på noen retningslinjer, de må gå inn i EQS hvis de skal melde avvik».

Datasystemer og andre systemer som de ansatte er avhengige av, er mange og vanskelige å bruke i arbeidshverdagen. Det fordrer kjennskap til hva som skal brukes og til hvilken hensikt, i tillegg til krav om god nok kunnskap om bruken av systemene. Seksjonslederen ser at en grunn til at de ansatte må bruke så mange ulike systemer kan være at oppgaver har blitt delegert og organisert på lavere nivå. Det som seksjonslederen peker på kan være at oppgavene har blitt fordelt adhoc eller sekvensielt, og dermed må de ansatte begynne å bruke nye systemer ettersom de får nye oppgaver.

«Jeg ser jo det at når mange oppgaver er delegert fra andre seksjoner eller avdelinger til de ansatte, så bruker de gjerne uforholdsmessig mye tid på ulike små oppgaver som kunne vært håndtert annerledes. (...) Det er veldig mange ting som er overlatt til den ansatte selv, og det å i en travel hverdag kunne håndtere alle disse systemene på en bra måte, det er jo en utfordring».

Seksjonslederen uttaler at dette kan oppleves som unødvendig tidsbruk hos de ansatte, og at det kan skyldes historiske endringer av oppgaver som ligger langt tilbake i tid. Det kan være gode organisatoriske grunner til at det blir så mange systemer, men ikke så lett for de ansatte å se dette eller at det er så innlysende. Samtidig er det flere dataverktøy som beskrives som fremmere av effektiv tidsbruk, selv om det fortsatt uttrykkes at det er for mange av dem:

«Jeg er jo helt avhengig av telefon, mail og Onenote. Det er mine verktøy som jeg bruker for å strukturere og holde styr på hverdagen. Mens de andre systemene er jo altfor mange. Omfattende. Men det er vel nødvendig på hver sin måte».

- Seksjonsleder –

Seksjonslederen gir uttrykk for en tvetydighet når hun både beskriver at det er for mange systemer, men at de samtidig er en nødvendighet på hver sin måte. Noen av de tilgjengelige verktøyene opplever hun som viktig for å strukturere hverdagen. Eksempler som Tasks, Teams og felles jobmail nevnes også som håndterbare verktøy fra flere informanter for å effektivisere tiden og håndtere arbeidsoppgaver best mulig.

4.4.2. For tungvint brukergrensesnitt eller utdaterte systemer

En utfordring som nevnes av flere er at mange av systemene som forventes benyttet i arbeidshverdagen er for tungvinne å bruke med tanke på brukergrensesnittet. En vernepleier beskriver kvalitetssikringssystemet Helix som en utfordring:

«Det er jo mest at vi er inne i Helix og henter ut dokument om vi er usikre på ting. Jeg har jobbet her såpass lenge at jeg vet at jeg henter det meste der. Kunsten er jo å søke der. Det er ikke riktig enkelt. Det kan jo være en tidstyv hvis du bruker masse tid på å lete frem et dokument du vet finnes der, men du husker ikke hva det heter. Og så søker du ikke helt nøyaktig, så finner du det ikke heller».

Vernepleieren peker på begrensninger i et kvalitetssikringssystem, som krever at man både må vite navnet på dokumentet og hvordan man søker på riktig måte. Å måtte ha kjennskap til både navn og riktig søkemetode oppleves som en tidstyv og en kilde til frustrasjon.

4.4.3. Teknologien fungerer ikke optimalt

En side ved de teknologiske utfordringene som nevnes er at teknologien som er tilgjengelig ikke alltid fungerer så bra.

«... noen systemer funker jo ikke og går tregt, du får ikke logga deg ut, andre har logget inn og du får ikke logga de ut, så du får jo ikke tilgang på PC-en. Det er jo sånn frustrasjon, og ingen vet vel hvorfor det er sånn. Tipper det er gammelt utstyr (...). Du må jo ofte slå av hele maskinen for å få logga ut folk så du kommer deg på (...). Og når det er gjentakende i løpet av skiftet, det er egentlig kanskje nesten den største tidstyven når jeg tenker meg om. Så har vi jo MetaVision (medisinprogram), jeg må jo bare ta med det (...) Det burde jo ikke vært lov at det er så tregt. Og det er jo såpass nytt, at ... ja. Ja, unødvendig mye tid der også».

- Vernepleier -

Enten det er eldre datamaskiner, eller treghet i systemene, eller det mangler noen oppdateringer i systemene, så peker vernepleieren på faktorer som påvirker tidsbruken og kan virke som hemmere for effektiv tidsbruk. I et organisatorisk perspektiv kan behovet for utskiftning av datautstyr være tilsidesatt for bruk av finansielle ressurser på andre områder.

For de ansatte betyr dette enda en teknologisk utfordring de må forholde seg til, og som det ikke er så lett å gjøre noe med.

Behovet for endringer meldes gjerne videre, men det er tungvinne prosesser med å få endret datasystemene. En IKT-ansatt beskriver en frustrasjon knyttet til det å se løsninger, men ikke få gjennomslag:

«Det er jo ting man gjerne skulle ha hatt som vi vet selv ville gjort hverdagen mye enklere, men som vi ikke får fordi det ikke er åpnet for oss, for eksempel. Du må betale i dyre dommer, eller det må roses (risikoanalyseres), ha en løsningsdesign og så videre for å få noe på plass, og det er jo et veldig tungrodd system».

Den ansatte peker på behov som oppstår i egen arbeidshverdag, men hvor muligheten for å påvirke beslutningsprosesser knyttet til for eksempel innkjøp er begrenset. Å se en potensiell løsning som man ikke får tilgang til oppleves som en hemmer for effektiv tidsbruk.

Flere av kandidatene tar frem innføringen av det nye pasientjournalsystemet DIPS Arena som en stor tidstyv den siste tiden. Opplæringen har vært mangelfull, det er mange klikk inne i programmet og det er ofte heng (programmet stopper opp).

«Det er rett og slett overgangen til Dips Arena, hvor vi er litt usikre per nå om det er gamle PC som gjør at den henger og jobber veldig tregt, eller om det er for stort dette programmet. Men pr nå så er det ikke optimalt, det er for mange klikk og den henger for mye (...) og det er mye heng i programmet som gjør at vi jobber fortere enn programmet».

- Sekretær -

Utfordringer knyttet til teknologi, slik som dårlig brukergrensesnitt, krav til god opplæring for å kunne bruke systemene og tid som går med til innlogging, kan føre til en ineffektivitet ved at ansatte må bruke tid på å løse teknologiske problemer i arbeidshverdagen, og dette tar tid fra pasientrelaterte oppgaver.

Samtidig uttrykkes et håp rundt ny teknologi, slik som KI (kunstig intelligens) og de mulighetene som ligger der:

«Også er vi inne på tankene om kunstig intelligens, det er jo veldig mye som de snuser på nå. Sånn som i nord så er det jo Nora Nord (les: dataprogram) som sitter og jobber med epikriser (...).»

- Sekretær -

Gjennom bruk av KI kan sekretæren se for seg bedre tidsbruk for sin egen og sine kollegaers arbeidsoppgaver, samtidig som dette ikke er noe organisasjonen foreløpig har valgt å ta i bruk.

4.5. Høye krav til dokumentasjon og rapportering

Informantene forteller at det brukes mye tid på å sikre god nok dokumentasjon i henhold til de krav og føringer som er lagt, hvor det også brukes uforholdsmessig mye tid på administrativt arbeid – slik som dokumentering og innrapportering for å tilfredsstille ledelsens eller organisasjonens forventninger. Når lovverk og retningslinjer har blitt mer komplisert og krav til kontroll og dokumentasjon har økt, øker dette kompleksiteten i utøvelse av helsehjelpen og kan føre til flere tidstyver.

4.5.1 Høye dokumentasjonskrav og administrasjon

Det varierer fra kandidat til kandidat hvor mye tid den enkelte bruker på administrative oppgaver. Vernepleieren, som jobber turnus, forteller at hun jobber rundt 60 % administrativt. Hun forteller også om tidspress for å få unna det administrative:

«Enten så velger man å gå over, og så type overtid, for å få gjort unna den nødvendige dokumenteringen. Ellers så blir det dårlig dokumentering, fordi det blir sånn hastverksjobb. Det er mye vi er pålagt å gjøre som vi kanskje ikke er helt enige om og tenker at dette er en tidstyv (...), nå er mye av dette styrt fra litt andre instanser enn sykehuset selv».

Opplevelsen av regulatoriske krav til dokumentasjon som man ikke nødvendigvis er enig i kommer frem i dette funnet. Samtidig er det opp til hver enkelt ansatt innenfor de rammene en har å forvalte arbeidstiden tilstrekkelig. Her antydes det en alminnelig aksept for å sitte overtid dersom man ikke rekker å dokumentere innenfor arbeidstiden, noe som kan føre til kostnader knyttet til overtidarbeid.

Sykepleieren på akuttmottaket beskriver også frustrasjon knyttet til krav om dokumentasjon og utfordringene dette medfører:

«... det vi ofte ser i akuttmottaket hvertfall, er jo at det er manko på skrivestasjoner og plasser vi kan dokumentere ting. Og det er jo noe vi ser, hvis du skal kalle det tidstyv, det å leite etter en plass å kunne sette seg ned og skrive og kanskje måtte gå fra pasienten, for da må kanskje legen sitte der. Det er ikke tilrettelagt for at du skal kunne dokumentere samtidig som ting skjer. Det tar mye tid. Det å logge inn hver gang du får en pasient».

Samtidig er dokumentasjon en nødvendighet for å sikre god pasientinformasjon i pasientjournalssystemet:

«At det ikke er effektivt (å dokumentere så mye). Samtidig så er mye av dokumenteringen også en del av effektiviteten. For når jeg skriver en evaluering av min vakt, altså hvordan behandlingsplanen har vært gjennomført eller ikke gjennomført, så er det jo informasjonsflyt til den som skal jobbe etter meg med samme pasient. Så sånn sett er ikke alt unødvendig dokumentasjon».

- Vernepleier -

Sykehuset Telemark er underlagt lovpålagte krav om journalføring, som tilsier et minimum av opplysninger som skal inn i en pasientjournal. De praktiske styringsmekanismene i en arbeidshverdag handler om hva lovverket sier minimumskravet er, hva prioriteringsveiledere anbefaler å ha med, hvilke føringer som Sykehuset Telemark har lagt for behandlere og den individuelle forståelsen for hva en journal må eller bør inneholde av pasientopplysninger.

Krav om dokumentering og administrasjon kan ta tiden vekk fra pasientrelatert arbeid eller andre oppgaver som skal bidra til å nå virksomhetens mål. Praktiske løsninger for å gjøre dokumenteringen enklere, foreslås som en fremmer av seksjonslederen:

«Bare det med dokumentasjon, det er kjempestore gevinster, vil jeg tro. Alle de malene vi har, er alt for omfattende og gjentakende. Vi har innkomsten som går igjen i behandlingsplan, som går igjen i tverrfaglig evalueringsnotat, som går igjen i evalueringsnotat, som går igjen i epikrisen. Det er veldig mye gjentakende, og dobbeltføring av arbeid, tror jeg. Hvis man får vaska de malene, og fått lagd noen gode fraser, så tror jeg arbeidsdagen blir lettere for behandlerne».

Seksjonsleder påpeker mulighetsrommet som ligger i dette med å få endret malene, da hun ser at det går mye tid på å bruke maler som repeterer samme type informasjon og fører til dobbeltarbeid. Bruk av maler i pasientjournalsystemet, som i utgangspunkt har til hensikt å forenkle arbeidshverdagen til den enkelte behandler, kan også oppleves som en hemmer av effektiv tidsbruk:

«Jeg har blant annet et innkomstnotat nå, som har en feil oppe i toppen av notatet. Når du begynner å skrive, så skriver du bortover, og så hopper du ned til neste linje, og deler alle ordene nedover og nedover. Så de kolonnegreiene er ikke riktige. Det sliter alle behandlerne med hver dag, som skriver innkomster. Vi har meldt det fra til Sykehuspartner, og det skjer jo ingenting. Tenk hvor mye tid de bruker på det. Og frustrasjon».

- Seksjonsleder -

Seksjonsleder beskriver en tidstyv for behandlerne som er forsøkt gjort noe med, og som oppleves som frustrerende når det er tungvint å få gjennomslag for endringer. Endring oppleves som rigid og byråkratisk. En konsekvens av dette kan være at hver enkelt behandler bruker mye tid hver gang vedkommende skal skrive et innkomstnotat.

4.6. Desentralisering

4.6.1 Oppgaver forskyves på nederste, operative nivå

Oppgaver som tidligere ble utført av støttefunksjoner er nå plassert på hver enkelt ansatt, og er en konsekvens av en desentraliseringspolitikk om å forskyve oppgaver på utøvende nivå. Seksjonslederen mener følgende:

«Vi har ansvaret for map-opplæring, møter med aggresjonsproblematikk, vi har ansvaret for brannvern, vi har ansvaret for vernerunder, vi har ansvaret for veldig mye oppgaver som jeg tenker egentlig kunne vært administrert og håndtert andre steder (...), en del skal være sentralisert i forhold til det med organisering av ulike ting. Så man slipper å sitte på hver sin tue og finne ut av ting. Så det blir styrt fra et sted».

Dette har ført til at ansatte sitter med mange av oppgavene som tidligere ble håndtert av stab- og støttefunksjoner, eksempelvis oppgaver som HR avdelingen tidligere bisto med. Regulatoriske lovkrav presser flere oppgaver til det nederste nivået. I tillegg er det å måtte

finne opp hjulet på hver enkelt seksjonsnivå, når man ikke har sentraliserte tjenester, en måte seksjonslederen løser dette på:

«Vi kan jo alltid bli bedre i seksjonen i forhold til det med opplæring av nye ansatte. Der tenker jeg vi har et stort forbedringsområde. Der holder jeg også på å prøve å lage en kompetanseutviklingsplan for nye ansatte, for eksempel psykologer som vi har en del av nå da. Hva skal de kunne av basiskunnskaper og så videre.»

Her beskriver seksjonslederen en løsning hun selv har kommet frem til, å lage en plan for hvordan nye ansatte skal tas imot på den ene seksjonen.

4.6.2 Tverrfaglighet og samhandling

Informantene nevner på både fremmere og hemmere av effektiv tidsbruk når det gjelder utfordringer rundt tverrfaglighet og samhandling. Et eksempel som seksjonsleder viser til er ønsket om mer samarbeid internt i klinikken:

«Derover har jeg et eksempel på at jeg spilte inn at vi ønsket at internundervisningen ble sentralisert litt mer. Da sendte jeg spørsmålet om fagavdelingen kunne organisere det og sette opp felles undervisning for alle. Sånn at det blir gjort fra ett sted. Men den ballen fikk jeg tilbake. Hva var det jeg egentlig tenkte om det? Og hva var det vi kunne finne ut av selv?»

- Seksjonsleder -

Denne motstanden som seksjonsleder beskriver kan ha sammenheng med den høye graden av autonomi som sykehus er kjent for å ha, at profesjonsansatte skal ha høy grad av selvbestemmelse i sin arbeidshverdag og at dette er en normativ praksis. Dette gjør at en fagavdeling kvier seg for å ta i problemstillinger som kan gjelde flere, men som i praksis kan ha positive ringvirkninger på sikt og lette arbeidshverdagen til den enkelte fagansatte.

Et annet eksempel beskrives at sykepleieren på akuttmottaket, som formidler en tidstyv og et hinder på denne måten:

Det er fullt på huset. Så moderpost skal ta imot der pasienten hører til. Vi har jo hatt veldig mye tidstyv på at vi ringer avdelingen og står og nesten krangler for å få pasienten dit. Det er jo både krevende å stå i og litt mentalt utslitt.

- Akuttsykepleier –

Opplevelsen av å krangle for å få flyttet pasienten kan ha sammenheng med siloer innad i organisasjonen, at de forskjellige avdelingene har lite tverrfaglighet seg imellom. Mangel på samkjøring mellom avdelinger vil påvirke pasientflyten, og gå ut over både ansatte og organisatoriske prosesser.

Noe som oppleves som positivt er muligheter for å møtes, for faglig meningsutveksling i en hektisk arbeidshverdag:

«... det å sette seg ned og gjerne ha en felles lunsj for de som kan. Da diskuterer man litt saker og ting, men det er miljøskapende og skaper trivsel. Det gjør nok at folk har det mye bedre i stedet for at folk skal sitte i spisepausen og hamre løs på en PC og tygge knekkebrød. Det er nok ikke noe heldig på sikt. Vi får kanskje gjort unna litt, men på sikt er det nok en dårlig måte å håndtere ting på. Men det å faktisk sitte ned og prate sammen, det tror jeg er veldig viktig for både trivsel og effektivitet på en avdeling».

- Lege -

Som legen beskriver har fellesskap med andre på avdelingen positive effekter, han opplever både økt trivsel og effektivitet som følge av dette fremfor å sitte alene og ha fokus på effektivitet. Når arbeidsplassen også har et faglig fokus, kan det støtte opp under en opplevelse av trygghet på arbeidsplassen:

«Ja, det må jeg si at i akuttmottaket så er det stort fokus på faglig læring og opplæring. Og vi har jo faste fagdager per år. Og vi har jo som sagt mye øvelser. Flere ganger i måneden på de ulike scenarioene. Og vi har jo en fagutviklingssykepleier som er veldig engasjert. Så hvis det er noen som er usikre, så er det jo alltid noen på jobb som kanskje kan de tingene jeg ikke er så sikker på. Og det er jo flere ting som man kanskje ikke er så ofte borte i. Men det er liksom alltid noen å spørre. Så det opplever jeg egentlig som ganske trygt».

- Akuttsykepleier -

En trygghet som akuttsykepleieren beskriver her er viktig også for trivselen, i tillegg til at det bidrar til bedre pasientsikkerhet og en mer effektiv behandling ettersom kunnskapen er tilstede i praksis.

Økt samarbeid på tvers av fag er også noe en informant peker på som en fremmer:

«Vi samarbeider med de andre klinikkene og prøver å få til ting som er hensiktsmessige. Det er samarbeid mellom ortopedier og kirurgisk avdeling og plastikkirurgene. Så det er en del fokus på hvordan man kan samarbeide og få ting hensiktsmessige, sånn at pasienten behandles med rett ressurs. Så det jobbes det med. Vi har fortsatt en lang vei å gå på det».

- Lege -

Å bygge nettverk og samhandle med andre avdelinger trekkes frem som viktige faktorer. Legen påpeker midlertidig at selv om han opplever at det jobbes med dette, formidler han fortsatt et behov for at organisasjonen fokuserer videre på slike samarbeid.

4.7. Tilgang på ressurser

4.7.1. Mangel på ansatte

Mangel på ansatte som ressurser er en utfordring på tvers av norsk helsevesen, og spesielt i spesialisthelsetjenesten. Mangel på ressurser kan være direkte knyttet til for lav basisfinansiering, men det kan samtidig være et tegn på hvordan organisasjonen forsøker å tilpasse seg normer og forventninger i samfunnet. Presset på å være mer kostnadseffektiv kan føre til en reduksjon i antall ansatte, som gjør at gjenværende ansatte må påta seg ekstra oppgaver – dette igjen fører til tidspress og ansatte opplever høyere grad av stress i arbeidshverdagen.

Flere av kandidatene nevner for få ansatte på sin arbeidsplass som en tydelig tidstyv og en kilde til frustrasjon, og hvor for få ansatte kan gå ut over pasientbehandlingen. På akuttmottaket beskriver sykepleieren en arbeidshverdag preget av motstridende løsninger:

«Men når det er en stor pågang, så er det ofte at man må stå alene på dårlige pasienter. Noe som ikke er så veldig effektivt, for du kan jo ikke både dokumentere og gjøre ting samtidig. Og ofte er det jo veldig sengeliggende pasienter, så det er jo tungt å stå alene på disse. Og det vil dermed ta lengre tid, alt en gjør».

Akuttsykepleieren påpeker utfordringer i det daglige rundt valget mellom pasienter og dokumentasjon, og at det er tungt å stå i dette krysspresset. Videre sier akuttsykepleieren at en mulig fremmer for mer effektiv tidsbruk kan være en ressursallokering, hvor man får behandlet flere og redusert ventetiden:

«Ja, det vi ser er jo at når vi kan være to på pasienten, det å jobbe i team er jo veldig effektivt. Og det er jo derfor en på en måte har tidmottak på dårlige pasienter. Det er jo fordi at pasienten blir raskere avklart. Så hvis vi hadde vært bemannet til at man alltid kunne gått inn som et team, så tenker jeg at det ville effektivisert».

Akuttsykepleieren peker på at ved å øke bemanning kan man øke effektiviseringen, samtidig som organisasjonen er presset på ressurser og ikke kan se hensikten med en slik ressursallokering på samme måte som ansatte gjør.

Mangel på ressurser har også sammenheng med ledelsespraksis og byråkratiske beslutningsprosesser for å få tilgang til utstyr eller ressurser. Et godt eksempel som også kan vise mangel på forståelse fra ledelsens side for ansattes utfordring rundt tidsbruk i arbeidshverdagen, er sekretærgruppen som først etter to år fikk på plass en midlertidig prosjektstilling for å få jobbet med ventelistene og kodingen i pasientjournalssystemet:

«... vi er for få ressurser (...), derfor har vi nå fått gjennomslag etter å ha dokumentert veldig godt i to år, så nå har vi fått en prosjektstilling så vi kan lyse ut et ekstraårsverk. Men dette var ikke en selvfølge - dette måtte vi dokumentere veldig mye! ...det gikk på avvik og det gikk på bekymringsmeldinger til avdelingsleder. Og det gikk på litt overtidstimer (fordi) vi måtte sitte med ventelistene, for det var ikke mulighet til å løse de i løpet av arbeidsdagen».

- Sekretær -

Mangel på ressurser har konsekvenser for pasientenes oppfølging, deriblant oppfølging av behandlingsplanen som følger den enkelte pasienten. Som vernepleieren forteller:

«Hver og en pasient har jo sin behandlingsplan, så det er på en måte planlagt. Men så er vi jo en sengepost med flere pasienter enn ansatte, så ting må jo henge sammen. Så det betyr jo at man må klare å koordinere, eller ja, man må klare å planlegge de behandlingsplanene effektivt. Så det betyr jo at det kan være behandlingsplaner som egentlig ikke kan gjennomføres, fordi man har jo ikke ressurser til det».

Vernepleieren påpeker at en konsekvens av for få ressurser er at pasienters behandlingsplaner blir utfordrende å gjennomføre, noe som kan ha sammenheng med alle oppgavene som er forskjøvet ned på det operative nivået i kombinasjon med for få ansattressurser.

4.7.2. Prioritering hos den enkelte ansatte

Å prioritere den tiden man har til rådighet er ansett som viktig for flere av informantene. Når det står mellom dokumentasjon og pasientbehandling, er vernepleieren tydelig:

«Da er det jo selvfølgelig. Nå jobber jeg jo på en akutt post. Det betyr at alt akutt må prioriteres først. Det betyr at alt administrativt, dokumentasjon og sånt, nå kommer i siste rekke. Ja, klart. Brenner det et sted i avdelingen og det er fare for liv og helse, så går det i forkant. Jeg gjør en prioritering på det akutte. Sånn at rekker jeg ikke den dokumenteringen, så rekker jeg ikke den, så tar jeg heller avvik på det».

- Vernepleier -

En løsning som vernepleier henviser til, er å skrive avvik. Avvik er oppfordret fra ledelsen for å synliggjøre behovet for flere ressurser, men å skrive avvik blir også opplevd som en tidstyv i seg selv.

4.7.3. Riktig bruk av ressurser

Riktig bruk av de ressursene man har til rådighet oppleves som en potensiell fremmer for mer effektiv tidsbruk:

«Vi sitter jo på mye møter på dagtid. Vi sitter ofte kanskje flere i personalgruppa i de møtene. Altså to stykker, i stedet for én. Så det er noe med hvordan man bruker ressursene. Noen ganger blir det litt dobbelt opp. Det er ikke det er dårlig utnyttelse av tid. Det er veldig sjelden det er behov for flere inn».

- Vernepleier -

Opplevelsen av å være unødvendig mange på møter, kan ha sammenheng med organisasjonens fokus på faglighet eller at det er en tradisjonell måte å ha møter på.

Ifølge legen vil en mer riktig bruk av ressursene føre med seg en økt effektivisering:

«... en operasjonsavdeling er jo ressurskrevende, det er dyrt og det bør være så effektivt som mulig. Der tenker jeg at man kan gjøre forbedringer for å utnytte kapasiteten bedre. For eksempel, ha mer eller mindre doble team. Når man avslutter en operasjon, så har man et

annet team som kan forberede den neste pasienten. Da får man leie litt mer folk, men likevel øker du effektiviteten betydelig.

Videre forklarer han hvordan økt bemanning på operasjonsstuene kan gi økt behandlingshyppighet:

«Hvis du har vakt en helg, så er det bare ett team som går om gangen fra fredag ettermiddag og helt til mandag. Slik at det blir en opphopning av øyeblikkelig hjelp, og så blir det jo at man hele tiden må prioritere det som haster mest. Og da er det jo mye som blir satt på vent, som man får tatt veldig sent på kvelden. Noen står og opererer ting på natt som ikke skal opereres på natt. Hadde man hatt mer ressurser på dagtid og kveld, og spesielt lørdager og søndager, så hadde man kunnet tatt unna mye mer og behandle pasienter på riktig tid på døgnet med riktige ressurser».

Samtidig oppleves det som vanskelig å få overtalt ledelsen til endringer som kan gi slike effekter:

«... før var det øyeblikkelig hjelp både i Porsgrunn og Skien, og da hadde man jo ett team i Porsgrunn og ett team i Skien slik at man tok inn øyeblikkelig hjelp på to sykehus. (...) nå er det jo bare en operasjonsavdeling som tar ut all øyeblikkelig hjelp. Det er det fokus på hele tiden, men det er klart at da er det jo flere som må jobbe i helg og det koster jo mer og slikt. Så dette er jo ikke så lett å få igjennom».

Legen påpeker et mulighetsrom for en mer effektiv behandling, som kan gagne både pasientene, de ansatte og organisasjonen. Selv om ansatte ser muligheter, kan organisasjonen ha fokus på et økonomisk perspektiv og styringen retter seg mer mot en kortsiktighet enn et langsiktig perspektiv.

4.7.4. Opplæringsbehov

Opplæring er nevnt som en viktig faktor for å kunne utføre arbeidsoppgavene på en effektiv måte. Vernepleieren beskriver det slik:

«(...) en ting er jo opplæring. At man faktisk har nødvendig opplæring. Eventuelt lett tilgang på informasjon hvis det skorter på det. Sånn at man ikke bruker halve skiftet på å finne ut av hvordan man får lagt inn en pasient, for eksempel. Det må være et sted det er lett å hente ut

informasjonen på hvordan man løser oppgaven. Og at det blir formidlet ut, og at det faktisk finnes. Vi har masse Heliksdokumenter (kvalitetssikringssystem) som folk ikke er klare over».

Altså er opplæring en del av det, mens tilgang til informasjon og kunnskapsdeling også er en side ved det. Å vite hvor man kan finne ut av ting for å lette arbeidshverdagen beskrives videre fra vernepleieren:

«(...) det hjelper jo ikke å ha en opplæring i noe hvis ikke du får praktisert det. Hvis det går for lang tid mellom hver gang man har en spesiell type utfordring, så blir jo ikke den første opplæringen god nok, eller tilstrekkelig. Den kan ha vært god nok, men den er nok ikke tilstrekkelig. Og nå har vi jo fått ny Dips, kjempedårlig opplæring. Men selv om den også er mer brukervennlig, så hadde vi ikke like omfattende opplæring denne gangen når det ble innført».

Vernepleieren påpeker at mangel på opplæring uten praksis oppleves som en hemmer for effektiv tidsbruk. Mangel på opplæring har også flere sider: På den ene siden er opplæring en viktig del av stillingen, men på den andre siden tar opplæring tid fra annet forefallende arbeid. Som seksjonsleder beskriver det:

«Det er jo hele tiden utskiftninger på ansatte, og det å utlyse stillinger, intervju, og ansette, og lære opp nye, det er jo ganske tidkrevende, faktisk».

Her beskriver seksjonslederen at det går mye tid til opplæring av nytt personell, men også oppgaver som kreves i tilknytning til å få inn nyansatte. Høy utskiftning av personell kan oppleves som en tidstyv, samtidig som dette kan ha sammenheng med organisasjonens behov for rekruttering i nye stillinger eller grunnet økt behandlingshyppighet.

4.7.5. Ledelsespraksis

Å gi ansattressurser der det er behov, slik som eksemplet på legeressurser for bedre flyt og oppbemanning på de vaktene med størst belastning, er også noe ansatte mener må forankres hos ledelsen.

«Også tenker jeg at det å påvirke i forhold til at pasienten blir rask tatt imot av en lege og ekspedert videre, det er noe kun ledelsen kan påvirke».

- Akuttsykepleier -

Akuttsykepleieren opplever at endringer først og fremst må skje via ledelsen, som på sin side har mulighet til å påvirke hvordan ressursene skal brukes. Å lytte til ansattes erfaringer er en innfallsvinkel som vernepleieren mener ledere kan dra nytte av.

«... jeg tenker jo det handler om å høre på de som har skoene på, for å si det sånn. Det er jo kommunikasjon. Ja, og være lydhør for de som på en måte er der det skjer, da. Og kjenner organisasjonen godt, eller er en del av organisasjonen. Det nytter ikke å sitte på toppen og mene noe».

Vernepleieren peker på en distanse mellom toppledelsen og det operative planet. Organisasjonen er organisert med fire ledernivåer, slik at det er langt mellom toppledelse og de ansatte på det operative planet. Dette kan gjøre at ansatte ikke opplever seg hørt når det kommer til endringsønsker som påvirker både ansatte og organisasjonen, og som organisasjonen kan nyttiggjøre seg.

4.8. Kvalitet versus effektivitet

4.8.1 Kapasitetsutfordringer

Det oppleves å ha liten tid til kvalitetssikring i praksis i en hektisk arbeidshverdag. Når det gjelder å gi best mulig pasientbehandling, kan konflikt rundt kapasitetsutfordringer og det å overholde tidsfrister gjøre at man ikke har annet valg enn å sette første ledige behandler på en pasient som ikke nødvendigvis har den rette kompetansen:

«Det er spesielt i forhold til det med pasientfordeling, tenker jeg, at det kan gå utover kvaliteten. Fordi det er ikke nødvendigvis alltid du klarer å finne den rette behandleren til den rette pasienten. Og på grunn av at det er frister du må overholde, så må du bare fordele saken til den som har kapasitet, framfor den som har kompetanse. Så der ser jeg helt tydelig en konflikt mellom det å overholde frister og være administrativt effektiv i forhold til det å overholde kvaliteten».

- Seksjonsleder –

Når ventetider øker, vil presset på å få inn pasienter øke. Som seksjonslederen beskriver her, kan effektivitetskrav gå ut over kvaliteten. Organisasjonen vil imøtekomme krav om lavere ventetid, samtidig som dette kan gå ut over kvaliteten som pasienten får i sin behandling.

At rett kompetanse er på plass til rette tid er vel så viktig som at pasientflyten er hensiktsmessig. Det er et hinder for effektiv tidsbruk når man må vente på andre faggrupper for å kunne behandle en pasient:

«Det at du må vente på andre faggrupper hele tiden er et veldig godt eksempel. Nå er det jo nytt at vi skal ta blodprøver, men vi er jo avhengig av at labben kommer. Det er jo en ting du venter på. Portør, det er en som skal flytte pasienten videre for deg. Ambulanse, hvis pasienten skal i retur. Det kan jo ta mange, mange timer. Det å vente på at pasienten skal bli ferdig undersøkt av en lege, de må jo prioritere det som haster mest. Vi triasjerer jo etter grønn, gul, oransje og rød. Så det er klart at hvis jeg har noen pasienter som ikke er prioritert, så tar det kjempelang tid».

- Akuttsykepleier -

Når flere ansatte må vente på hverandre, får man en dominoeffekt som tar tid både for den ansatte og det tar lengre tid før nye pasienter kommer til.

En fremmer på kapasitetsutfordringene er å samle essensiell personell slik at informasjonen ikke må gis i flere runder:

«... at alle som har ansvar for pasienten går inn samtidig. Sånn at vi både er leger, sykepleier og de som skal gjøre oppgavene inne hos pasienten samtidig. Det er jo det mest effektive. Det er at du får all informasjonen på en gang, og alle kan dokumentere det. Pluss at legen kan ordinere og du gir behandlinger, og du ser effekten og legen ser effekten. Og så er det dessverre ikke alltid sånn, og da blir det ofte mer ineffektivt. Og da blir det mye gjentakning av informasjon, og kanskje informasjon som glipper».

- Akuttsykepleier -

Som akuttsykepleieren nevner her vil en effektivisering omhandle å samle relevante faggrupper rundt en pasient også øke kvaliteten på det som utføres, fordi man får både gjort ting mer effektivt samtidig som alle får sikret samme informasjon.

4.9. Oppgavehåndtering

4.9.1 Oppgaver

Presset på å øke produktiviteten og være mer effektiv kan føre til økte oppgaver for ansatte på det operative planet, og dette kan gi for mange oppgaver å håndtere og føre til overarbeid. Opplevelsen av å ha mange oppgaver i arbeidshverdagen beskrives som overveldende for enkelte ansatte. En ansatt forklarer sin reaksjon når det går over et visst nivå:

«Hvis det er mye, så blir jeg jo superstressa, og kan kjenne at da får jeg ikke til noen ting. Jeg liker å ha mye å gjøre, men det må være under kontrollerte former. Blir det for mye, og for mye forskjellig, så ender det opp med at jeg bare kaver. Jeg får ikke satt meg til å gjøre noen ting, for det er for mye. Du vet nesten ikke hvor du skal begynne, hva er viktigst nå.

Sorteringene blir vanskelig».

- IKT ansatt -

Opplevelsen av at arbeidsmengden blir overveldende, er også synlig hos andre informanter. En konsekvens av høy arbeidsmengde, er å huske på alle oppgavene man må få unna:

«Nei, for det er det å huske alle de tingene du egentlig skal gjøre. Selv om jeg har vært der lenge nok nå, så glipper det også for meg. Og så kom jeg på at jeg skulle ha levert avvik på det, og det gjorde jeg ikke. Glemte å dokumentere det fordi det ble en hektisk vakt syv timer senere etter en hendelse, så er det ikke sikkert det du husker når du begynner journalføringen».

- Vernepleier -

Å ha mye å gjøre kan for enkelte være greit, mens det psykiske stresset som følger kan være en hemmer og en belastning:

«Jeg synes det er moro å ha flere oppgaver samtidig (...). Det som er mest belastende, hvis man skal si noe om det, er det psykiske. Pasientene har en høy mengde med henvisninger, (for få) ansatte til å fordele de på. Ansatte blir slitne, pasientene maser og har behov som skal dekkes. Og ansatte har behov som skal dekkes. Så å slite mellom de to er det mest belastende».

- Seksjonsleder -

Oppgavemengden kan gi et press som fører til at ansatte «kaver» og ikke helt vet hvor de skal starte, eller at en høy arbeidsmengde gjør at man glemmer viktige ting, eller at man opplever psykisk stress i arbeidshverdagen. Håndtering av disse opplevelsene hos den enkelte ansatte handler om forståelsen for påvirkning av egen arbeidshverdag, samtidig som grad av påvirkning oppleves som begrenset fordi det er lagt til flere oppgaver på det operative planet som ikke så lett lar seg gjøre noe med.

4.9.2 Oppgaveglidning

Med færre tilgjengelig personell i fremtiden har det over tid vært snakk om «oppgaveglidning», som innebærer å forskyve visse oppgaver fra klinisk personell til helsefagarbeidere eller merkantilt personell. En slik oppgaveglidning er det flere informanter som beskriver som både ønskelig og nødvendig fremover:

«Nå har vi jo fått inn helsefagarbeidere, så det er jo kjempepositivt, som avlaster en del på ting. For de er jo opptatt av at de gjerne vil vareta de sykepleieroppgavene som å sørge for skift i seng, å gi pasienten mat og munnstell. Det opplever vi jo ofte at vi ikke har tid til i en hektisk hverdag. Så det at det er satt inn sånne ressurser er jo veldig bra».

- Akuttsykepleier –

En oppgaveglidning fra sykepleiere til helsefagarbeidere beskrives her som en fordel for begge yrkesgruppene. Slik oppgaveglidning virker å være ønsket fra flere yrkesgrupper, og organisatorisk kan det være fordelaktig der hvor det er få personellressurser innen utvalgte profesjonsgrupper. En form for oppgaveglidning er også nevnt fra sekretæren, hvor inndeling av primær- og sekundæroppgaver gir en god utnyttelse av personell under hektiske arbeidsperioder:

«For min del er primæroppgaven min hematologi... også har vi overordnet ansvar for telefon, så da må vi snakke sammen hvordan løse det. Hvis jeg har mye på hematolog så kan ikke jeg ha telefonen den dagen, men jeg kan ha den en annen dag hvor det er mye på onkologi. Er det mye kurer som er gitt så må det følges opp der og det er litt stille på hematologi, så hjelper jeg for det er min sekundære oppgave - altså vi har litt sånn oppgaveglidning internt».

- Sekretær –

En slik form for oppgaveglidning fører også til en avlastning mellom kollegaer. Samtidig kan nye krav til ekstra kompetanse stoppe en etablert praksis for oppgaveglidning, som sekretæren henviser til her:

«... jeg som helsesekretær har jo i utdanningen min tatt masse blodprøver av pasienter og også i klinikken. Når det er behov for å avlaste sykepleierne, så blir vi satt til å ta blodprøver. Det har jeg gjort praktisert en stund. Også ble det satt et tiltak inn at det kan vi ikke gjøre uten en sånn lab-sertifisering, altså vi må gjennom et kurs, men det føler jeg litt sånn unødvendig i og med at vi har gått skolegangen og gjort dette mange ganger og praktisert tidligere».

- Sekretær –

Den ansatte påpeker hvordan føringer fra ledelsen kan oppleves som begrensninger, og virke uforståelige og mot sin hensikt. Samtidig kan organisasjonen ha grunner for denne begrensningen, med de krav som de er underlagt for å sikre trygg pasientbehandling.

4.9.3 Ad-hoc løsninger

Det kan være mange forstyrrelser i en hektisk arbeidshverdag som oppleves som tidstyver. For å håndtere viktige oppgaver prioriterer en IKT ansatt på denne måten:

«Noen ganger har jeg ikke tid til å la tidstyvene ta min tid. Så enten må jeg da la være å svare på telefonen, eller så sier jeg at «vet du hva, nå må jeg gjøre meg ferdig med det jeg holder på med nå... så kommer jeg tilbake til deg». Det er jo ikke alltid jeg er like flink til det, hvis man blir litt vant på en situasjon. Da går det bare utover meg selv».

Den ansatte har valgt en strategi for å unngå opphopning av for mange oppgaver på en gang. Å jobbe ad-hoc går ut over det mer langsiktige arbeidet, slik som seksjonslederen beskriver:

«Så blir det nedprioritert en del ting som jeg synes er veldig moro. Som for eksempel å lage kompetanseutviklingsplaner, lage handlingsplaner, lage systemer og rutiner, internundervisning. Alle de tingene som egentlig skal være på plass, men som ikke er helt på plass her enda».

I et organisatorisk perspektiv kan mange adhoc-oppgaver begrense leders pålagte oppgaver fra organisasjonen, og det langsiktige arbeidet forskyves på til fordel for de oppgavene som

haster her og nå. Dette går ut over leders behov for å systematisere egen arbeidshverdag, og vil også påvirke de organisatoriske mål som lederen skal utføre. Felles for disse informantene er en del adhoc-oppgaver som de velger å prioritere eller nedprioritere, alt etter hvor stor grad av selvbestemmelse de opplever å ha på egen arbeidshverdag.

4.9.4 Forbedringsarbeid

Det er et betydelig fokus på forbedringsprosjekter ved Sykehuset Telemark. Mange av kandidatene har vært med, eller hørt om, forbedringsprosjekter som skal være med å endre måten oppgaver håndteres på.

«Ja, nå har vi et eget prosjekt, som går på å frigjøre tid til mer klinisk arbeid. (...) der har vi gått gjennom alle områder som vi ser fra henvisningen kommer inn, til saken avsluttes. I forhold til hvilke rutiner vi gjør forskjellig, hva er utfordringer på de ulike plassene, og hva er utfordringer med de ulike rutiner vi gjør. Nå har vi kommet såpass langt at vi har plukket ut tre fokusområder som vi skal starte opp med i et forbedringsprosjekt. Det er veldig spennende. Det tar for seg henvisninger og inntak, dokumentasjon og timebok».

- Seksjonsleder -

Flere av informantene anser forbedringsprosjekter som positivt, som i dette tilfellet hvor seksjonsleder også er delaktig i endringsarbeidet. Noe av utfordringen er at et slikt forbedringsprosjekt ofte kun varer ut prosjektperioden, og ikke blir institusjonalisert og implementert på andre avdelinger.

«Ja, så synes jeg erfaringsvis de prosjektene vi har hatt, så skjer det veldig mye der og da, men det skjer ingenting i etterkant. Det blir fort litt sånn festtaler».

- Vernepleier -

Flere tiltak er kun tidsbegrensede, med begrenset effekt på hele organisasjonen. I tillegg er mange forbedringstiltak lokale, slik at effekten ikke nødvendigvis kommer andre avdelinger til gode.

4.9.5 Innhente erfaring fra andre helseforetak

I sammenheng med forbedringsprosjekter er dette med å hente inn erfaring fra andre helseforetak viktig. Noen av forbedringsprosjektene er kommet via føringer fra eiere i Helse

Sør-Øst, mens noen er startet opp på bakgrunn av enkelte eller flere aktørers engasjement:

«Ja, det har vi gjort for en del år til å bare innføre til at vi har noe som heter BENBAK (bentransplantasjon fra andre pasienter til å bygge opp igjen der det er bendefekter). I stedet for å finne opp kruttet selv, så innhentet jeg masse opplysninger fra andre sykehus og fikk stabla det på bena og godkjent driften av det her. Det å se hvordan andre sykehus eller helseforetak håndterer ting, det er jo kjempeviktig. Slik at man kan plukke ut det som man synes er bra, og unngå å gjøre det samme feil som andre har gjort, hvis man kan klare det. Så, absolutt.»

- Lege -

Legen beskriver en opplevelse av at ved å benytte andres erfaringer for å forbedre egen pasientbehandling fremmer dette effektivt tidsbruk. Et annet eksempel på adopsjon fra andre helseforetak er innføringen av CheckWare, digitale pasientskjemaer på nettet.

«Det ble jo innført for å effektivisere og optimalisere pasientbehandling. Hvor pasienter kan besvare tester og slikt før behandling. Og når de da kommer til timen, så er det en time hvor man er effektiv sammen med behandler. Og hvor spørsmål er besvart på forhånd (...). Men det er jo stadig noe som både effektiviserer og gjør ting bedre for oss. Og så er det ofte andre som setter i gang den ballen først».

- IKT ansatt -

Innføringen av CheckWare var et resultat av at enkelte ansatte sterkt ønsket slike digitale pasientskjemaer fremfor papirbaserte skjemaer, som er tungvinne og tar lengre tid å bruke og få data fra med tanke på de manuelle rutinene med innhenting av opplysninger.

4.10. Oppsummering av funn

Under vises en grafisk fremstilling av hovedfunnene som er hentet frem i dette kapittelet. I neste kapittel analyseres og drøftes funnene opp mot hverandre.

Tabell 2: Oppsummering av funn

	Hemmere	Fremmere
Teknologi	For mange ulike systemer som ansatte må forholde seg til Mange små oppgaver delegert ned til den enkelte ansatte Dårlig brukergrensesnitt For mange inn- og utlogginger For tregt Manglende endringsvilje i organisasjonen Treghet i datasystemet DIPS Arena	Telefon, mail og Onenote er verktøy i hverdagen. KI en mulighet
Dokumentasjon	Går overtid for å dokumentere eller avviksføre Mangel på tilgjengelig PC eller lang innloggingstid For omfattende maler gir dobbeltføring Feil i mal fører til mye tid pr behandler	Fører til god informasjonsflyt for kollegaer Bedre maler vil lette arbeidshverdagen
Desentralisering	Desentralisering gitt mange oppgaver på utøvende nivå Sitter på hver sin tue med hvert sitt hue, finner opp hjulet på nytt	En sentralisering fører til at man ikke må finne ut av en del ting på utøvende nivå
Tverrfaglighet og samhandling	Fagavdeling en hemmer for å samkjøre felles undervisning Mangel på vilje til samhandling når pasienter skal flyttes	Fellesskap i lunsjen med diskusjoner Fokus på opplæring og kjennskap til hverandre som kollegaer gir trygghet Samarbeid på tvers av fag for bruk av rett ressurs
Tilgang på ressurser	Må stå alene på pasienter, gir motstridende valg Tok to år å få gjennom en ekstra stilling Behandlingsplaner gjennomføres ikke Prioriterer pasient fremfor administrative oppgaver For mange deltakere på møter Utfordrende å få gehør for endringer hos ledelsen	Å være et team skaper effektivitet Doble team øker effektiviteten betydelig Økte ressurser gir økt behandlingshyppighet
Opplæring	Den enkelte bruker tid på å finne ut av ting Må praktiseres ofte nok til at man husker hvordan gjøre en oppgave Ofte utskiftninger på ansatte krever mye tidsressurser	Lett tilgang til informasjon gjør det lettere å løse oppgavene
Ledelsespraksis		Ledelsen må påvirke til endringer Ledere må være lydhøre til ansattes innspill
Kvalitet versus effektivitet	Pasienter settes på behandler u/ å hensynta nødvendig kompetanse Må vente på andre faggrupper	Alle faggrupper samlet gir økt effektivitet og god informasjonsflyt
Oppgavehåndtering	Krevende å sortere når man har mange oppgaver samtidig Glemmer oppgaver som må gjøres En psykisk belastning	
Oppgaveglidning	Krav til sertifisering kan forhindre oppgaveglidninger	Fristiller tid fra yrker med for få ansatte Inndeling i primær- og sekundæroppgaver gir forutsigbarhet
Adhoc løsninger	Langsiktige oppgaver blir forskjøvet på	Prioriterer ad-hoc oppgaver
Forbedringsarbeid	Forbedringsprosjekter blir ikke implementert etter prosjektperioden	Aktiv endringsarbeid hvor ansatte er involvert gir engasjement
Adopsjon fra andre helseforetak		Innføring av prosjekter fra andre helseforetak, som BENBAK og CheckWare, gir positive effekter

5 Diskusjon/Analyse

I dette kapittelet drøftes funnene i lys av det teoretiske rammeverket. Første kapittel tar for seg forskningsspørsmål 1 om hvordan ansatte opplever tidstyver, og andre kapittel handler om hva ansatte opplever som hemmere eller fremmere av effektiv tidsbruk. I begge kapitlene vil det teoretiske rammeverket beskrives, deretter vil analysen av funn kobles til teori og påfølgende implikasjoner beskrives til slutt. For å sikre en rød tråd er inndelingen av hovedfunn den samme som i empirikapittelet, dette for å sikre at problemstillingen blir besvart:

«Hvordan opplever ansatte i spesialisthelsetjenesten «tidstyver», og hva opplever ansatte som hemmere eller fremmere av effektiv tidsbruk?»

5.1. Ansattes opplevelse av tidstyver

5.1.1. Det teoretiske rammeverket rundt tidstyver

I tidstyv-prosjektet fra Regjeringen ble det konstatert flere funn som sammenfaller med funn presentert i denne oppgaven. Regjeringens prosjekt var mer omfattende enn denne oppgaven, som er avgrenset til fenomenet tidstyver i spesialisthelsetjenesten. Mine funn viser imidlertid at de samme utfordringene som offentlige etater rapporterte, også i høy grad er tilstede i spesialisthelsetjenesten. Jeg vil også hevde at mine funn utdyper flere utfordringer i forhold til tidstyver, og hvordan disse oppleves for ansatte i spesialisthelsetjenesten.

Felles for alle informantene er at de har forskjellige definisjoner av tidstyver, men alle kan relateres til Regjeringens definisjon av tidstyver (DFO, 2015, s.16):

- Ineffektive møter, dårlig ledelse, datasystemer som ikke fungerer, tid på oppgaver som ikke knyttes til kjernevirksomheten (å lete etter informasjon), unødig rapportering (for mye dokumentering), høye krav om rapportering for synliggjøring av måltall for virksomheten, dobbeltarbeid, unødige rutiner, unødig tid som pasienter må bruke på å forholde seg til offentlig sektor (ventetid), byråkratiske ordninger (for mange ledd til en beslutning) og mangelfulle rutiner for samhandling mellom virksomheter om tjenesteyting/ myndighetsutøvelse (interne overføringer av pasienter som er tungvinne og psykisk belastende).

Flere av informantene opplever en rekke tidstyver som påvirker effektiviteten og trivselen i sin arbeidshverdag. Datasystemer som ikke fungerer, skaper frustrasjon og oppleves som hemmer for effektiv tidsbruk. Tid som må benyttes for å innhente informasjon eller kunnskap om bruk av nødvendige systemer oppleves som bortkastet og unødvendig bruk av tid. Videre opplever flere ansatte høye krav om dokumentasjon og administrasjon, dobbeltarbeid og rutiner som er uhensiktsmessige og tar tid fra hovedoppgavene som er knyttet til kjernevirksomheten. Pasienter blir påvirket av tidstyvene fordi de fører til lengre ventetid og byråkratiske praksiser som gir forsinkelser i tjenesteytingen. Mangelfulle rutiner for samhandling mellom avdelinger fører til ineffektiv pasientflyt og psykisk belastning for ansatte og pasienter, blant annet når pasienter skal overføres mellom avdelinger. Samlet sett oppleves disse tidstyvene av de ansatte som unødvendige, uhensiktsmessige og forstyrrende.

5.1.2. Opplevelsen av tidstyver avhenger av perspektivet

Ny-institusjonell teori gir et analytisk rammeverk for å forstå hvordan profesjonelle normer og organisatoriske praksiser påvirker tidsbruken innad i organisasjonen, og hvordan ansattes opplevelser av tidstyver henger sammen med slike normer og praksiser. Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten følger profesjonelle normer og forventninger som ikke nødvendigvis tar hensyn til tidsmangel, spesielt dersom normene ikke fokuserer spesifikt på effektivitet. Opplevelsen om en tidstyv er til stede eller ikke vil avhenge av perspektivet til den enkelte ansatte.

Eksempelvis så vil desentralisering føre til at ansatte får flere oppgaver. Noen av disse oppgavene vil følgelig utføres mer sjeldent enn andre. Når noen av disse oppgavene krever teknologi eller datasystemer, så vil det kunne oppleves som en tidstyv å måtte bruke tid på å sette seg inn i hvordan oppgavene skal håndteres fra gang til gang. Som seksjonslederen beskriver kan det gå mye tid til å finne ut av oppgaver som sjeldent utføres (Kap. 4.1.1).

Opplevelsen av tidstyver kan i lys av ny-institusjonelt teori forstås både fra et individuelt perspektiv, men også fra et kollektivt perspektiv. Ut fra de normative mekanismene, vil det over tid utvikle seg en praksis som er ansett som både legitim og riktig og gi et beslutningsgrunnlag for de valg som tas i arbeidshverdagen. Teorien sier noe om at det individuelle og det kollektive og det organisatoriske vil føre til likheter rundt opplevelser av tidstyver innad i yrkesgrupper, og i grupperinger som har sammenlignbare oppgaver. Man vil

også oppleve individuelle forskjeller knyttet til opplevelsen av tidstyver avhengig av dennes erfaringer, kunnskap og verdier som ansatt.

5.1.3. Opplevelsen av tidstyver avhenger av plassering og profesjon

Ansattes opplevelse av om en oppgave er en hemmer eller fremmer, vil avhenge av hvor i organisasjonen den ansatte befinner seg eller hvilken profesjon den ansatte tilhører.

Eksempelvis vil ansatte som har mer pasientrettede oppgaver ha et hovedfokus på å få utført oppgaver som direkte berører pasienten de skal hjelpe. En ansatt i ledelsen som er mer i kontakt med sentrale styringsfunksjoner, vil ha et større fokus på krav og føringer fra organisasjonen. En administrativ ansatt vil i større grad akseptere en høy grad av dokumenterings- og rapporteringsoppgaver, ettersom det er en mer naturlig del av yrkesutøvelsen.

Mellom ansatte og ledere kan det også være forskjellige oppfatninger av hva som er legitimt og riktig. For profesjonsutøvere er fokuset på pasientene i større grad enn hos ledelsen, som er mer opptatt av ledelsesutfordringer som å holde seg innenfor budsjettet og til de krav og føringer som kommer fra toppledelsen. Samtidig har jeg i denne oppgaven funn som viser at ledere kan være opptatt av begge deler, slik som seksjonslederen som formidler sin frustrasjon om å sette pasienter på «feil» behandler (Kap. 4.8.1). Dette ansees ikke som legitimt for henne, og det kan tenkes at dette også skaper frustrasjon både hos behandler og pasient.

Felles kognitive rammer innenfor profesjonelle grupper kan føre til at organisasjonen aksepterer praksiser som ikke nødvendigvis optimaliserer tidsbruk. Dersom en felles overbevisning innebærer at visse aktiviteter er nødvendige, kan dette begrense både innovasjon og effektivisering. Helsepersonell kan også følge tradisjonelle måter å håndtere oppgaver på, selv om dette fører til tidstyver, fordi dette samsvarer med profesjonelle normer.

Opplevelsen av tidstyver er forøvrig ikke ensidig negativ. For enkelte ansatte uttrykkes det at flere av nevnte tidstyver også er en nødvendighet, som vernepleieren i kap. 4.5.1 beskriver behovet for dokumentasjon fordi kollegaene behøver informasjonen i videre behandling av pasienten. Selve årsaken til tidstyven kan ha positivt fortegn, slik som viktigheten av god dokumentasjon i en pasientjournal eller at mange systemer likevel er nødvendig for å håndtere de mange oppgavene (kap. 4.4.1).

5.1.4. Isomorfismen spiller en rolle

Helseforetaket følger normer og standarder som er pålagt av myndighetene, eierne i det regionale helseforetaket eller følger veiledere for mest mulig lik praksis. NOU-utredninger, strategidokumenter og veiledere er bearbeidede, regulative føringer for både organisasjoner og ansatte. De er midlertidig omfattende og krever at ansatte har kjennskap til deres eksistens og hvordan de kan bruke disse i arbeidshverdagen sin, samt at det tar tid å sette seg inn i innholdet. En fordel med slike regulatoriske føringer er at de på den ene siden vil føre til en normativ isomorfisme gjennom lik forståelse for praksis. På den andre siden kan disse føringene oppfattes som enda flere krav som de ansatte må forholde seg til i en krevende arbeidshverdag, og skape en legitim aksept og en tatt-for-gitt-holdning om at det er greit å overse disse føringene på det operative plan. Felles for disse er at det ikke er fokus direkte på å bedre tidsbruken, og kan dermed være en bidragsyter til tidstyver (normativt isomorfisme).

Isomorfi-prosesser kan skape dobbeltarbeid fordi ledelsen søker legitimitet i omgivelsene, hos eierne og i nettverket. Ett eksempel på dette er økte krav om dokumentasjon, hvor beslutninger og krav til utføring blir tredd ned over ørene på de som utfører oppgavene. Det kommer stadig nye intervensjoner, som kommer ovenfra og er enda en oppgave som skal løses. Kanskje uten en praktisk løsning, slik at avdelinger eller ansatte selv må finne ut hvordan de løser de nye oppgavene rent operativt. Og når de endelig har fått tid til en oppgave, så kommer nye oppgaver til, eller nye intervensjoner, nye tiltak osv. Selv om det i et kulturelt-kognitivt perspektiv ikke er noe ansatte ønsker, kan de ikke i samme grad stille spørsmål til hvorfor de skal utføre slike oppgaver – her er de regulatoriske mekanismene styrende for det som skjer. Det normative perspektivet, hva som er ansett som legitimt og riktig for de ansatte, har ikke stor nok vektning inn i prosessen. Samtidig kan de regulatoriske føringene etterhvert bli institusjonalisering, og en del av både det normative og det kulturelt-kognitive perspektivet (Scott, 2014d).

Ifølge DiMaggio og Powell (1983) omhandler den normative isomorfismen også filtrering av personell (s.152). Profesjonsutdanningene er relativt like, og dette fører til en homogenitet ved at ledere blir hyret på samme bakgrunn og gir liten variasjon eller mangfold. Dette gir de samme resultater igjen og igjen. Dersom en leder er faglig utdannet, vil dette påvirke utøvelsen av lederskapet og fokuset. En leder som er utdannet lege vil ha mer faglig fokus på det yrkesrettede enn en leder som kun har administrativ utdanning og bakgrunn, og vil kunne ha et normativt perspektiv inn i de regulatoriske føringene i større grad.

5.1.5. Hvordan institusjonaliseringen påvirker tidstyver

Institusjonell teori søker et holistisk perspektiv på organisatorisk adferd, samtidig som det kan være utfordrende å se når mikro- og makronivået som sosiale systemer blir institusjonalisert. DiMaggio og Powell (1991) viser at bevisste forsøk på å institusjonalisere mening, verdier og normer både innenfor organisasjonen og på et interorganisatorisk nivå er effektivt for å endre organisatorisk handling (s.310). De institusjonaliserte normene kan på den ene siden føre til en trygghet for de ansatte, hvor praksis oppleves som legitimt og akseptert selv om de er med på å skape tidstyver. Samtidig kan normer oppleves begrensende når organisasjonen følger tradisjonelle eller profesjonelle praksiser som ikke nødvendigvis er optimale når det gjelder tidsstyring.

5.1.6. Forsøk på å oppnå legitimitet kan opprettholde tidstyver og føre til et krysspress

De tre pilarene til Scott et al (2000) kan benyttes her for å analysere ansatte og ledelsens forsøk på å oppnå legitimitet til omgivelsene. Organisatoriske normer og krav legger føringer for hvordan ansatte jobber i det daglige. Årsaken til tidstyver kan delvis kobles til de normer og forventninger som ligger i drift av et sykehus og en kultur som er formet av regler og legitimitet. Dette kan bidra til flere tidstyver enn det som er hensikten bak strategiplaner og føringer, som i utgangspunktet er tenkt for å organisere arbeidet på bedre måter.

Organisasjonsstrukturen skaper en ramme for realisering av mål og verdier, samtidig som den kan begrense den enkeltes handlingsvalg i ulike prosesser. Det normative perspektivet kan inkludere hvordan både ansatte og ledere ønsker å unngå en «skamfølelse» av å bryte med normer og verdier, og hvor de føler seg presset til å handle i samsvar med institusjonelle forventninger og normer for å opprettholde organisasjonens legitimitet i øynene til eksterne interessenter. Eller ansatte tar handlingene for gitt og stiller ikke spørsmålstegn ved disse, siden det i et kulturelt-kognitivt perspektiv er utenkelig å gjøre ting på andre måter.

En opplevelse av utilstrekkelighet vises i flere av funnene i denne oppgaven; en IKT-ansatt som kaver når det blir for mange oppgaver, eller en leder som gir uttrykk for en psykisk belastning i spennet mellom å møte pasientenes og de ansattes behov (Kap. 4.9.1). Flere konkurrerende målsettinger kan føre til en opplevelse av utilstrekkelighet, og det oppstår et krysspress. Forventninger fra de regulatoriske mekanismene som prosedyrer, pasientrettigheter og plikter fører også til økte forventninger fra pasientene. Krav til videreutdanning drives frem av de ulike profesjonene, og skaper press på å øke den formelle

utdanningen til den enkelte ansatte. Økt krav om dokumentasjon kan utfordre tilliten mellom arbeidsgiver og kollegaer, og gå ut over den faglige autonomien og den ansattes arbeidsglede (NOU 2023:8, s 28).

5.2. Opplevelsen av hemmere og fremmere for effektiv tidsbruk

5.2.1. Teoretisk rammeverk knyttet til opplevelsen av hemmere og fremmere

Både DiMaggio og Powell (1991) sitt fokus på ny-institusjonell teori, og Scott et al (2000) sine tre pilarer fungerer som et analyseverktøy i denne drøftingsdelen. De regulatoriske mekanismene som organisasjonen er underlagt, fokuserer på hvordan lover, regler og retningslinjer påvirker den ansattes arbeidstid i stor grad. Et normativt fokus gir en forståelse for forventningene til hva som oppfattes som legitimt og riktig, og hvordan praksis hos de ansatte skaper en felles logikk for hva som bør skje. I det kulturelt- kognitive perspektivet kan man se hvilke mekanismer som aktiveres i de sosiale strukturene, som vises som tatt-for-gitt-handlinger blant ansatte.

Når jeg i kapittel fire har presentert funn, så har det vært viktig for meg å vise omfanget og detaljene som sier mye om hvor komplisert det er å drifte et sykehus både på et organisatorisk nivå og fra de ansattes perspektiv. Av de funnene som er belyst, så kommer det frem at hemmere og fremmere av effektiv tidsbruk i seg selv også er komplisert. Jeg vil videre i dette kapitlet drøfte hva ansatte opplever som hemmere eller fremmere av effektiv tidsbruk i lys av det teoretiske rammeverket, og jeg henter også frem egne erfaringer der dette er relevant.

5.2.2. Teknologi

Som funn i tilknytning til teknologi viste, opplever ansatte i stor grad bruk av teknologi som hemmere fremfor fremmere av effektiv tidsbruk (Kap 4.4.1 – 4.4.3). Teknologi er en gjentakende utfordring som først og fremst handler om utdatert eller tungvinne løsninger. Når eksempelvis et nytt pasientjournalsystem innføres, kan dette være et forsøk på å støtte oppunder legitimiteten ved å virke mer moderne og effektiv (Kap. 4.4.3). Samtidig kan innføring av ny teknologi føre til økt behov for opplæring og at ressursene må benyttes

annerledes i innføringsfasen – noe som kan skape press på arbeidstiden til den enkelte ansatte og føre til høyere arbeidspress (Kap. 4.7.4).

Ansatte er som aktører helt avhengige av teknologien og systemene, selv om de virker uhensiktsmessige tungvinne. Det underbygger den kulturelt-kognitive pilaren til Scott et al (2000) om å ta denne praksisen for gitt, og selv om det stilles spørsmål med hvorfor det er sånn så leder ikke dette automatisk til en forandring i det institusjonelle perspektivet (s. 238). Som organisasjon vil Sykehuset Telemark også delvis være underlagt avtaler innen IKT-systemer som ikke lett lar seg endre på. En mimetisk adopsjon av bedre systemer som andre helseforetak har gode erfaringer med, vil også kreve tid før endringer når frem og påvirker tidsbruken i de ansattes arbeidshverdag.

Sykehusutvalget viser til at det kan være mer enn 100 forskjellige systemer i ett helseforetak, og at en forutsetning for bruk av IKT-verktøy er at de er enkle og relevante (NOU 2023:8, s. 155). Teknologi kan i et ny-institusjonelt perspektiv kobles til teknologiske normer og forventninger, hvor man har en motvilje til å endre seg eller investere i oppdatert teknologi. Dersom organisasjonen antar at det er legitimt å opprettholde teknologiske løsninger på tross av at det er behov for strategisk innføring av mer oppdatert teknologi, eller normer og praksis bærer preg av en kultur hvor det ikke prioriteres bedre og mer moderne IKT-verktøy, vil det kunne resultere i mindre effektiv tidsbruk. Dette kan vise til en treghet i nytenkningen og innføringspraksis av ny teknologi. Det har skjedd mye på teknologifronten innen helsevesenet, og endring av de regulatoriske og normative mekanismene for å innføre ny teknologi er kanskje spesielt viktig der hvor innovasjon er nødvendig og hvor normen forteller noe annet.

Som det kom tydelig frem under funn når det gjaldt innføring av nye DIPS Arena ble det ikke fokusert på en god opplæring og innføringen har medført både mer tungvinn innlogging og tregere datasystem (Kap. 4.4.3). Det kan virke som organisasjonens norm og praksis ved innføring av ny teknologi ikke klarer å benytte ressurser eller muligheter på hensiktsmessige måter. Utfordringene påvirker de daglige gjøremålene til den enkelte ansatte, og dersom man unnlater å gjøre noe med dette kan det føre til negative ringvirkninger internt og dårligere pasientbehandling.

Samtidig kan nåværende praksis være opprettholdt av institusjonelle normer for hvordan slike utfordringer håndteres, at den kulturelle-kognitive holdningen tilsier at man må akseptere

dette og det ikke lar seg løse så lett. Selv om den normative logikken er at «her må noe skje», så støtter ikke de regulatoriske mekanismene en endring. Slik som IKT-ansatt beskriver om behovet for andre teknologiske løsninger som hun mener vil gjøre arbeidshverdagen enklere, men hvor det blir en form for tidstyv når man ser et alternativ som man ikke får gjennomslag for (Kap. 4.4.3). Det skaper frustrasjon for henne, og mulig også andre ansatte som har ønsker og behov for ny teknologi. Dette kan ha sammenheng med den byråkratiske prosessen det er å få innført ny teknologi. Som tidligere ansatt kjenner jeg til at ny teknologi som innføres tar tid (ofte et par år) fra forhandlingsbordet til implementering, slik at teknologien allerede er delvis utdatert når den havner hos de ansatte. Teknologi bør derfor i større grad sees på som en essensiell ressurs og behandles deretter. Dette innebærer blant annet adopsjon fra andre helseforetak som har hatt suksess i sin innføring av ny teknologi, eller at teknologien stilles høyere krav til slik at man ved forhandlingsbordet tar høyde for de endringene som måtte komme frem til teknologien er innført og implementert i driften.

Ett av funnene viste til teknologi med potensiale for adopsjon, hvor sekretæren snakket om Helse Nord og Nora-Nord prosjektet (Kap. 4.4.3). Dette er et datasystem som har resultert i at Nordlandssykehuset kunne kutte forsinkelser tilknyttet epikrisesjekk fra opp mot tre måneder til noen få minutter, som frigjør oppgaver tilknyttet epikrise fra merkantilt personell (Johansen, 2024). Dette systemet er basert på velferdsteknologi, mens en KI-basert løsning kunne gått enda lenger og eksempelvis skrevet et utkast til epikrise basert på innholdet i en pasientjournal. Mulighetene er mange for slik bruk av teknologi. Når det blir legitimt at dokumentasjonskrav ivaretas gjennom bedre teknologi og automatiserte prosesser, kan dette være svært gunstig for å effektivisere gjennom frigjøring av tid for helsepersonell.

Teknologi er i utgangspunktet noe som skal fremme effektiv tidsbruk. Men for organisasjonen kan endringer i teknologi bety større kostnader, og det kan være mange beslutningstakere og interessenter involvert som skaper en byråkratisk endringsprosess og vanskeliggjør innføring av ny og oppdatert teknologi.

5.2.3. Krav til dokumentering og administrasjon

Det varierer hvor mye av både rapportering og dokumentasjon som den enkelte ansatte i spesialisthelsetjenesten gjør (SINTEF, 2013, s.53). Men når ansatte opplever at rapportering og dokumentasjon tar tid fra andre verdifulle arbeidsoppgaver skaper dette frustrasjon, og som funnet med vernepleieren kan det i verste fall gå ut over pasientjournalen med dårligere

dokumentering (funn 4.5.1). Dette kan relateres til en regulatorisk isomorfisme, en tvang som organisasjonen er underlagt gjennom lovverk, forskrifter og regler som er drevet av statlige reguleringer og lovverk. En topp-ned styrt drift, vil gjøre at nye tolkninger av regelverket faller på individnivå og oppgavemengden øker. Dette fører igjen til at opplevelsen av tidstyver kan vokse, og oppgavene knyttet til dokumentasjon kan oppleves mer som en hemmer av effektiv tidsbruk.

I et ny-institusjonelt perspektiv er de regulatoriske kravene styrende for hvordan organisasjonen praktiserer dette med dokumentasjonskrav. Høye krav til dokumentasjon, rapportering og administrative oppgaver kan føre til institusjonalisering av praksiser som ikke er produktive. Økte krav fører til økt kompleksitet. Når mye av tiden tar fokuset vekk fra ansattes primæroppgaver vil dette kunne føre til stress og frustrasjon.

Samtidig kan felles prosedyreverk eller retningslinjer gi ansatte et grunnlag for å unngå dobbeltarbeid eller redusere antall feil, som igjen kan føre til en mer effektiv tidsbruk. Den mer symbolske effekten ved å overholde kravene om dokumentasjon kan være at ansatte oppleves som lojale når de overholder de normer og forventninger til dette. Selv om det kan være med på å styrke legitimiteten internt, er det ikke det samme som at organisasjonen blir mer effektiv.

Dokumentasjonskravene henger sammen med utfordringer knyttet til teknologien og begrensninger som denne kan gi. Sykehusutvalget peker blant annet på at misnøye blant klinikere handler om føring av data som kan hentes automatisk eller føres av merkantilt personell (NOU 2023:8, s. 155). Det henvises også til Helsepersonellkommissjonen, som mener at oppgaver uten direkte pasientkontakt bør automatiseres i størst mulig grad:

Det er en rekke oppgaver knyttet til rapportering, informasjonsinnhenting, dokumentasjon og logistikk, der brukere og pasienter ikke er direkte berørt. Slike oppgaver kan og bør automatiseres og effektiviseres i størst mulig grad, og innenfor de mulighetene og begrensningene som ligger i teknologiske løsninger for formålet (NOU 2023:4, s. 272).

Her konkretiseres det at oppgaver må gjøres noe med der det er mulig. Gjennom adopsjon av utvalgte administrative praksiser, som automatiseringsløsninger og forenkling rundt

dokumentasjon i pasientjournalssystemet, kan en legitimitet opprettholdes i et miljø som blir stadig mer regulert gjennom regulatoriske krav.

I et institusjonelt perspektiv vil de regulatoriske kravene gjennom lovverk tilknyttet eksempelvis journalføring (i henhold til pasientjournalforskrift og prioriteringsveiledere), være førende for hva som er forventet praksis blant profesjonsutøverne. Som vernepleieren henviste til angående overtid for å rekke nødvendig dokumentasjon, kan normer om at det er greit å benytte overtid til dokumentasjon føre til ineffektiv tidsbruk (Kap. 4.5.1). Fra et organisatorisk perspektiv, vil overtid medføre ekstra kostnader som kunne vært unngått ved å se på mer hensiktsmessige måter å innfri krav og forventninger om dokumentasjon på. Dette kan skje gjennom bedre bruk av teknologi, oppdatering av dokumentasjonsmaler, og fristillelse av tid innenfor vanlig arbeidstid til nødvendig dokumentasjon.

Institusjonelle rutiner og retningslinjer kan bidra til mer effektiv tidsbruk ved å redusere unødvendig ventetid eller dobbeltarbeid, men på den andre siden kan rigide eller ineffektive rutiner føre til unødvendige forsinkelser eller byråkrati som motvirker effektiv tidsbruk. Som flere funn viser til, er blant annet utdaterte systemer med på å skape dobbeltarbeid gjennom maler som repeterer samme type informasjon om en pasient, eller når maler som skal skape en effektivitet gjør det motsatte grunnet tekniske feil i malen (Kap. 4.5.1). Når regulatoriske føringer gjør at samtlige behandlere er tvunget til å bruke slike maler, selv om de oppleves uhensiktsmessige, er en konsekvens av dette at hver enkelt behandler bruker mye tid hver gang vedkommende skal skrive et inkomstnotat. Malene er også sannsynligvis en adopsjon av praksis fra andre helseforetak, slik at denne utfordringen også kan gjelde behandlere på andre sykehus. Sett i lys av hvor mye tid som kan gå med for hver enkelt behandler, samt frustrasjonen knyttet til problemet, kan det å ta tak i problemet frigjøre både tid og skape rom for økt behandlingshyppighet.

5.2.4. Desentralisering

I lys av det teoretiske rammeverket beskrives effektene av desentraliseringspolitikken på et internt nivå. Sykehuset som matriseorganisasjon og med et topp-ned styrt styringssett, innebærer at det er mange strategier som hensyntas og mange oppgaver som utøves på laveste organisatoriske nivå. Dette vises blant annet i funn som går på desentraliserte oppgaver (Kap. 4.6). Når ansvar for mange oppgaver er forskjøvet ned på laveste utøvende nivå fører dette til et press på de ansatte på det operative planet, hvor økt oppgavemengde kan føre til høyt arbeidspress og lavere arbeidsmoral. Som seksjonslederen påpeker opplever hun både at

ansatte skal forholde seg til mange forskjellige systemer og håndtere disse i en hektisk arbeidshverdag, i tillegg til at hun selv erfarer at mange av oppgavene for utøvelse av ledelse er overlatt til henne selv uten særlig hjelp fra stab- og støttefunksjoner i organisasjonen (Kap. 4.6.1). Når ansvaret for viktige oppgaver er lagt ned på nederste, utøvende nivå slik at man må finne opp hjulet på den enkelte seksjon fremfor å ha en norm for felles praksis kan dette legge ekstra press på både leder og ansatte og oppleves som en hemmer av effektiv tidsbruk.

Som matrisebasert organisasjon vil også opplevelsen av siloer fremkomme sterkere, med forskjellige fagavdelinger langs den horisontale linjen. Seksjoner har ikke nødvendigvis god nok kjennskap til hverandre, og man opplever at man jobber på hver sin tue med hvert sitt hue og finner opp hjulet der man er for å lette en hektisk arbeidshverdag. En felles kognitiv forståelse om at visse aktiviteter eller prosedyrer er nødvendige, som at hver enkelt seksjon selv må finne en egen praksis internt, gjør at eksisterende normer og praksis fører til at tidstyver opprettholdes. Mangel på bevissthet rundt alternative tilnærminger kan være en årsak til dette, en kognitiv isomorfisme. En endring i forståelsen, de kognitive rammene, kan bidra til å forbedre tidsstyring gjennom forenkling, samhandling og kunnskapsdeling.

I ett av funnene fremkommer det en motvilje fra fagavdelingen på å ta tak i mulighetsrommet for bedre og mer effektiv tidsbruk gjennom felles opplæringsarenaer. Hva når fagavdelinger, som skal fungere som en støttefunksjon, fungerer på måter som ansatte ikke opplever som hensiktsmessige? En tradisjonell tilnærming til det faglige er at hver enkelt behandler selv skal ha selvbestemmelse og autonomi i sin yrkesutøvelse, og i et normativt perspektiv kan en praksis som beskytter høy grad av autonomi vekte tyngre enn felles rammer på tvers av en klinikk for effektivisering. Kan håndtering av tidsbruk med tanke på å balansere spesialisters høye grad av selvbestemmelse og autonomi opp mot effektivisering være motsetninger til hverandre? Eller er det mulig å ha fokus på begge deler? Kan dette komme av en viss institusjonell frykt for å ta for mye fra autonomien? At normer eller praksiser innebærer at man ikke ønsker å utfordre profesjonsnormene for mye, slik at noen slutter? Å ha en viss «slack» for å være mindre effektiv med hensyn til tiden kan ha utviklet seg som en norm fordi profesjonsutøvere, som for eksempel leger, velger å gå når fokuset blir for mye på effektivitet fremfor det pasientrelaterte.

Som seksjonsleder påpeker vil sentralisering av oppgaver som «alle» må gjøre, men som kan gjøres bedre og mer effektivt av stab- og støttefunksjoner, gi en reduksjon av tidstyver (Kap. 4.6.1). Dersom for eksempel internundervisningen hadde vært utført av en fagavdeling i klinikken, to nivåer over seksjonen, kunne også andre seksjoner fått nytte av en slik plan

(Kap. 4.6.2). Ved å sitte på «hver sin tue med hvert sitt hue» går det mye tid på hver enkelt seksjon dersom man må finne opp hjulet på denne måten.

Sentralisering kan redusere tidskostnadene gjennom likere praksis, som fører til enklere ressursallokeringer. Sentralisering hvor ansatte slipper å gjøre mange oppgaver på egen hånd, frigjør tid som kan benyttes til primæroppgavene. Sentralisering av informasjon gjennom informasjonsforvaltning, som gjør at ansatte vet hvor de finner oppdatert og relevant informasjon for å utføre dagligdagse oppgaver, gir mindre belastning både på støttefunksjoner som HR og gir den enkelte ansatte tilgang til rett informasjon uavhengig av tid og sted. Dersom normen i organisasjonen tilsier at dette ikke er et fokus, blant annet grunnet NPM-tankegangen og fokus på kortsiktighet, vil opplevelsen av tidstyver opprettholdes.

5.2.5. Tverrfaglighet og samhandling

Flere funn viser til at ansatte opplever faglig fellesskap og samhandling som en fremmer for effektiv tidsbruk (Kap.4.6.2). Det normative elementet i dette sier noe om hva som er ansett som legitimt og riktig, blant annet dette med å finne et faglig fellesskap der det er rom for dette i en hektisk hverdag. Den uformelle normen om erfaringsdeling og nettverksbygging anses som både viktig og riktig. I et kulturelt-kognitivt perspektiv er det de ansatte som søker dette gjennom de sosiale strukturene som de er en del av. Faglige fellesskap kan også forhindre silobasert tankegang gjennom tverrfaglighet og samhandling, og kommunikasjon på tvers av avdelinger og klinikker. Dette kan også påvirke de regulatoriske føringene ved at samarbeid fører til nye måter å løse oppgaver på, og dette kan internaliseres gjennom nye retningslinjer.

Som nevnt i første del om teknologi, hvor seksjonsleder beskriver ansattes hverdag hvor de må forholde seg til svært mange forskjellige systemer (Kap. 4.1.1), er kunnskap om hvem man skal spørre en vei å gå for å hindre hemmere av effektiv tidsbruk. Å bruke nettverket for å innhente informasjon som er relevant, eller for å gjøre en jobb enklere, oppleves som en fremmer av effektiv tidsbruk.

Manglende samhandling internt bidrar til en uheldig suboptimalisering, med ringvirkninger også for sluttbrukeren – pasienten. Som i funnet hvor akuttstykkepleieren ytrer en frustrasjon over å måtte kjempe for å få pasienten videre til riktig avdeling (Kap.4.6.2). Dersom normer og praksis i organisasjonen ikke fremmer samhandling, vil dette kunne være ett av

resultatene. Som strategidokumentet til Sykehuset Telemark påpeker, jobbes det med et felles standardisert og sammenhengende akuttbehandlings- og informasjonsflyt (Sykehuset Telemark, 2022, s.18). Dette viser at organisasjonen allerede jobber med å finne gode løsninger når det gjelder pasientbehandling, og at samhandling for god pasient- og informasjonsflyt ønskes et større fokus på fremover. Gjennom mer standardiserte metoder for samhandling og kommunikasjon på tvers av enheter og avdelinger, vil dette kunne gi en forbedret pasientbehandling og en nødvendig endring rundt pasientsamarbeidet på tvers av fagområdene.

I tillegg er det i strategien for samme periode lagt vekt på følgende:

Sykehuset Telemark må fortsette å tilpasse og forbedre virksomheten slik at de samlede ressursene benyttes på riktigst mulig måte, til det beste for pasientene. Dette krever en strukturert og vedvarende innsats med organisasjons- og virksomhetsutvikling for å etablere gode arbeidsprosesser og helhetlige pasientflyter. (Sykehuset Telemark, 2022, s.14).

Slike topp-ned styrte prosesser forutsetter en integrering av nevnte mål, hvor både ledelsen og ansatte tar del i arbeidet med å oppnå målene og hvor samhandling på tvers av organisasjonsstrukturen må være en gjeldende norm og praksis. Erfaringer fra samarbeid eksternt kan også overføres til hvordan det kan samhandles internt med bakgrunn i organisasjonsstrukturen og hvor suboptimaliserte arbeidsflyter til tider kan oppleves som tidstyver.

5.2.6. Tilgang på ressurser

Mangel på ressurser kan i lys av ny-institusjonell komme av det institusjonelle presset som Sykehuset Telemark har for å få mest mulig effekt ut av de midlene de får tildelt. De regulatoriske mekanismene gir press på økt behandlingshyppighet, økt rapporteringskrav og koding for økt finansiering gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF) og økt press på ledere til å benytte ressursene de har til rådighet på en mest mulig effektiv måte. Dette kan gjøre at de ansatte opplever økt tidspress, og føre til at de løper mer på kortere tid. Som henvist til i funnet om manglende ressurser, sier akuttsykepleieren at dette har ført til at hun står mye alene på pasienter (Kap. 4.7.1). Hun må velge mellom dokumentasjon og pasientbehandling, og prioriterer pasientene da dette er hennes profesjonsfokus. Dette vil igjen gå ut over

pasientens journal, eller som også vernepleieren peker på kan mangel på ressurser føre til at pasientens behandlingsplan ikke blir gjennomført (Kap 4.7.1). Dette vil skape et krysspess mellom ansattes ønske om god pasientbehandling versus organisatoriske krav om effektivitet, det tvangsmessige og det normative kolliderer og samsvarer ikke med hverandre.

Som funnene viser, er det heller ikke samsvar mellom det ledelsen anser som viktige prioriteringsområder og det ansatte opplever som viktige fremmere av effektiv tidsbruk. Som akuttsykepleieren tenker om det å stå sammen som et team rundt pasienter fremfor å jobbe alene, og at dette vil føre til at seksjonen er nærmere målene om både å være effektive og samtidig øke behandlingshyppigheten (Kap.4.7.1). Det er også funn som tilsier at prosessen med å få økt ressurser er byråkratisk og komplisert. Som sekretærenes kamp om å få økt ressurs for å kunne utføre nødvendige arbeidsoppgaver, og hvor de måtte kjempe i to år for å bli hørt av ledelsen (Kap 4.7.1). Dersom det er en rådende praksis om å begrense ressursbruken, vil ledere føle seg presset til å stoppe ansettelsesprosesser selv om også de vil kunne se på økte ressurser som en vei til å nå målene.

En rapport som Oslo Economics har utarbeidet for Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) henviser til Riksrevisjonens rapporter, som viser gjentakende lav kapasitetsutnyttelse med bakgrunn i at aktivitetsnivået ikke er mulig å øke innenfor dagens (økonomiske) rammer. Det er også påpekt bemanningsproblemer innen enkelte områder, og mangelfulle IT-satsninger (Oslo Economics, 2024, s.4).

Sykehusutvalget viser til at:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid på en forsvarlig og omsorgsfull måte. De regionale helseforetakene skal gjennom sørge-for-ansvaret tilby pasienter i sin helseregion nødvendige spesialisthelsetjenester. Ved knapphet på ressurser kan det enkelte helsepersonell oppleve at de ikke er i stand til å oppfylle pasientens rettigheter (NOU 2023:8, s.28).

Videre i utredningen kommer det frem en tydelig verdibasert konflikt mellom det kostnadseffektive bildet og de helsefaglige og pliktetiske normative verdiene (s.29). Når det oppstår verdikonflikter mellom ansatte og ledere, med tanke på behovet for økte ressurser versus økt effektivitetskrav, kan det å lytte til ansatte være en vei mot bedre ressursbruk. Som funn tilsier er det dette et ønske fra flere, og som vernepleieren henviser til så kan ikke en toppledelse kun styre «ovenfra» (Kap 4.7.5). Hun mener de også må være lydhøre for hva

ansatte har å si, hvordan det operative planet opplever de regulatoriske føringene som kommer ovenfra og ned til utøvende nivå. Å lytte mer til ansattes forslag kan gjennom å være en del av et viktig beslutningsgrunnlag for ledelsen, gi muligheter til å påvirke de normative mekanismene både hos ansatte og organisasjonen.

Ifølge funnene nevnt tidligere i dette kapitlet, som mangel på ansattressurser og ineffektive prosesser, kan det sees en diskrepans mellom uttalelsen i strategiplanen og ansattes erfaringer. I strategiplanen til Sykehuset Telemark står det følgende:

Sykehuset Telemark må fortsette å tilpasse og forbedre virksomheten slik at de samlede ressursene benyttes på riktigst mulig måte, til det beste for pasientene. Dette krever en strukturert og vedvarende innsats med organisasjons- og virksomhetsutvikling for å etablere gode arbeidsprosesser og helhetlige pasientflyter (Sykehuset Telemark, 2022, s.14).

Selv om sykehuset har gode intensjoner med denne strategiplanen, vil utfordringer knyttet til ressursmangel hindre implementeringen av planen i praksis. Den normative isomorfismen viser til at sykehuset føler seg presset av bransjestandarder og praksiser som favoriserer kostnadsreduksjon og effektivisering, som går på bekostning av ansattes arbeidsforhold og en redusert kvalitet på pasientbehandlingen.

5.2.7. Kvalitet versus effektivitet

Begrensede midler setter føringer for praksis, som kan gi en verdikonflikt mellom ansattes ønske om kvalitet i behandlingen mot organisasjonens behov for effektivitet når det kommer til effektiv tidsbruk. Forsøk på å effektivisere oppleves å gå ut over kvaliteten, og dette peker på en effektivitetsnorm som gjør seg utslag i spesialisthelsetjenesten på flere områder. På den ene siden vil kvalitet lide som følge av at arbeidsprosesser skal effektiviseres, fordi tiden ikke strekker like godt til. Ansatte vil føle et press på å gjøre oppgaver raskere, slik at kvaliteten på det arbeidet som gjøres oppleves å forringes. På den andre siden henger kvalitet og effektivitet sammen og behøver ikke være motstridende når det er tatt høyde for kvalitet i effektiviseringsarbeidet, slik akuttisyrkepleieren eksemplifiserte ved at alle faggruppene går inn til pasienten samtidig (Kap. 4.8.1).

For eksempel vil forsøk på å få flere pasienter inn på kortere tid, føre til at noen pasienter ikke får behandler med korrekt kompetanse – dette vil igjen føre til lengre behandling. Som seksjonsleder påpeker opplever hun en tydelig konflikt mellom det å sette rett kompetanse på rett pasient versus å effektivisere slik at pasienter kommer raskere i behandling, selv om slik behandling tilsier en annen behandler med annen kompetanse enn det som ønskes (Kap. 4.8.1). Hvilke ringvirkninger kan dette ha? Å få «feil behandler på feil pasient» kan i verste tenkte tilfelle føre til lengre behandlingstid for pasienten fordi behandleren må innhente rett kompetanse, og det kan gi lavere behandlingshyppighet for sykehuset. Institusjonelle krav og forventninger til kvantitative mål, eksempelvis økt antall pasienter til behandling hver dag, kan føre til at ansatte prioriterer å oppfylle disse kravene på bekostning av kvalitet eller omsorg for pasienten.

Et annet funn tilsier tungvinne prosesser for å innhente felles regulatoriske føringer for arbeidsprosedyrer og rutiner, som er utviklet for å sikre god pasientbehandling eller gode rutiner i praksis. Som vernepleieren beskriver, er kunnskap om riktig bruk av kvalitetssikringssystemet er en forutsetning for å kunne benytte seg av dette systemet (Kap. 4.4.2). Dersom det tar lang tid å innhente kunnskap fra kvalitetssikringssystemer, eller det blir for komplisert å bruke et slikt system, vil ansatte heller forsøke å løse dette på en praktisk adhoc-måte der og da. Dersom dette er en gjentakende problemstilling som mange ansatte kjenner seg igjen i, kan det resultere i at man benytter seg sjeldnere av et system som skal sikre god kvalitet på arbeidet som utføres. De regulatoriske føringene blir ikke nødvendigvis fulgt i praksis fordi de normative og kulturelt-kognitive mekanismene er sterkere, det er en legitim aksept for at man løser det praktisk fremfor å bruke tid på et system som oppleves mer som en hemmer enn fremmer av effektiv tidsbruk.

5.2.8. Oppgavehåndtering

Hvordan er det ansatte prioriterer i sin arbeidshverdag for å få ting til å gå rundt, og hvor utfordrende er det å få til alt med begrenset tid? Som funnene tilsier, løser ansatte en del oppgaver ved å være pragmatisk i sin daglige tilnærming. Slik som IKT-ansatt som «stenger døren» og prioriterer det som haster mest, eller vernepleieren som velger bort dokumentasjon fremfor pasientrettede arbeidsoppgaver, eller seksjonsleder som velger bort de langsiktige og «morsomme» oppgavene til fordel for de oppgavene som stadig må løses adhoc der og da (Kap. 4.9.3). Dersom det er en kulturell forståelse og aksept for at man skal si «ja» til alt, kan dette resultere i at de ansatte får mer ansvar og oppgaver enn de kan håndtere. En mulig årsak

til utvikling av en slik kultur er at organisasjonen har påtatt seg mer ansvar for å øke produktiviteten og dertil økt finansiering, uavhengig av om de ansatte har kapasitet til å håndtere dette.

Som flere av informantene beskriver, er en direkte konsekvens av for mange oppgaver at tiden presses og de må ta aktive valg i sin arbeidshverdag og løse det så godt de kan. For enkelte handler dette om å prioritere direkte pasientbehandling fremfor de dokumentasjonskravene som foreligger, og en av konsekvensene som vernepleier beskriver er å skrive avvik når krav til dokumentasjon ikke er mulig å innfri (Kap.4.7.2). Å huske på alt i en travel arbeidshverdag, eller å oppleve at tiden ikke strekker til for å skrive avviket heller, oppleves som krevende og hemmende for effektiv bruk av tiden.

Det kan også ha en sammenheng med desentraliseringen, hvor det er forskjøvet flere arbeidsoppgaver ned på nederste utøvende nivå. Det institusjonelle presset med å bedre effektiviteten gjør at ansatte opplever økt arbeidsmengde, og kan føre til overbelastning og stress. Den ansatte kan kjenne seg handlingslammet på bakgrunn av interne og eksterne forventninger om å utføre mange oppgaver, av og til samtidig, og dette kan virke uoverkommelig. Det kan også tenkes at det er en tydelig motsetning mellom faglige standard og praksis versus organisasjonens forventninger til håndtering av oppgaver, altså en forskjell mellom det normative og det regulatoriske perspektivet.

Mange oppgaver er basert på tradisjonelle normer og praksiser og er historisk utviklet over tid, hvor oppgaver videreføres til nestemann gjennom opplæring. Dette tar ikke nødvendigvis hensyn til mer tidsbesparende måter å løse hverdagsoppgaver på, og når det er en norm som er videreført over lengre tid kan det oppleves som vanskelig å bryte med slik praksis selv om de ikke tar hensyn til effektiv tidsbruk.

5.2.9. Oppgaveglidning

Når det gjelder tilgang til personell, har Helsepersonellkommissjonen poengtert viktigheten av å fremme arbeidet med bedre organisering av arbeidsprosesser og riktig oppgavedeling. (NOU 2023:8, s. 138). Fra et organisatorisk perspektiv vil finansielle midler for å fokusere på forbedring av arbeidsprosesser og riktig oppgavefordeling kunne være et viktig incentiv for å utføre en slik type jobb. Fra ansattes perspektiv kan et slikt arbeid føre til mer effektiv tidsbruk gjennom fordeling av oppgaver og forbedrede arbeidsprosesser. Et slikt tiltak er det som kalles for «oppgaveglidning», et begrep som har blitt mer og mer benyttet inn i

helsesektoren. Oslo Economics har på vegne av Helsekommisjonen utarbeidet en rapport om oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren, hvor de eksemplifiserer spesifikke oppgaver i spesialisthelsetjenesten som kan gis til lavere utdannet personell og avlaste leger og spesialister i sin arbeidshverdag (Oslo Economics, 2022). Ved å gi noen oppgaver fra klinisk helsepersonell til annet helsepersonell som det er flere av, vil både arbeidsprosesser og oppgavefordelingen kunne frigjøre tid til mer pasientrelatert arbeid.

Som funnene tilsier, er det i et normativt perspektiv både ønskelig og nødvendig med oppgaveglidning fra ansattes ståsted (Kap. 4.9.2). En sykepleier eller lege som fristilles for tid gjennom slik oppgaveglidning kan anse dette både som legitimt og riktig, at det er en diskurs og praksis for å løse utfordringer knyttet til oppgaver på denne måten. For en helsefagarbeider vil dette gi flere oppgaver. Kan dette med oppgaveglidning sees på som forskjellig fra en sykepleier versus en helsefagarbeider? Funnene i dette studiet viser ikke tydelig om en oppgaveglidning er en ønskelig endring for helsefagarbeidere eller lignende yrkesgrupper.

Hva mener ledere om dette med oppgaveglidning? På den ene siden kan frigjøring av tid for sykepleiere føre til mer tid til direkte pasientrelaterte oppgaver, men den frigjorte tiden kan fort gå til andre formål dersom ledelsen tenker annerledes rundt den fristilte tiden. Ledere handler i større grad ut fra tatt-for-gitt holdninger fremfor bevisste, strategiske valg (DiMaggio og Powell, 1983, s.149). I forhold til funnene i denne studien kan man se tendenser av dette; ledere antar at oppgaveglidning er akseptert og legitimt både for de som frigjøres fra ikke-faglige oppgaver og til de fagområder som ønsker en større plass i helsetjenesten. Samtidig kan det fra leders perspektiv være et strategisk valg fordi det å flytte oppgaver fra yrkesutdanninger til ansatte uten krav om formell kompetanse være kostnadsbesparende, da det er mindre kostnader knyttet til ansatte uten formell utdanning. Det kan derfor også være organisatorisk aksept for å praktisere oppgaveglidning. En slik oppgaveglidning kan også ha andre ringvirkninger, som at frigjort tid kan benyttes til målrelaterte oppgaver slik som dokumentering og rapportering for økt behandlingshyppighet og økte bevilgede midler.

Ett av funnene tilsier også en annen side ved oppgaveglidning. Når helsesekretær har utført blodprøvetaking for helsepersonell over lengre tid og kan dette godt, men hvor nye regulatoriske krav har ført til endringer slik at hun ikke lenger får lov å gjøre dette uten en internsertifisering (Kap. 4.9.2). Dette kan fra den ansattes side oppleves som en tydelig

hemmer av effektiv tidsbruk, samtidig som organisasjonen er underlagt regulatoriske krav som går på pasientsikkerheten og disse kravene må følges.

5.2.10. Forbedringsarbeid

Forbedringsarbeid, som er svært utbredt og et kjent begrep blant ansatte, har også en lav grad av spredning. Det kan være en vellykket implementering der hvor forbedringsarbeidet har hatt sin forankring, men potensialet i organisasjonen blir ikke utnyttet gjennom spredning til andre deler av organisasjonen – og potensielle gevinster blir ikke høstet. I et ny-institusjonelt perspektiv er det en forestilling om at ideer blir tatt inn for å tilfredsstille omgivelsene, men blir ikke tatt i bruk for å styre interne aktiviteter (Edelmann 1992, Walgenbach 2001 – sitert i Røvik, 2007, s.28). Ett eksempel er Checkware, nettbaserte pasientskjemaer, som kan benyttes like fullt ut av somatikken – men som foreløpig kun delvis er implementert i psykiatrien.

Helsepersonellkommissjonen problematiserer manglende implementeringstiltak på prosjekter som viser til gode resultater (NOU 2023:8, s.138). Adopsjon av praksis fra andre helseforetak gir gevinster i form av mindre risiko og usikkerhet, ettersom man innhenter erfaring og måltall fra andre som allerede har gått veien. Dette kan lettere forsvares med tanke på kortsiktige investeringer. Men dette kan også føre til flere tidstyver, ettersom innføring av ny teknologi eller praksis forutsetter faktorer som endringsvilje og en minimering av motstand mot endring (mimetisk isomorfisme) for høyere grad av gjennomføringsevne.

Men motstand mot endring kan også være et tegn på endringstretthet i spesialisthelsetjenesten. Det har over år vært mange omstrukturingsprosesser innen spesialisthelsetjenesten, som kan føre til at både ansatte og organisasjonen opplever en metthet i alle nye endringer. Når erfaringen med forbedringsprosjekter, som i utgangspunktet virker positive på ansatte, ender med manglende implementering i etterkant, kan den positive effekten forsvinne og være demotiverende for senere forbedringsprosjekter. Samtidig kan forståelse for at en forandring er nødvendig, og denne er spredt innad i organisasjonen, gjøre det både vanskelig å ignorere behovet for endring og hvor det normative presset for endring kommer innenfra organisasjonen selv.

5.2.11. En oppsummering

Både regulatoriske, normative og kulturelt-kognitive mekanismer er styrende for hva som virker legitimt for ansatte i spesialisthelsetjenesten, og de påvirker adferd og praksis for ansatte og den organisatoriske tilnærmingen til tidsbruk og effektivisering.

Opplevelsen av tidstyver hos ansatte avhenger av flere faktorer. Dersom den ansatte har en profesjonsutdanning, vil normativ praksis og kulturelt-kognitiv forståelse i de sosiale strukturene påvirke hvordan tidstyver oppleves og håndteres. En prioritering på pasientrelaterte oppgaver fremfor å følge krav til dokumentasjon er ansett som en riktig og legitim praksis.

Definisjonen for den enkelte ansatte av hemmere eller fremmere av effektiv tidsbruk avhenger i stor grad av det hovedfokuset ansatte har. Når desentralisering fører til at et omfang av oppgaver blir større, vil mengden av tidstyver virke større. Og når ansatte er avhengige av å bruke teknologi eller systemer som oppleves som utdaterte og tungvinne, øker dette opplevelsen av hemmere for effektiv tidsbruk.

Organisasjoner etterstreber en legitimitet gjennom tilpasning av omgivelsenes forventninger. Når krav til dokumentasjon og andre regulatoriske føringer skal øke organisatorisk effekt, kan dette også føre til økt arbeidsbelastning og flere tidstyver for ansatte.

Institusjonalisering av normer og verdier kan begrense ansattes handlingsvalg og skape ent krysspress mellom å opprettholde organisasjonens legitimitet og møte både individuelle, kollektive og profesjonsrelaterte forventninger. Ansatte kan oppleve grader av utilstrekkelighet grunnet konkurrerende målsettinger, regulatoriske krav og økte forventninger fra pasienter, ledere og kollegaer.

5.2.12. Implikasjoner

I et teoretisk perspektiv kan ny-institusjonell teori gi forklaringer til fenomenet tidstyver både fra de ansatte og fra et organisatorisk perspektiv. Samtidig kan det være andre teorier som i større grad kan belyse fenomenet tidstyver i lys av de ansattes perspektiv og oppfatning.

Eksempelvis har ikke ny-institusjonell teori like stort fokus på individuelle opplevelser, men heller på organisatoriske strukturer og systemer. Samtidig kan teorien belyse de strukturelle sidene som viser årsakssammenhengene til hvordan og hvorfor ansatte opplever tidstyver, og om disse oppfattes som hemmere eller fremmere av effektiv tidsbruk. Koblingen til Scott et al (2000) sine tre pilarer gjør at det teoretiske rammeverket i større grad også kan belyse ansattes perspektiv, og ikke bare på et organisatorisk plan.

Ny-institusjonell teori kan ha fokus på det organisatoriske, men mangler i større grad koblingen mot maktforhold og ulikheter i organisasjonen som kan påvirke ansattes opplevelse av tidstyver på forskjellige måter. Teorien tar heller ikke for seg kulturelle eller kontekstuelle forhold som spiller inn på ansattes opplevelser rundt tidstyver.

5.2.13. Avsluttende ord

Min erfaring som tidligere ansatt er at det finnes mange ildsjeler som brenner for faget sitt, for pasientene og for Sykehuset Telemark. Over tid kan derimot konsekvensene av alle disse tidstyvene bidra til at menneskene i systemene mister sitt engasjement og arbeidslyst eller pågangsmot. Og dette vil også muligens kunne bli en tidstyv i seg selv? For når systemene blir så tunge som flere av funnene tilsier, så vil arbeidstakere som lever under dette presset over tid miste engasjement og pågangsmot og dermed ikke kunne stå imot hvordan tidstyvene virker på deres arbeidsdag. Man har hørt om politikere som brenner for noen enkeltsaker, og går inn i et parti og blir møtt av et byråkrati som er så tungt at de etter en stund kan miste sitt engasjement når de ser at det ikke alltid nytter å kjempe gjennom endringer. På samme måte vil arbeidstakere i et sykehus miste sitt engasjement når de møter et system som er så tungt å endre, at resultatet ofte vil bli at man faller inn under eksisterende normer og bare eksisterer istedenfor å være med å skape en forandring (ilden slukner).

Dersom man som ansatt ønsker å påvirke til mer effektiv tidsbruk, hvordan kan man gjøre ting riktig og mer effektivt innenfor de institusjonelle krav og retningslinjer? Hvordan kan tidsbruken effektiviseres samtidig som institusjonelle regler og normer følges? Som DiMaggio og Powell (1991) påpeker tar det tid før individuelle handlinger påvirker og endrer retning i et større, sosialt system (s.295). Motstand mot å endre etablerte institusjonelle strukturer og praksiser kan dertil føre til at ansatte eller ledere som ønsker endring velkommen, opplever høy motstand. Dette kan føre til at status quo ikke endrer seg, og at ansatte eller ledere resignerer. De vil lettere kapitulere og bidra til at tidstyver opprettholdes.

6 Konklusjon og anbefalinger

For å besvare problemstillingen er det benyttet et kvalitativt forskningsdesign. Konklusjoner er basert på semistrukturerte dybdeintervjuer med representanter fra forskjellige yrkesgrupper innen spesialisthelsetjenesten, inkludert både ansatte og ledere. Respondenter er søkt på tvers av fagområder og type ansettelse for å undersøke forskjeller på oppfattelse av tidstyver og effektiv tidsbruk, og for å styrke studiets validitet ved å undersøke om funn er betinget av yrke eller ansettelsesnivå. I tillegg er det aktivt benyttet dokumentanalyse og innhentet viktige prinsipper fra NOU-utredninger som er relevante for å besvare problemstillingen.

6.1. Hvordan er ansattes opplevelse av tidstyver?

Ansatte opplever i stor grad varianter av det som betegnes som tidstyver, en forenklet definisjon som er ting som stjeler tid fra det du egentlig skal gjøre. Tidstyvene oppleves som en del av arbeidshverdagen i større eller mindre grad hos informantene. De kan være alt fra tungvinn teknologi og dårlig brukergrensesnitt, for mange oppgaver på den enkelte ansatte, høy grad av dokumentasjon, dobbeltarbeid, byråkratiske ordninger, mangel på ressurser, uforståelig lederutøvelse, krav om effektivitet som går ut over kvaliteten og pasientbehandlingen, og prioritering for den enkelte ansatte som forskyver mer langsiktige oppgaver med mer.

Felles for tidstyvene er at de oppleves enten som utfordrende å endre på, eller er noe ansatte selv kan påvirke eller som organisasjonen må ta tak i for at endring skal finne sted. En gjennomgående opplevelse er at tidstyver i hovedsak er å anse som et negativt fenomen, men hvor noen tidstyver beregnes både som konstruktive og nødvendige slik som dokumentasjon og bruk av essensielle systemer og teknologi.

6.2. Ansattes opplevelse av hemmere for effektiv tidsbruk og anbefalinger

Ansatte opplever i stor grad hemmere for effektiv tidsbruk på flere områder:

Teknologi: Ansatte erfarer i større grad at teknologi er en hemmer fremfor en fremmer av effektiv tidsbruk. Dette har sammenheng med utdaterte eller tungvinne systemer, som krever

både kjennskap til riktig bruk og god nok opplæring. Systemene kan oppleves som begrensende i en hektisk arbeidshverdag når ansatte må finne ut mange praktiske ting samtidig som de utfører sine hovedoppgaver. Dette er uavhengig av om den ansatte er profesjonsutøver eller leder. Løsningen for enkelte er å løse problemer ad-hoc fremfor å bruke tid på systemer som oppleves som hemmere av effektiv tidsbruk.

Dokumentasjon: Rapporteringskrav og regulatoriske retningslinjer oppleves som hemmere av effektiv tidsbruk, og økte krav om dokumentasjon kan føre til institusjonalisering av uproduktive praksiser – slik som å dokumentere fremfor å drive direkte pasientbehandling. Dersom glemsel for oppgaver går ut over hva som må dokumenteres i en pasientjournal, vil dette være et viktig område som organisasjonen må ta tak i med hensyn til de lovmessige kravene om journalføring samt den normative praksisen for en god pasientbehandling og fokus på pasientsikkerheten.

Desentralisering: Ansvar for oppgaver som forskyves ned på utøvende nivå fører til økt arbeidsmengde og økt press på de ansatte, som kan skape en ineffektiv tidsbruk og en mangel på felles praksis. Det kan også føre til overbelastning og dårligere kvalitet på pasientbehandlingen. Det er en betydelig høy andel suboptimalisert virksomhet innad i organisasjonen, noe som fører til utfordringer når det kommer til samhandling i den horisontale dimensjonen. Å ha fokus på kommunikasjon og samhandling i alle ledd fremover vil være et viktig suksesskriterium for å effektivisere ressursbruken, og hvor det skal resultere i en bedre pasientflyt.

Mangel på ressurser: Presset for å få mest mulig ut av tilgjengelige ressurser kan føre til økt tidspress og suboptimalisert arbeidsflyt. Ansatte må velge mellom pasientrelaterte oppgaver og dokumentasjon, noe som skaper konflikt og et krysspress mellom god pasientbehandling og organisatoriske krav om effektivitet.

Oppgaver: Historisk utviklede oppgaver videreføres uten å vurdere mer tidsbesparende metoder. For å unngå at ansatte føler seg overveldet av for mange oppgaver og for liten tid, kan organisasjonen identifisere ressursbehov gjennom kartlegging av arbeidsmengde og tidsbruk på oppgaver for så å gjøre aktuelle endringer. Å se på hvilke muligheter som ligger i bedre ressursutnyttelse gjennom kartlegging av ansatte og team med komplementære ferdigheter kan sikre at oppgaver går til «rett person og rett sted», slik strategidokumentet til Sykehuset Telemark henviser til.

Verdikonflikt mellom kvalitet og effektivitet: Ansattes ønske om å opprettholde kvalitet i behandlingen kan være i konflikt med organisasjonens behov for effektivitet. Når pasienter ikke får behandlere med rett kompetanse, kan dette resultere i lengre behandlingstid.

6.3. Ansattes opplevelse av fremmere for effektiv tidsbruk og anbefalinger

Denne studien viser til flere funn rundt ansattes opplevelse av fremmere for effektiv tidsbruk:

Teknologi: Både tilgjengelige verktøy og fremtidig bruk av KI nevnes som en fremmer for effektiv tidsbruk blant ansatte. Bedre bruk av ny teknologi kan avlaste eller overta noen av oppgavene som gjøres av ansatte, og som idag tar mer tid fra pasientrelatert arbeid. Videre er utskiftning av utdaterte systemer og automatisering av dagens manuelle oppgaver en vei å gå for å frigjøre mer tid. Stimulering til innovasjon og implementering av teknologiske løsninger som automatisering og digitalisering, kan redusere manuelle og tidkrevende arbeidsprosesser og effektivisere rutinearbeid.

Sentralisering: Ved at arbeidspraksis blir mer lik på tvers av seksjoner og avdelinger, vil likere praksis føre til stordriftsfordeler som felles institusjonell praksis vil kunne føre til. Det gir en enklere hverdag for ledere og ansatte fordi kunnskap blir eksternalisert og delt i foretaket, og denne felles forståelsen gir en bedre flyt i det arbeidet som gjøres. Man behøver ikke lete etter informasjon, fordi man vet hvor denne befinner seg. Folk må ikke kontaktes i tide og utide, for man vet hvor man skal lete uavhengig av tid og sted. Sentralisering av oppgaver gjør at ansatte ikke må løse mange ad-hoc oppgaver i det daglige, og kan jobbe bedre og mer langtidsrettet og planmessig. Tiden som frigjøres kan benyttes til pasientrelaterte oppgaver, enten man er administrativt ansatt eller er helsepersonell som jobber direkte med pasienter.

Opplæring: God opplæring er viktig for å sikre trygghet og lik kunnskap for ansatte, samtidig som fokus på faglig påfyll og samhandling på tvers av yrkesgrupper og fagretninger er ansett som viktige innspill fra ansatte. En bevisstgjøring og opplæring som gir helsepersonell innsikt i effektiv tidsstyring kan bidra til å endre kognitive rammer, og øke kunnskapen om mer effektive tilnærminger og alternative arbeidsmetoder for å redusere eller fjerne tidstyver. Forsøk på å implementere endringer i organisasjonskultur og normer kan

fremme en kultur for mer effektiv tidsbruk. Dette kan inkludere belønningssystemer eller anerkjennelse for effektiv tidsstyringspraksiser.

Samhandling: En effektiv og fleksibel bruk av hverandres ansattressurser som kan avlaste når hektiske arbeidsperioder kommer, kan fremme bedre tidsbruk for flere avdelinger. Samhandling og erfaringsutveksling minsker silotankegangen og øker mulighetene for å lære av hverandre, i tillegg til å øke kunnskap om andre avdelingers praksis og identifisere best praksis. Det kan også gi positive ringvirkninger for pasientflyten ved å kjenne til hverandres praksis.

Ressursbruk: Å bruke ressursene på bedre måter, som å øke fra en til to ansatte pr skift eller sette inn doble team for å overlape pasientbehandling, beskrives som fremmere av bedre tidsbruk. For å sikre legitimitet kan organisasjonen adoptere praksis eller prosesser som de oppfatter som normative eller vellykkede. Den normative praksisen kan innebære mer effektiv ressursbruk som et resultat av at organisasjonen ønsker å være kostnadseffektive.

Oppgaveglidning: Å delegere visse oppgaver fra klinisk personell til annet helsepersonell kan frigjøre tid til mer pasientrettede oppgaver, og minske utfordringer knyttet til mangel på profesjoner i spesialisthelsetjenesten.

Å påvirke de regulatoriske styringsmekanismene som fører til tidstyver ved å samarbeide med andre profesjonelle organisasjoner, kan fremme retningslinjer som bidrar til effektivitet og reduksjon av tidstyvene. Adopsjon av praksis fra andre organisasjoner som har innført vellykkede endringer, kan gi en pekepinn på bedre praksis. Retningslinjer som oppfordrer til effektivisering i utøvende arbeid, og ledere som oppfordrer til endringspraksis kan være en mulig retning å gå.

6.4. En oppsummering

I analysen avdekket flere viktige utfordringer tilknyttet ansattes opplevelse av tidstyver. Teknologiske begrensninger er en kilde til frustrasjon, med tungvinne og utdaterte systemer som hindrer effektiv tidsbruk i arbeidshverdagen. Dette skaper hinder for en god arbeidsflyt, og det går ut over pasientbehandlingen når tiden må benyttes til å løse tekniske eller systemrelaterte utfordringer.

Høye krav til dokumentasjon gir en økt administrativ byrde, og tar tid vekk fra direkte pasientbehandling. Desentralisering av oppgavehåndteringen har ført til flere arbeidsoppgaver på den enkelte ansatte, og krever mer i arbeidshverdagen fordi den ansatte må være oppdatert på systemene som skal benyttes og parallelt må skaffe seg relevant informasjon for å utføre oppgavene. Dette kan igjen føre til forsinkelser i pasientbehandlingen eller pasientflyten begrenses.

Mangel på tilgjengelige ressurser fører til en underbemanning og mindre effektiv arbeidsflyt. Samtidig ligger det muligheter for forbedring gjennom ressursallokering, og å lytte til de ansatte for innspill som kan føre til forbedringer for organisasjonen.

Kvaliteten på tjenestene blir påvirket av kapasitetsutfordringer, spesielt ved mangel på rett kompetanse på rett sted. Dette påvirker målene til organisasjonen om å minske ventetidene og øke behandlingshyppigheten, samtidig som den enkelte ansatte kan oppleve et press på å imøtese krav på bekostning av eget kompetansegrunnlag.

Ansatte ytrer et ønske om å få støtte for oppgavehåndteringen, inkludert bedre opplæring og økte ressurser. Samarbeid med andre helseforetak i større grad, og adopsjon av vellykkede forbedringsprosjekter, kan bidra til en mer effektiv tidsbruk dersom det jobbes med en god implementering og internalisering i samarbeid med de ansatte.

6.5. Praktiske implikasjoner

I denne oppgaven er det fokusert på fenomenet tidstyver sett fra de ansattes perspektiv, og hvordan ansatte erfarer disse tidstyvene som hemmere eller fremmere av effektiv tidsbruk. Denne studien er utført med tidsbegrensning, og vider forskning innenfor feltet bør søkes å gjøre over lengre tid og innenfor flere yrkesgrupper for en mer helhetlig tilnærming og høyere grad av overførbarhet både på tvers av yrker og offentlig sektor. Det bør også være et større utvalg av informanter, som inkluderer flere yrkesgrupper og flere ledernivåer for en mer helhetlig perspektiv og et bedre datagrunnlag.

Det ny-institusjonelle perspektivet kan fungere som et godt rammeverk for å se hvordan man kan se på ineffektivitet på sykehus, og kan gi en forståelse for hvorfor noen aktiviteter opprettholdes selv om de ansees som unødvendige eller tungvinne. Samtidig kan rammeverket oppleves som for «bredt» og utydelig. Spesialisthelsetjenesten har komplekse

organisasjonsstrukturer med mange ledernivåer, og det kan derfor være utfordrende å identifisere alle relevante institusjonelle påvirkninger. Ulike oppfatninger av hva tidstyver er mellom fagprofesjoner, kan gjøre det vanskelig å integrere de ulike perspektivene i en analyse. Det vil være forskjell på administrativt ansatte, ledelse og fagprofesjoner med direkte pasientrelaterte oppgaver. Å benytte ny-institusjonell som et rammeverk krever god forståelse av organisasjonskompleksiteten, kultur, maktforhold, aktørers interesser og den institusjonelle konteksten. Men selv med god forståelse for ovennevnte områder, vil ny-institusjonell teori ha sine begrensninger i bruk og det vil være nyttig å se på hvordan andre teorier kan gå enda mer i dybden. For eksempel teorier som i større grad går mer i dybden på aktørenes rolle og deres påvirkning både på tid og det organisatoriske.

6.6. Begrensninger i studiet

Som forsker var jeg metodisk opphengt i å kjenne til teorien før intervjuene, og jeg ble drevet av det teoretiske rammeverket i større grad enn nødvendig. Dette kan ha gitt begrensninger i innholdet i intervjuguiden, og begrenset mulighetene for å føle meg mer fri til å gå dypere i det som var relevante funn der og da.

I drøftingskapittelet fremkommer det fortolkninger og antakelser basert på ulike eksempler i empirien, hvor en del funn ikke kan faktasjekkes direkte eller hvor jeg kjenner godt nok til bakgrunnen for funnene. Dette baseres blant annet på at denne studien ikke er et casestudie i seg selv, men en fortolkende studie rundt et fenomen. Dette kan også føre til begrensninger i studiet.

6.7. Forslag til fremtidig forskning

Det er flere retninger som videre forskning kan ta i sammenheng med å forske på dette med tid og effektiv bruk av tid, eller å redusere eller eliminere tidstyver:

En mulighet er å sammenligne flere forskningsartikler innenfor tematikken tid, tidsbruk og tidstyver i spesialisthelsetjenesten eller andre sammenlignbare sektorer.

Å forske på hvordan andre helseforetak har løst samme utfordringer knyttet til tid kan være en retning å gå, eksempelvis helseforetak som har kommet lengre med tanke på bedre bruk av teknologi og hvordan dette har bidratt til å redusere eller eliminere tidstyver.

En annen tilnærming som kan være aktuelt innenfor helsesektoren er aksjonsforskning, hvor man får testet ut løsninger og implementert det som fungerer underveis. Aksjonsforskning er også hensiktsmessig med tanke på at det fordrer å koble opp ansatte og ledelse i forskningsprosessen som samarbeidende parter.

En mulig fremtidig forskning kan også sikte seg inn på *dekontekstualisering*, det vil si å forsøke å allmenngjøre praksiser eller ideer fra bestemte kontekster overførbare til andre kontekster (Røvik, 2007, s.40). I dette tilfellet kan identifisering av praksis eller ideer rundt tidstyver fra lignende organisasjoner og endring til mer effektiv tidsbruk gjøres mer allmenisert, for så å overføre konseptene til andre organisasjoner med lignende utfordringer.

Fremtidig forskning på fenomenet tidstyver, eller bedre tidsstyring i spesialisthelsetjenesten, kan også ta for seg de økonomiske aspektene i større grad. Regjeringen har et fokus på samfunnsøkonomiske analyser, og dertil begrepet «alternativkostnad» som benyttes der hvor det er synlige behov og ønsker for endring, men hvor det er vanskelig å gjennomføre dette uten å gå i dybden på problemstillinger og potensielle løsninger. Bruk av offentlige utredninger innen samfunnsøkonomisk analyser, blant annet NOU 2012:16 om hvordan verdien av tid kan beregnes over tid og en arbeidsgivers mål på faktisk produksjonsgevinst som følge av den frigjorte tiden (NOU 2012:16, s.42), kan være en nyttig vei å gå. Dette har sammenheng med at spesialisthelsetjenesten måles på flere områder, og dersom det kan forskes på tid som en ressurs og hvordan alternativkostnaden til å ikke endre noe kan verdsettes, vil også forståelse for endring sett fra et lederperspektiv komme tydeligere frem.

Altså ligger det et potensiale i å se på verdien av tid – over tid – som kunne vært en viktig bidragsyter inn i virksomhetsstyringen, som potensielt både kommer ansatte, pasienter og organisasjonen til gode gjennom frigjøring av tid.

6.8. Avsluttende ord

Det stilles større krav til omstilling i helsesektoren hvert år, blant annet med bakgrunn i lavere finansiering og redusert tilgang på helsepersonell. Dette gir utfordringer knyttet til en høy omstillingshastighet og krever raske tiltak.

Sykehuset Telemarks visjon er å skape pasientens helsetjeneste gjennom et faglig sterkt sykehus, hvor pasientene opplever et åpent og tilgjengelig helsetilbud hvor de blir møtt med

respekt og god kommunikasjon (Sykehuset Telemark, 2022, s.3). Ett av virkemidlene for å nå disse målene er å se på den interne virksomhetsutviklingen. Ved å se på interne arbeidsprosesser, potensiale som ligger i å endre ressursstyringen fra en kortsiktig til en mer langsiktig plan, å sikre en forutsigbar arbeidshverdag for ansatte ved å forenkle arbeidsprosesser, å lytte til og benytte seg av kunnskapen som ansatte har til kontinuerlig endringsarbeid, systematisere og gjøre essensiell informasjon lett tilgjengelig, å innføre ny teknologi som avlastet og frigjør helsepersonell til mer pasientrelaterte oppgaver kan alle være faktorer som fremmer effektiv tidsbruk og reduserer eller eliminerer noen av tidstyvene som er beskrevet i denne oppgaven.

Til slutt vil jeg utdype at en høyere grad av effektivitet ikke behøver å være ensbetydende med at man løper mer. Ved en felles og kontinuerlig arbeidsmetodikk som inkluderer ovennevnte punkter, og med fokus på tid som en egen og svært viktig ressurs kan resultatet bli at man løper mindre og leger flere.

7 Referanser/litteraturliste

Alvesson, M., & Spicer, A. (2019). *Neo-Institutional Theory and Organization Studies: A Mid-Life Crisis?* *Organization Studies*(2), ss. 199-218.

doi:<https://doi.org/10.1177/0170840618772610>

Alvesson, M., & Sköldbberg, K. (2018). *Reflexive Methodology. New Vistas for Qualitative Research*. SAGE Publications Inc.

Bell, E., Bryman, A., & Harley, B. (2022). *Business research methods* (sixth edition). Oxford University Press.

Cambridge (u.å). *institutionalized*. Hentet frem 14.april.

<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/institutionalized>

Czarniawska, B. & Sevón, G. (1996). *Translating Organizational Change*. Berlin, New York: De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110879735>

DFO. Desember 2015. *Forprosjektrapport evaluering av prosjektet «Fjerne tidstyver»*. Hentet frem 14.mars 2024. https://dfo.no/sites/default/files/fagområder/Rapporter/Rapporter-Difi/forprosjektrapport_evaluering_av_prosjektet_fjerne_tidstyver.pdf

DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). *The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields*. *American Sociological Review*, 48(2), 147–160. <https://doi.org/10.2307/2095101>

DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1991). *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. The University of Chicago Press.

Direktoratet for økonomistyring. (2023, 22.januar). *Hva skiller mål- og resultatstyring fra New Public Management?* Hentet frem 2.mai 2024. <https://dfo.no/fagomrader/etats-og-virksomhetsstyring/mal-og-resultatstyring/hva-skiller-mal-og-resultatstyring-fra-new-public-management>

Helsedirektoratet. (2019, 20.september). *1.Prioriteringer i den norske helsetjenesten*. Hentet frem 17.april 2024. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/aktuell-informasjon-om-lov-og-forskrift-for-prioriteringsveilederne/prioriteringer-i-den-norske-helsetjenesten>

Helsedirektoratet. (2019, 20.september) *3.Prioriteringsveilederne som verktøy ved rettighetstildeling*. Hentet frem 17.april 2024. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/aktuell-informasjon-om-lov-og-forskrift-for-prioriteringsveilederne/prioriteringsveilederne-som-verktoy-ved-rettighetstildeling>

Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>

Helse Sør-Øst (2023, 27.februar). *Nasjonale, regionale og lokale utviklingsplaner*. Hentet frem 14.april 2024. <https://www.helse-sorost.no/om-oss/vart-opdrag/hva-gjor-vi/utviklingsplaner-og-store-utviklings-og-byggeprosjekter/nasjonale-regionale-og-lokale-utviklingsplaner>

Helse Sør-Øst. (2023, 27.desember). *Om oss*. Hentet frem 25.april 2024. <https://www.helse-sorost.no/om-oss/#spesialisthelsetjenesten>

Helse Sør-Øst. (2024, 28.februar). *Oppdrags- og bestillingsdokument*. Hentet frem 25.april 2024. <https://www.helse-sorost.no/493231/siteassets/documents/oppdragsdokument-til-hf/2024/oppdrag-og-bestilling-2024---sykehuset-telemark-hf.pdf>

Hernes, T. (2020). *Organisering i en verden i bevegelse*. Cappelen Damm Akademisk.

Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2020). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag* (4. utg.). Abstrakt forlag.

Johansen, A. D. (2024, 2.februar). Denne “kvinnen” sparer sykehuset for mange stillinger. NRK. Hentet frem 30.mars 2024. https://www.nrk.no/nordland/dataprogrammet-nora-nord-behandler-270.000-epikriser-_-sparer-nordlandsykehuset-10-stillinger-1.16732210

- Lawrence, T. B., & Phillips, N. (2019). *Social-Symbolic Work and Social Innovation*. Stanford Social Innovation Review. <https://doi.org/10.48558/N5WX-8933>
- Lindaas, N.A., Anthun, K.S. & Magnussen, J. *New Public Management and hospital efficiency: the case of Norwegian public hospital trusts*. BMC Health Serv Res **24**, 36 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10479-7>
- Macfarlane, F., Barton-Sweeney, C., Woodard, F., & Greenhalgh, T. (2013). *Achieving and sustaining profound institutional change in healthcare: case study using neo-institutional theory*. Social Science & Medicine, 80, 10-18.
- Meld. St. 7 (2019–2020). (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- Meld. St. 9 (2023–2024). (2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024 – 2027*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/>
- NOU 2012:16. (2012). *Samfunnsøkonomiske analyser*. Finansdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2012-16/id700821/>
- NOU 2023:4. (2023). *Tid for handling*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
- NOU 2023:8 (2023). *Fellesskapets sykehus — Styring, finansiering, samhandling og ledelse*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-8/id2967792/>
- Oslo Economics. (2024, 25.januar). *Marginalkostnader i spesialisthelsetjenesten*. Hentet frem 18.april 2024. <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2024/03/Marginalkostnader-i-spesialisthelsetjenesten.pdf>
- Oslo Economics (2022). *Oppgavedeling i helse- og omsorgssektoren*. Oslo: Oslo Economics. Hentet fra 18.02.2024. <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2023/02/Oppgavedeling-i-helse-og-omsorgssektoren-Oslo-Economics.pdf>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og*

brukerrettighetsloven). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-63>

Regjeringen. (2023, 11.mai). *Statlig finansiering av de regionale helseforetakene*. Hentet frem 17.april 2024. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/statlig-finansiering-av-de-regionale-hel/id227797/>

Regjeringen. (u.å). *NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus — Styring, finansiering, samhandling og ledelse*. Hentet frem 20.april 2024. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-8/id2967792/>

Regjeringen. (u.å). *Sykehus*. Hentet frem 25.april 2024. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/id10935/>

Regjeringen. (2023, 6.juni). *Lover, forskrifter og rundskriv for sykehus*. Hentet frem 12.april 2024. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/lover--forskrifter-og-rundskriv-for-syke/id535556/>

Repstad, P. (2019). *Mellom nærhet og distanse* (4.utg). Universitetsforlaget.

Ruef, M., & Scott, W. R. (1998). *A multidimensional model of organizational legitimacy: Hospital survival in changing institutional environments*. *Administrative Science Quarterly*, 43(4), 877-904. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/multidimensional-model-organizational-legitimacy/docview/203962585/se-2>

Røvik, K.A. (2007). *Trender og translasjoner*. Universitetsforlaget.

Sahlin-Andersson, K., Engwall, L. (2002). *The Expansion of Management Knowledge*. Stanford University Press. https://www.researchgate.net/profile/Kjell-Rovik/publication/287474939_The_secrets_of_the_winners_Management_ideas_that_flow/links/60e5b1b792851c2b83e668fa/The-secrets-of-the-winners-Management-ideas-that-flow.pdf

Saunders, M.N.K., Lewis, P., Thornhill, A. (2019). *Research methods for business students* (Vol. 8). Pearson.

Sintef. (2013). *Ett ark til. En undersøkelse av sykehusansattes vurdering av rapportering og dokumenteringsmengde*. Hentet frem 11.mai 2024. <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2683839/Rapport.%2bEtt%2bark%2btil.%2bEn%2bunders%25C3%25B8kelse%2bav%2bsykehusansattes%2bvurdering%2bav%2brapportering%2bog%2bdokumenteringsmengde.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven) Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-61>

Stat & Styring. (2017, 24.august). *Tidstyvjakten fungerte delvis*. Hentet 12.april 2024.

Sykehuset Telemark HF. (2022). *Utviklingsplan 2035*. Sykehuset Telemark HF. <https://epage.byraservice.no/epage/sthf/utviklingsplan/>

Sykehuset Telemark HF. (2022). *Strategi 2023-2025*. Sykehuset Telemark HF. <https://epage.byraservice.no/epage/sthf/strategi/>

Sykehuset Telemark. (2024). *Om Sykehuset Telemark*. Hentet frem 22.april 2024. <https://www.sthf.no/om-oss/#in-englishabout-sykehuset-telemark-telemark-hospital-trust>

The Commonwealth Fund (2021). *Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly. Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries*. Fund Reports august 4, 2021. <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly>

Scott, W. Richard, Ruef, M., Mendel, P.J., Caronna, C.A (2000). *Institutional change and healthcare organizations: from professional dominance to managed care*. University of Chicago Press, Chicago.

Scott, R.W. (2014). *Unplugged – My Own Book Review* [Anmeldelse av boka *Institutions and Organizations. Ideas, Interests and Identities*, av Scott, R.W]. *M@n@gement*, 17, 136-140. <https://doi.org/10.3917/mana.172.0136>

Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.).
SAGE Publications.

Tabell

Tabell 1: Oversikt over informanter

Tabell 2: Oppsummering av funn

Vedlegg

Vedlegg 1: Innmeldingsskjema for eksterne prosjekter – Sykehuset Telemark

Vedlegg 2: Meldeskjema for behandling av personopplysninger - fra SIKT

Vedlegg 2: Samtykkeskjema

Vedlegg 3: Intervjuguide