



UiT Norges arktiske universitet

UIT - Fakultet for biovitenskap, fiskeri og økonomi

Hvordan påvirker mangel av effektiv arbeidsflyt produktiviteten til leger i norsk spesialisthelsetjeneste?

Ole Arvid Forså Østerud
Masteroppgave i Ledelse, BED 3906-1, Vår-2024

Forord

Masteroppgaven er endepunktet av et treårig løp i MBA-studiet Ledelse. Studiet har vært mer nyttig enn hva deltager og forfatter kunne forestille seg. Masteroppgaven har vært mulig på grunn av økonomisk støtte fra Helgelandssykehuset og Sykehuset Telemark. Det fortjener oppmerksomhet at sykehusene satser på en akademisk tilnærming til ledelse for sine ansatte. I knappe budsjetter er det nok en hard prioritering å satse langsiktig.

Familien min har gjort et betydelig offer for å gjøre det mulig for meg å bruke svært mye tid på både studie og oppgave. Her ønsker jeg å rette en gedigen takk til min kone Chin som har vært tilpasningsdyktigheten selv når det gjelder å tilrettelegge i en travel familiesituasjon, kombinert med full jobb.

Videre har veileder Trond Bottolfsen vært tilgjengelig omtrent når som helst. Det har vært svært nyttig og trivelig å ha en erfaren akademiker på lag. Informantene har tatt seg tid til å dele av sine verdifulle erfaringer og veloverveide synspunkter har utgjort grunnlaget for datamaterialet. Uten dette hadde ikke oppgaven blitt noe av. Så stor takk til de som har bidratt.

Det er mitt håp at oppgaven kan bidra til diskusjon om ledelse og organiseringen av norske sykehus. Målet har ikke å henge ut hverken enkeltpersoner eller yrkesgrupper. Men å bidra med konstruktiv kritikk og målbare synspunkter som ikke kommer godt nok frem i den offentlige diskursen.

God lesing!

Sammendrag

Bakgrunn: Det kan se ut til at norske sykehusleger har lav produktivitet sammenlignet med andre europeiske land. Med utgangspunkt i eldrebølgens fremtidige bemanningsutfordringer for helsesektoren, forsøker denne mastergradsstudien i ledelse å indentifisere årsaker til norske legers lave produktivitet.

Metode: Gjennom intervju av ulike spesialister og overleger ved forskjellige norske sykehus, har man ved bruk av kvalitativ metode vurdert legenes produktivitet opp mot ulike former for ineffektive arbeidsprosesser.

Resultater: Man indentifiserer syv årsaker til lite effektiv arbeidsflyt. Av disse syv fremheves fire:

1. At lederskapet i norske sykehus har for tynn faglig bakgrunn.
2. At digitalisering har skapt merarbeid for legene.
3. At helseforetaksmodellen har forårsaket at støttepersonell er flyttet vekk fra legenes arbeidsområde.
4. At det har manglet strategisk kompetanseledelse i de norske sykehusene.

Konklusjon: Studien indentifiserer strukturelle utfordringer på helsepolitisk nivå og på organisasjonsnivå.

Emneord:

Sykehusledelse, sykehus, leger, legeledelse, helseledelse, kompetanseledelse, produktivitet i offentlig sektor, eldrebølgen, helseforetaksreformen

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Aktualisering	1
1.2	Helsestatistikk og rapportfunn.....	2
1.2.1	Årsverksutvikling i fortid.....	2
1.2.2	Årsverksutvikling i fremtid.....	3
1.2.3	Annet personell	3
2	Teori	4
2.1	Mintzberg som forklaringsmåte.....	4
2.2	Kompetanseledelse	5
2.3	Strategisk kompetanseledelse	5
2.3.1	Kunnskap.....	6
2.3.2	Evner	6
2.3.3	Ferdigheter	6
2.3.4	Holdninger.....	6
2.3.5	Kompetanseinkongruens	7
2.3.6	Lav kompetansemobillisering	7
2.4	Arbeidsmiljø og jobbytelse.....	8
2.5	Mål på produksjon og innsats	8
2.5.1	Effektivitet.....	8
2.5.2	Effisiens.....	8
2.6	Produktivitetsparadokset	9
3	Metode og prosess	10
3.1	Vitenskapsteoretisk refleksjon.....	10
3.2	Ontologi.....	10
3.3	Epistemologi.....	10

3.3.1	Hermeneutikk, fortolkningsbasert tilnærming og kvalitativ undersøkelsesopplegg.....	11
3.3.2	Positivism og kvantitativt undersøkelsesopplegg.....	11
3.4	Drøfting og veivalg.....	12
3.5	Tilnærming	12
3.5.1	Induktiv metode.....	12
3.5.2	Deduktiv metode	13
3.5.3	Abduktiv metode	13
3.5.4	Individualistisk tilnærming	13
3.5.5	Holisme	13
3.5.6	Intersubjektivitet.....	13
3.5.7	Åpenhet i datainnsamling.....	13
3.5.8	Avstand.....	14
3.5.9	Det åpne individuelle intervjuet	14
3.6	Drøfting og veivalg.....	14
3.7	Datainnsamling og analyse.....	15
3.7.1	Seleksjon	15
3.7.2	Datainnsamling.....	16
3.7.3	Dataanalyse	17
3.8	Studiens kvalitet	17
3.8.1	Validitet og intern gyldighet	17
3.8.2	Pålitelighet og reliabilitet	19
3.8.3	Ekstern gyldighet og overførbarhet.....	20
3.9	Forskningsetiske utfordringer:.....	21
3.9.1	Anonymitet, konfidensialitet og aidentifisering.....	21
3.9.2	Oppbevaring av data.....	21
3.9.3	Samtykke og frivillig deltakelse.....	22

3.9.4	Etterrettelighet	22
3.9.5	Å studere egen organisasjon.....	22
4	Case presentasjon	23
4.1	Sykehuset Telemark	23
4.2	Helgelandssykehuset	24
5	Presentasjon av empiri	26
5.1	Datamateriale.....	26
5.2	Årsaksforklaringer til mangel på effektiv arbeidsflyt.....	27
5.3	Organisatoriske årsaker	27
5.3.1	Gjennomgående klinisk organisering(GKO)	27
5.3.2	Oppsummering og drøfting	29
5.3.3	Helsesekretærrollen som nøkkelrolle	30
5.3.4	Oppsummering og drøfting	34
5.3.5	Mastersyken – på institusjonsnivå.....	35
5.3.6	Oppsummering og drøfting	37
5.3.7	Ansvar uten makt, og makt uten ansvar	38
5.3.8	Oppsummering og drøfting	40
5.4	Digitaliseringsavhengige årsaker.....	41
5.4.1	Solows paradoks i norsk spesialisthelsetjeneste.....	41
5.4.2	Oppsummering og drøfting	44
5.5	Fysiske og digitale arbeidsbetingelser som årsak.....	45
5.5.1	Byggetekniske forhold	45
5.5.2	Oppsummering og drøfting	45
5.5.3	Brukersystemers utforming	46
5.5.4	Oppsummering og drøfting	47
5.6	Psykologiske arbeidsbetingelser som årsak.....	48
5.6.1	Kompetanseinkongruens	48

5.6.2	Oppsummering og drøfting	49
6	Konklusjon	51
7	Ordforklaring.....	53
8	Figurliste.....	54
9	Vedlegg	54
	Referanseliste	54
10	Vedlegg 1 Informasjonsbrev til enheter «Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet»	3
11	Vedlegg 2 Intervjuguide.....	4

1 Innledning

1.1 Aktualisering

Hvordan påvirker mangel av effektiv arbeidsflyt produktiviteten til leger i norsk spesialisthelsetjeneste?

Spesialisthelsetjenesten(SHT) inkluderer det man stort sett anser som sykehusfunksjoner i Norge. Inn i dette regnes det vi tradisjonelt anser som sykehus, mindre klinikker enten private eller offentlige med nisjetilbud innen helse, ambulansetjeneste med flere. Den norske spesialisthelsetjenesten står ovenfor en monumental utfordring de neste 10-15 årene.

Som alle andre organisasjoner utvikler og endrer spesialisthelsetjenestene seg både faglig, men også organisatorisk. Den organisatoriske kompleksiteten blir høyere og høyere når enhetene blir større, og behandlingstilbudet blir mer og mer avansert. I tillegg har pasientene fått sterkere og sterkere rettigheter i nyere tid, noe som er bidragende til å øke kravet til dokumentasjon og etterprøvbarhet.

Samtidig står vi foran en eldrebølge, og en mer og mer tydelig bemanningskrise i helsetjenesten. Helseminister Ingvil Kjerkhol gikk i januar 2023 i sin tale til spesialisthelsetjenesten ut og informerte tydelig om spesialisthelsetjenesten må i tiden som kommer belage seg på strammere økonomiske rammer (Kjerkhol, 2023, p. 26). Kjerkhol bebudet at de ansatte i SHT må behandle flere pasienter men samtidig bruke mindre penger. Hennes råd var at man måtte jobbe smartere, ikke nødvendigvis hardere. Man kan tolke helseministerens utsagn som en utfordring til organisatorisk og ledelsesmessig nytenkning i SHT.

Fra myndighetenes side har man nok hatt et håp om at digitalisering, robotisering og utvikling i IKT-systemer skulle gjøre helsevesenet mer effektivt, og på denne måten kunne avhjelpe med høyere krav til produktivitet. Digitalisering er også tenkt som den fremtidige løsningen på den norske velferdsstatens kanskje aller største utfordringer de neste to tiårene. Kunstig intelligens har blitt spådd å revolusjonere helsevesenet. Til tross for store investeringer i IKT-utstyr de siste tre tiårene ved norske sykehus, har ikke produktiviteten stått i stil med forhåpningene.

Helsepersonellkommisjonen har med all tydelighet vist at helse og omsorgstjenesten har relativt god bemanning sammenlignet med andre land. Sammenlignet med resten av Europa har Norge den desidert høyeste andelen av arbeidstokken ansatt i helse og omsorgssektoren.(Bovim & Nerdrum, 2023, p. 27) I SHT har det i gjennomsnitt vært en

økning i antall årsverk på 2,9 % pr år hvert år de siste fem tiårene (Bovim & Nerdrum, 2023, p. 26). Derfor vil mange hevde at SHT er personellmessig nokså godt skodd. Står mengden helse vi klarer å produsere kanskje ikke står i stil med ressursbruken? Kanskje ikke, og kan noe av forklaringen ligge i sykehuslegenes arbeidsflyt?

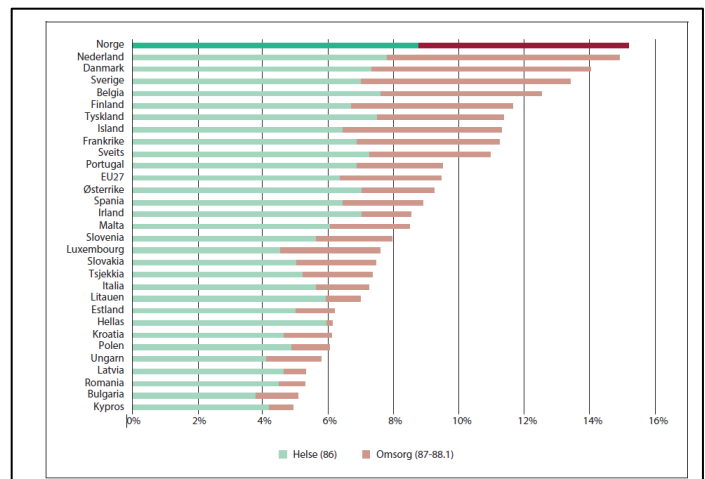
Som et illustrerende eksempel på lite effektiv arbeidsflyt for sykehuslegene kan «Portørpiloten» trekkes frem. Hvor man i 2022 hadde et prøveprosjekt ved Akershus Universitetssykehus hvor kirurgiske overleger ble satt til å kjøre senger rundt på sykehuset for å avlaste portørtjenesten.

Med bakgrunn i problematikken, basert på en empirisk kvalitativ studie utført ved norske sykehus søker oppgaven å besvare spørsmålet: Hvordan påvirker mangel av effektiv arbeidsflyt produktiviteten til leger i norsk spesialisthelsetjeneste?

1.2 Helsestatistikk og rapportfunn

1.2.1 Årsverksutvikling i fortid

Undersøkelser viser at klinikere i norske sykehus bruker mer og mer tid på andre gjøremål enn direkte pasientbehandling (Bratlid, 2018). En NOU fra 2023 viser at antall årsverk i SHT har økt betraktelige de siste 20 årene. Faktisk arbeider 15% av den norske arbeidsstyrken i helse- og omsorgstjenesten i 2021, mot rundt 5% i 1970 (Bovim & Nerdrum, 2023, p. 11). I SHT var årsverksøkningen 2,3 % årlig i perioden 1979-2018, altså i denne perioden omtrent en tredobling i antall årsverk (Bovim & Nerdrum, 2023, p. 11). Sammenligner vi Norge med resten av Europa ser vi at antall hoder som jobber innen helse er mye høyere i Norge enn i resten av Europa. (Bratlid, 2018), (Bovim & Nerdrum, 2023, p. 27).



Figur 1: Andel sysselsatte i helse og omsorgstjenestene i EØS landene (Bovim & Nerdrum, 2023, p. 27).

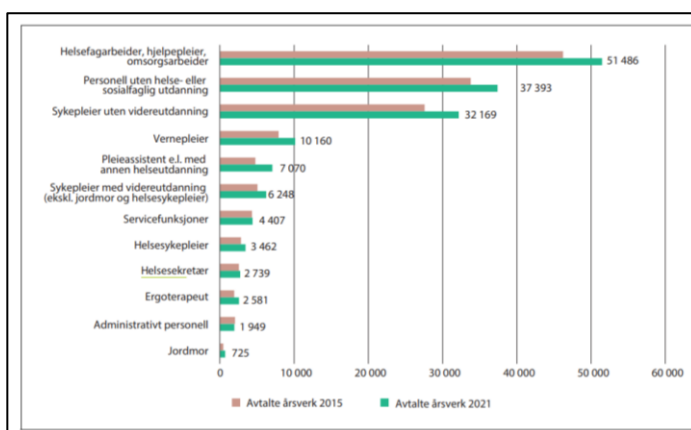
&

1.2.2 Årsverksutvikling i fremtid

Et annet element i denne diskusjonen er også den demografiske begrensingen vi har i Norge og målet om å hovedsakelig basere oss på ikke-utenlands arbeidskraft i helsetjenesten som nevnes i NOU 2023:4, «Tid for handling» (Bovim & Nerdrum, 2023, p. 15). Kort fortalt er det ikke mulig å bemanne seg ut av utfordringene helse og omsorgstjenesten står overfor. Dette tyder på at mulighetsrommet nettopp ikke ligger i å ansette flere folk i helsetjenesten, men i å se på hvordan de ansatte i helsetjenesten jobber.

1.2.3 Annet personell

Ser man på merkantilt personell som helsesekretærer og servicefunksjoner har disse hatt en betydelig svakere årsverksutvikling sammenlignet med klinisk personell. I framskrivning til 2040 ser man at helsesekretærene som har en negativ årsverksutvikling på over 8 % reduksjon fra dagens nivå.



Figur 2: Utvikling av årsverk helsesekretærer i helse- og omsorgstjenester 2015-2021 (Bovim & Nerdrum, 2023, p. 35)

NOU 2023: 4		35	
Tid for handling		Kapittel 2	
Tabell 2.2 Framskrivning av arbeidstilbudet for ulike grupper helsepersonell frem til 2040. 1 000 normalårsverk og prosentvis vekst			
	2019	Årsverk	Prosentvis vekst ¹
Bioingeniør	5,1	6,2	22,5
Ergoterapeut	3,4	5,2	52,8
Fysioterapeut	9,8	12,5	27,3
Helsefagarbeider ²	55,3	58,9	6,6
Helsesekretærog tannhelsesekretær	10,6	9,7	-8,3
Helsesykepleier	3,7	4,7	29,0
Jordmor	2,6	2,9	11,5
Lege	26,7	39,4	47,4
Psykolog	6,1	10,1	65,7
Radiograf	3,2	4,3	37,1
Sykepleier ³	81,5	102,9	26,3
Tannlege	4,8	6,3	31,1
Tannpleier	1,1	1,9	63,4
Vernepleier	12,2	17,6	44,2
Sum	225,9	282,5	25,4

Figur 3: Framskrivning i årsverksutvikling for helsesekretærer frem til 2040 (Bovim & Nerdrum, 2023, p. 76)

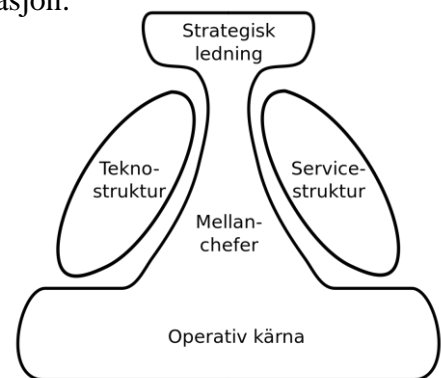
2 Teori

2.1 Mintzberg som forklaringsmåte

I den teoretiske fundamenteringen av en mastergradsoppgave i ledelse faller det seg naturlig å starte med det grunnleggende. Derfor starter man med å forklare hva en organisasjon er, og hvordan de ulike delene henger sammen. Og hvordan disse delene fungerer på, og parallelt med hverandre. Henry Mintzbergs modell for organisasjonssammensetning og organisasjonstypologi er også nyttig for å forstå en sykehusorganisasjon (Mintzberg, 1979, pp. 17-34). Specialisthelsetjenesten er i Mintzbergs typologi å anse som et fagbyråkrati.

Hvor man finner de grunnleggende bestanddelene av en organisasjon:

- Toppledelse
- Mellomledelse
- Operative kjerne
- Analysestab
- Støttestab



Figur 4: Illustrasjon av Mintzbergs organisasjonsmodell.

Tor Høst drøfter og oversetter Mintzbergs

organisasjonsmodellering opp mot spesialisthelsetjenestens struktur. (Høst & Høst, 2023, p. 16). Denne oppgaven handler i

bunn og grunn om to eller delvis tre av disse gruppene. To av disse er høyst relevante, nemlig operativ kjerne og støttestab. *Operativ kjerne* i denne konteksten vil si sykepleiere, hjelpepleiere og leger pluss mange flere medisinskfaglig utdannede yrkesgrupper. (Høst & Høst, 2023, p. 17). Dette er sykehusets produksjonsmedarbeidere. Det er disse som møter pasienter, gjennomfører behandlinger og generelt sett ivaretar pasientflyten på et sykehus.

Støttestab vil si alle hjelperne. Altså IKT-support, lederstøttepersonell, sekretærstab, teknisk stab m.fl. ved sykehuset. Disse har som oppgave å både direkte være deltakende i å tilrettelegge for at den operative kjerne skal kunne utføre sine oppgaver. Men er også forvaltere av de systemene som den operative kjerne er avhengige av for å sikre god flyt i arbeidet.

Den tredje gruppen som er relevant *toppledelsen*. Denne gruppen legger betingelsene for samarbeid mellom den operative kjerne og støttestaben. Toppledelsen fungerer også som moderator og koordinator for dette samarbeidet. Hvilke holdninger og forståelse av toppledelsen har for samarbeidet mellom støttestab og operativ kjerne vil være avgjørende for hvor godt og hvordan denne møteflaten vil fungere.

Man kan således anse problemstillingen i denne oppgaven som å omhandle hvor friksjonsfritt møteflaten mellom støttestab og operativ kjerne i sykehusorganisasjonen opererer, samt hvordan toppledelsens holdninger og forståelse til/av dette samspillet påvirker samarbeidet. I hvilken grad det er friksjoner på denne møteflaten vil man forsøke å illustrere i oppgavens analysedel. Typologien som fagbyråkrati blir også relevant når man vurderer ekstern validitet.

2.2 Kompetanseledelse

Olivier Serrat skriver følgende om kunnskapsledelse «*Making knowledgeable people perform is not a matter of making them work harder or more skillfully. Naturally, they are dedicated and such interventions are beside the point. Rather, the managerial task relates to removing obstacles to performance and then channeling efforts into areas that will contribute to the accomplishment of an organization's objective.*»(Serrat, 2017, pp. 286-287)

Man kan tolke det Serrat skriver om kunnskapsledelse dithen at å lede høyt kompetent arbeidskraft ikke handler om å nå samme målene, utfordringene og måtene som ledelse for øvrig. Det første man kan merke seg er at motivasjon til å gjøre en god jobb sjelden eller aldri er noen utfordring hos denne gruppen ansatte. Kanskje kan man resonere dithen at dersom motivasjonen for å legge ned en stor og grundig jobb hadde manglet hadde ikke den aktuelle ansatte vært høyt kompetent i utgangspunktet.

Videre går Serrat langt i å hevde at «hard» ledelse, med instruksjoner og pålegg har lite for seg. Han råder kunnskapsledere til å se sin rolle mer som en tilrettelegger, motivator som gir arbeidet retning. En som kan oversette virksomhetens mål til et mål som en kunnskapsarbeider kan indentifisere seg med, forstå og jobbe ut fra. Men arbeidsmetodene, jobbmotivasjonen og innsatsen til kunnskapsarbeideren kan i liten grad påvirkes av dens leder. Serrat blir relevant for enhver kompetanseorganisasjon. Sykehusene som en kompetanseorganisasjon er avhengig av å tiltrekke seg, beholde og utvikle kunnskap og høykompetent arbeidskraft.

2.3 Strategisk kompetanseledelse

Linda Lai skriver i boken Strategisk Kompetanseledelse(Lai & Lai, 2021, p. 43) om de ulike delene- av kompetanse som begrep. Lai deler opp kompetanse i ulike komponenter: kunnskap, ferdigheter og evner. I tillegg gjør Lai rede for holdninger som en så viktig del av kompetansebegrepet at forfatteren velger å ta det med som en fjerde komponent av kompetansebegrepet.

Lai lanserer en lærebok i kompetansebygging. Forfatteren poengterer viktigheten av å ha et bevisst forhold til kompetansebygging. Videre ut i oppgaven vil man se at på nettopp dette punktet kan der se ut som helsesektoren har feilet litt, og konsekvensene av dette blir svært relevante for problemstillingen til denne oppgaven.

2.3.1 Kunnskap

Lai forklarer kunnskap som viten, altså et individs funksjon som database. (Lai & Lai, 2021, p. 45). Hun forklarer videre at kunnskap kan deles videre inn ulike begrep. Deklarativ kunnskap, altså hvor flink man er til å huske rene leksikonfakta. Videre kausal kunnskap hvis omhandler at man kjenner til årsakssammenhenger. For eksempel sammenhengen mellom effektiviteten til et samfunn og hvilket økonomisk system det er en del av, jamfør markedsøkonomi vs. Planøkonomi. Som en siste del kan nevnes prosedyrisk kunnskap om hvordan man løser en konkret utfordring, som for eksempel at man vet hvordan man gjennomfører et litteratursøk man skriver en akademisk oppgave.

2.3.2 Evner

Lai skriver «*evner reflekterer det han eller hun har av relativt stabile egenskaper, kvaliteter og talenter som påvirker mulighetene til å utføre en oppgave*» og «*for å tilegne seg og anvende nye kunnskaper, ferdigheter og holdninger*». (Lai & Lai, 2021, p. 48). Altså kan man kanskje forstå evner som et individs stabile indre ressurser; intellektuelle, fysiske eller mellommenneskelige. En annen formulering kan være læringsmuligheter, hvor gode genetiske betingelser man har for å utvikle seg. Der finnes flere tester for å kartlegge en persons evner. IQ er jo en kjent skala som tar utgangspunkt i ulike oppgaver og tester hvor godt en person klarer å løse disse. Tester for å kartlegge personlighetsegenskaper er BIG 5 og 16 PF.

2.3.3 Ferdigheter

Ferdigheter vil ifølge Lai si hvor god et individ er til å utføre konkrete og komplekse handlingsmønstre på en tilpasset måte for å nå fastsatte mål (Lai & Lai, 2021, p. 47). Kanskje kan man si at ferdigheter er muligheten et individ har til å nyttiggjøre seg sine evner og sin kunnskap til å utføre en konkret oppgave.

2.3.4 Holdninger

Holdninger deler Lai inn i to ulike typer. Selvrefererende holdning, som speiler eget syn på seg selv og eget potensial. I tillegg nevnes jobbrelevante holdninger, som referer til hvordan de oppfatter oppgaver, kollegaer, produkter og egen organisasjon (Lai & Lai, 2021, p. 50).

Det er debattert hvorvidt holdninger skal inngå som en del av kompetansebegrepet, men i følge Lais fremstilling er det å regne som en av de viktigste komponentene.

2.3.5 Kompetanseinkongruens

Lai skriver kompetanseinkongruens som et fenomen som oppstår dersom det er stor forskjell mellom den kompetansen en arbeider har og den kompetansen som kreves for å utføre de oppgavene arbeideren blir satt til å gjøre (Lai & Lai, 2021, p. 12). Fenomenet er nok problematisk om det oppstår både dersom oppgavene oppleves for vanskelige for den ansattes kompetanse, men også dersom de oppleves for enkle. Og det er den sistnevnte situasjonen som begrepet nok er ment i hovedsak å reflektere. Og som en skala benyttes grad av kunnskapsmobilisering. Altså hvor mye av sin kompetanse må/får en arbeider tatt i bruk i utførelsen av en konkret arbeidsoppgave. Dersom en arbeider må ta i bruk hele sin kompetanse, så regner man at kompetansmobiliseringen er svært høy.

2.3.6 Lav kompetansmobilisering

Dersom en høyt kompetent arbeidstaker, for eksempel en spesialist i kirurgi, altså en kirurgisk overlege regelmessig blir satt til å flytte tomme pasientsenger ved et sykehus, så vil det være å regne som veldig lav kompetansmobilisering. Oppgaven krever kun at man klarer å flytte en seng som står på hjul, og at man er forholdsvis godt kjent inne på sykehuset. Kirurgen har lagt ned svært mye energi i å bygge sin kompetanse i kanskje så mye som 15-20 år og innehar en vesentlig mer kompleks og annen kompetanse enn det å flytte rundt på sykehussenger gjør.

Lai skriver at lav kompetansmobilisering kan «resultere i at medarbeidere får redusert indre jobbmotivasjon, dårligere mestringsfølelse, viser svakere innsats og ytelse, og utvikler et sterkere ønske om å slutte i sin nåværende jobb»(Lai & Lai, 2021, pp. 12-13). Det er med andre ord et betydelig problem for arbeidsmiljøet og arbeidsgleden til den aktuelle ansatte. Flere kilder kan styrke Lai sin konklusjon. Lav kompetansmobilisering fører til svekket tillit til egen kompetanse(Erdogan & Bauer, 2009), og også mindre stolthet og glede over å jobbe i egen organisasjon (Feldman, 1996), (Feldman & Bolino, 2000).

Lai går langt i å problematisere Lav kompetansmobilisering. Forfatteren omtaler fenomenet også som Overkompetanse, og som en form for inkompetanse. Hvor angrepspunktet for å justere situasjonen ikke bør være en endring hos den ansatte, men en endring i arbeidsoppgaver og organisatorisk tilpasning (Lai & Lai, 2021, p. 52).

2.4 Arbeidsmiljø og jobbyttelse

Sammenhengen mellom jobbtilfredshet og jobbyttelse har lenge vært et tema som ledelsesforskningen har interessert seg i. Påstanden om at jobbtilfredshet har stor påvirkning på jobbyttelse stammer fra 1930, og bekreftes av både teoretiske og empiriske studier. Det lite som skulle tilsi at ikke samme fenomen er relevant også for leger som jobber i norske offentlige sykehus.

I Gotvassli og Hauset sin artikkel om «Job satisfaction and job performance – impacts on human capital» etablere³ man klare sammenhenger mellom jobbtilfredshet og ytelse. (K.-Å. Gotvassli & A. S. Haugset, 2010; K. A. Gotvassli & A. S. Haugset, 2010, p. 18). Man hevder at en viktig suksessfaktor er at de ansatte settes i stand til å bruke sine profesjonelle verdier, sine profesjonelle mål for å utføre sine arbeidsoppgaver. Dette gir resultater i jobbtilfredshet, motivasjon, trivsel og ytelse. Dette er godt dokumentert i flere artikler.

2.5 Mål på produksjon og innsats

Det kan virke som at det norske vokabularet innen produksjonsstatistikk er litt diffust. For å sikre at begrepsbruken blir riktig har man tatt utgangspunkt i en artikkel publisert i International Journal of Managing Projects in Business, hvor begrepene er beskrevet. (Zidane & Olsson, 2017, pp. 14-15). Derfor benytter man videre i oppgaven to begrep som er relevante å definere og skille fra hverandre.

2.5.1 Effektivitet

«To be effective is when results accomplish their purposes, thus giving an effective outcome» (Zidane & Olsson, 2017, pp. 14-15). Hvor man ikke tar hensyn til kvaliteten på arbeidsprosessene eller nødvendigvis kvaliteten på resultatet, kun forbruket av innsatsfaktorer.

2.5.2 Effisiens

“To be efficient is to produce an output in a competent and qualified way” (Zidane & Olsson, 2017, pp. 14-15). Her tar man med i beregningen hvorvidt produksjonen har vært utført med gode og bærekraftige arbeidsprosesser. Og hvordan arbeidsprosessen som helhet har vært utført, ikke bare de redefinerte kvalitetsindikatorene. For eksempel om de ansatte har vært overforbrukt, feilnyttet eller utnyttet i produksjonen.

2.6 Produktivitetsparadokset

“You can see the computer age everywhere but in the productivity statistics” Robert Solow 1987.

Dette kjente sitatet beskrev nettopp at selv etter massive investeringer i IKT-teknologi klarte man ikke å vise noen økning i produktivitetstall i 1980-årene. Hvordan henger dette sammen? Og kan det tenkes at det er paralleller til norsk spesialisthelsetjeneste i dag?

Adm. Dir. Abelia Håkon Haugli, forteller om tjenester som ikke telles med i produktivitetstallene. Dette som følge av innføringen av digitalisering i mange sektorer i dag. (Olsen, 2018). Et eksempel på dette kan være at det trykkes færre aviser, men folk leser allikevel mer nyheter nå enn for 20 år siden. Produksjonen av nyhetsstoff har ikke gått ned, men totalproduksjonen til et mediehus som også eier sitt eget trykkeri har gått ned.

Hvordan kan vi kjenne igjen produktivitetsparadokset i spesialisthelsetjenesten? Norske sykehus har innført utallige digitaliseringsverktøy siste 20 år. Det være seg mail, digitale pasientsystemer, Skype, Teams, digitale gule lapper, digitale lønssystemer. På denne måten sparer sykehusene store ressurser når det gjelder støttepersonell. Systemene er jo til for å at helsepersonell skal kunne gjøre sin jobb. Mens systemene som nå er digitale var tidligere håndtert av merkantilt personell. I dag er de håndtert i stor grad direkte av helsepersonellet selv. Et eksempel kan være at man som lege tidligere ringte til sentralbordet for å nå frem til en kollega internt eller eksternt. Sentralbordet hadde oversikt over de telefonnumre som var nødvendige og videreformidlet så samtalen. Mens legen i dag selv bruker tid på å logge seg på PC, finne frem til den digitale telefonkatalogen, slår nummeret og ringer. Prosessen fra man tar opp telefonrøret til man ringer ut tar nå 5-6 minutter, mens det tidligere tok ett minutt. Kanskje ikke så mye om man tar 2 telefoner pr dag, men tar 10-20 telefoner så krever digitaliseringen tid. Dette kommer ikke til syne dersom man kun måler effektivitet, og ikke effisiens.

Flere hevder at man kjenner igjen det samme produktivitetsparadokset i helsesektoren (Lapointe, Mignerat, & Vedel, 2011; Wachter & Howell, 2018)

3 Metode og prosess

3.1 Vitenskapsteoretisk refleksjon

Det er flere eller mange måter å vurdere en sannhet på. Det er mange måter å vurdere en virkelighet på. Mye av dette avhenger av øyet som ser, hvilket perspektiv man legger til grunn, hvilke briller man har på. Det er realiseringen av disse setningene vitenskapsteori omhandler. Man forsøker å ha et bevisst forhold til hva en virkelighet er, på hvilken måte man observerer den og til slutt videreformidler den. Fortsetter man metaforen vil øyene være forskeren, brillene være metoden, det man ser på være forskningsobjektet og tilslutt tilskuerens beretning om iakttakelsen være forskningsrapporten/artikkelen. Utfra dette resonnementet kommer man til sammenhengen mellom metodebruk og utfallet eller konklusjonen av en studie. Resultatet eller funnene avhenger av metoden, ettersom metoden er måten å beskrive en virkelighet på. Derfor er det avgjørende å utgreie om forskerens vitenskapelige ståsted.

3.2 Ontologi

Ontologi er læren om hvordan virkeligheten faktisk ser ut. (Jacobsen & Jacobsen, 2022, p. 24). Ontologien forsøker å definere begrepene vi bruker, eller forståelsen vi har av ulike fenomener, ikke bare om fysiske ting men i bunn og grunn alle begreper og fenomener. Målet kan kanskje uttrykkes som et forsøk på en rettferdiggjøring og en redegjørelse av vår forståelse av et fenomen eller begrep, eller av virkeligheten som sådan. Ettersom en forsker eller et forskningsprosjekt nettopp har som mest som sitt mest grunnleggende mål å beskrive virkeligheten, er ontologiens tanker en av flere definerende faktorer en forsker bør ha et bevisst forhold til.

3.3 Epistemologi

Epistemologi er læren om kunnskap. Forskjellen mellom virkeligheten og hvordan virkeligheten fremstår for forskeren eller observatøren. (Jacobsen & Jacobsen, 2022, p. 27). Epistemologien forteller oss om hvordan vi går frem for å tilegne oss kunnskap. Og hva kunnskap er, og hvordan vi forstår kunnskap. Den filosofiske retningen skildrer også hvordan vi skal evaluere kunnskap. Og også forskjellen, eller forholdet mellom, kunnskap og virkelighet. Skal man beskrive et fenomen så er veien innom epistemologien viktig for å ha en nyansert forhold til hvilken del, eller versjon av virkeligheten man beskriver, men også hvilke deler man ikke beskriver. Dette bevissthetsforholdet viser begrensningen som forskning og

den vitenskapelig metode har, og er med det med på å definere hva forskning er og hva det ikke er.

3.3.1 Hermeneutikk, fortolkningsbasert tilnærming og kvalitativ undersøkelsesopplegg

Fortolkningsbasert tilnærming går ut på at man legger til grunn erkjennelsen om at noen fenomener ikke kan la forklare kun ved å telle dem. Til kontrast til positivistisk tilnærming hvor man legger til grunn at det kun foreligger en objektiv sannhet, og det dermed kun er en objektiv måte å forklare et fenomen på, legger den fortolkningsbaserte tilnærmingen til grunn at det der finnes ulike eller flere sannheter eller flere versjoner av en sannhet. Og fokuset er dermed mot den sannheten som er oppfattet av noen. Vel vitende at denne sannheten ikke er mer eller mindre riktig eller representativ for virkeligheten enn en annen.

Det kvalitative undersøkelsesopplegget legger til grunn et detaljfokus. Og ønsket om å forstå mer enn å måle et fenomen. Derfor henger det tett i hop med hermeneutisk tankegang. Her er ofte individuelle intervjuer hovedkilde til primærdata. Det er nettopp tolkning av en sannhet man dyrker og er interessert i. Eksisterende data eller sekundærdata som rapporter, nyhetsslipp og statikk er ofte viktige for å forklare både problemstillingen, men også sette rådata i perspektiv. (Jacobsen & Jacobsen, 2022, p. 158).

3.3.2 Positivism og kvantitativt undersøkelsesopplegg

Positivism er en forståelse av alt som skal forskes på har noen uforanderlige og allmenne kvaliteter som kan beskrives. Og at målet med forskning er å utføre en slik beskrivelse. I dette ligger det at forskningsobjektet er isolert fra forskeren, og at det ikke blir påvirket av å bli forsket på (Jacobsen & Jacobsen, 2022, pp. 26-27). Det er et fokus på objektive fakta som ikke er gjenstand for tolkning. Det kvantitativt undersøkelsesopplegg er knyttet til positivistisk grunntanke. Her har man et fokus på å måle, altså kvantifisere, et fenomen og dermed forstå fenomenet ut fra tallfestede verdier.

Det er debatt rundt hvilken av disse to hovedretningene som er best. Altså hvilken retning som gir den mest eksakte versjonen av sannheten. Etter forfatters synspunkt er dette en problemstilling som er lite interessant, og kanskje til og med feilslått. Det blir som å spørre hva som er best egnet til å vise vei, et kart eller et kompass. Man er i realitet avhengig av at disse to kildene til informasjon handler i samspill for å beskrive et fenomen på best mulig måte.

3.4 Drøfting og veivalg

Allerede i utformingen av problemstilling, altså i oppgavens gryende start var det nødvendig å gjøre noen avveininger og veivalg. Ontologisk gjorde man avveininger om tema og problemstilling. Det var naturlig å se på hva som rørte seg i samfunnsdebatten både i kort-, mellomlang- og lang sikt. Eldrebølgen er en utfordring samfunnet står ovenfor i det langsiktige perspektivet, mens hvordan sykehusledelse(e) i et kortsiktig og mellomlangsiktig perspektiv klarer å forvalte sine legeårsverk på en effektiv og effisient måte vil være avgjørende for hvordan vi som samfunn klarer å handtere utfordringen.

Epistemologisk tok man tidlig et valg om å fokusere på en gruppe. Nemlig leger ansatt ved norske sykehus. Dermed vet man at man får en versjon av sannheten. Ikke nødvendigvis den mest sanne versjonen eller en versjon som på noen måter er overlegen andre. Kun en versjon. Man satte noen mer konkrete inklusjonskriterier for enheter, som vil omtales senere i oppgaven.

Problemstillingen, men også mangelen av tilgjengelige sekundærdata bidro til å legge føringer undersøkelsesopplegget. Man så tidlig at det var lite tilgjengelig forskning på akkurat dette temaet. Derfor ble det naturlig å velge et fortolkningsbasert undersøkelsesopplegg. Man ønsket nemlig å forstå sammenhengen mellom lite effektiv arbeidsflyt og produktiviteten til norske sykehusleger. Det å måle produktivitet, jamfør et kvantitativt undersøkelsesopplegg ville helt klart vært meget interessant. Men det ble fort klart at det ville være vanskelig å vite hva man skulle måle når man ikke helt forstod sammenhengen. Derfor ble det raskt klart at målet måtte bli å forstå fremfor å kvantifisere.

3.5 Tilnærming

3.5.1 Induktiv metode

Induktiv metode er når man forsøker å gå fra empiri til teori. Altså bør en teori være basert på virkeligheten. Mens deduktiv metode betyr at man går fra teori til empiri. Dette vil si at forskeren har en teoretisk plan før datainnsamlingen starter. Ved induksjon forutsetter man at virkeligheten er dynamisk og forståelsen må være individualistisk. Dermed er det lite nytte å prøve å forstå virkeligheten utfra redefinerte teorier om hvordan virkeligheten ser ut. En teori vil jo nettopp beskrive et gjentakende mønster av hendelser. Eller et sett regler for hvordan noen skjer. Forskeren går derfor inn i en situasjon, observerer den, og forsøker å formulere en teori utfra funnene. Man går altså fra empiri til teori.

3.5.2 Deduktiv metode

Deduksjon er en metode hvor man først danner seg en teori om hvordan verden, eller et konkret spørsmål henger sammen. Og så går ut i verden og drøfter hvorvidt antakelsen stemmer. (Jacobsen & Jacobsen, 2022, p. 27). Altså på mange måter litt omvendt av induksjon. Og man går altså da fra teori til empiri. Når man benytter deduktiv metode så etablerer man vanligvis noen antatte sannheter. Man søker så i sitt datamateriale for å drøfte antakelsene opp mot primærdata.

3.5.3 Abduktiv metode

Abduksjon er en mer pragmatisk tilnærming. I stedet for at forskningsprosessen kun går den induktive eller kun den deduktive ruten, mer har en vekselvirkning mellom teori og empiri. Hvor man både deduserer og induserer langs forskningsprosessens tidslinje. (Jacobsen & Jacobsen, 2022, pp. 38-39)

3.5.4 Individualistisk tilnærming

Individualistisk tilnærming vil si at virkeligheten best beskrives av enkeltmennesket. Og at måten å beskrive mer komplekse fenomener er å samle sammen flere enkeltmenneskers beskrivelser. Mens en holistisk tilnærming til virkeligheten kan best forstås ved å se på samspillet mellom enkeltmennesker, sammen den settingen de er i.

3.5.5 Holisme

Holisme eller kontekstualisme fokuserer nettopp på konteksten som forklaringsmåte for hvorfor noe skjer.

3.5.6 Intersubjektivitet

All kunnskap er subjektiv. Den er altså observert, lagret og får sin konsekvens i rammen av et individ. Jo flere individer som har samme oppfatning, men uavhengig av hverandre, jo større sannsynlighet er det for at noe er «sant». Jo høyere grad av intersubjektivitet jo høyere grad av enighet er det mellom flere mennesker når det gjelder et spørsmål.

3.5.7 Åpenhet i datainnsamling

Åpent eller lukket datainnsamling er et spørsmål om i hvor høy grad forskeren styrer informasjonsstrømmen. Eller sagt på en annen måte i hvor høy grad forskeren selekterer hva man skal undersøke og hva man ikke skal undersøke. Ekstrapolert kan man kanskje sammenligne med hvilken vei man snur kikkerten når man se ut av vinduet. Snur man den ene

veien ser man mye av et objekt, men lite av resten. Og snur man kikkerten motsatt vei, blir situasjonen også motsatt, stor oversikt men mindre fokus på helt konkrete detaljer.

3.5.8 Avstand

Avstand mellom forsker og forskningsobjekt er en størrelse i seg selv. For å sitere Pål Repstad (1993) «Nærheten er nødvendig for å forstå den undersøktes virkelighet, og avstand er viktig for å sette den oppfatningen inn i et videre perspektiv». (Jacobsen & Jacobsen, 2022, p. 41)

3.5.9 Det åpne individuelle intervjuet

Dybdeintervju eller åpent individuelt intervju er «*kjennetegnet ved at undersøker og undersøkt – heretter kalt respondent eller informant prater sammen som i en vanlig dialog*» (Jacobsen & Jacobsen, 2022, p. 162). Denne formen tilrettelegger for fordypning i noen få spørsmål. Den gir grunnlag for å få frem detaljer og nyanser rundt et tema. Samtidig ender man opp med svært store mengder data, hvor ofte deler av datamengden ikke kan brukes. Det krever mye tid både til å gjennomføre selve intervjuene, men også etterarbeidet. Det åpne intervjuet kan utføres ansikt-til-ansikt i samme rom, over Skype/teams eller ved hjelp av digitale løsninger. Dersom et intervju skal gjennomføres fysisk, så kan det også tilkomme kostnader knyttet til reiser mellom forsker og intervjuobjekt. Det bidrar også i stor grad til risiko for en intervju effekt eller Hawthorne-effekt, hvor forskeren påvirker intervjuobjektet. Eller i verste fall at intervjuobjektene prøver å svare det de tror forskeren ønsker å høre.

3.6 Drøfting og veivalg

Man hadde altså bestemt at oppgaven skulle ha en fortolkningsbasert tilnærming og et kvalitativt undersøkelsesopplegg. Før prosessen med datainnsamling og intervjuer kunne starte ble man nødt å forholde seg til metodisk tilnærming. Forskeren var godt kjent med problemstillingen og situasjonen ettersom forskeren selv er ansatt ved sykehus, og kunne for så vidt inngått som en intervjuenhet. Dermed ble det naturlig å velge deduktiv metode. Man etablerte flere antakelser basert på sekundærdata, men også på forfatterens egne erfaringer. Sekundærdata som ble brukt er nevnt i oppgavens innledningsdel, og består av statistikk, fagfelle vurderte artikler og offentlige rapporter. Etter hvert som primærdata kom inn så man at noen av antakelser ikke egnet seg for problemstillingen, disse ble skrotet. I løpet av arbeidet med primærdata utkrystalliserte det seg noen nye mulige årsaksforklaringer, og disse ble inkludert. Hovedsakelig var årsaksforklaringene predefinert, men tre nye kom til i løpet av arbeidsprosessen. Derfor kan man kanskje si at oppgaven primært sett følger deduktiv

metode, men med noen induktive momenter. Og det blir mest riktig å klassifisere metoden som abduktiv.

Individbasert forståelse av problemstillingen er hovedingrediensen i primærdata. Samtidig må man innse at en sykehusorganisasjon er et kollektiv av mennesker med sterke organisatoriske overbygninger som bidrar til kontekst. Derfor kan det være grunnlag for å si at primærdata er individualistiske, men at drøftingene og konklusjonen som også drar inn sekundærdata får et kontekstualistisk preg. Det er jo nemlig forholdet mellom den operative kjerne, støttestab og ledelse som er hovedfokus for oppgaven. Flere av konklusjonene er styrket av stor grad av intersubjektivitet. Men samtidig må man være bevisst på mulighet for Hawthorne-effekter.

Man valgte individuelle ansikt-til-ansikt intervjuer. Dette kanskje hovedsakelig fordi det var praktisk og økonomisk gjennomførbart. På dette måten kunne man som forsker styre betingelsene rundt intervjuet. Man kunne legge frem fysisk erklæring og forklare hva som poenget med intervjuet, og hvordan data kom til å bli handtert. Dette kunne bidra til at intervjuobjektet tok situasjonen på alvor og konserterte seg. Den opprinnelige planen var også å ha med en tabell med kvantitative data hvor enhetene skrev inn hvilke arbeidsoppgaver de brukte meste parten av arbeidstiden sin på, og kvantifisere dette utfra prosenter. Og også opp mot de ulike hypotesene som skulle testes. Den kvantitative datainnsamlingen ble gjennomført. Når man kom til bearbeidingen av datamaterialet ble det klart at omfanget dette materiale gjorde av oppgaven ble for stor for rammene satt av universitet. Derfor ble den kvantitative delen fjernet fra oppgaven. Intervjuguide og informasjonsbrev ble åpenbart sendt i forkant av denne vurdering, og den kvantitative delen er fortsatt med i disse dokumentene.

3.7 Datainnsamling og analyse

Det ble utformet et eget informasjonsbrev som hver enkelt deltager fikk tilsendt i forkant av intervjuet. Her ble intensjonen for intervjuet beskrevet, og samtykkespørsmål drøftet. Informasjonen om databehandling og konfidensialitet var også en del av dette brevet. Videre ble en intervjuguide lagd for sikre god flyt i intervjusituasjonen, og mest mulig like betingelser for de ulike enhetene. Intervjuene ble innhentet i løpet av en periode på 11 dager.

3.7.1 Seleksjon

Man bestemte seg innledningsvis at et sted mellom fem og syv enheter ville være tilstrekkelig datamengde, og samtidig gjennomførbare arbeidsmengde utfra rammene til masteroppgaven.

Man satte ned utvalgskriterier for å sikre at enhetene faktisk hadde noen å bidra med til oppgaven, hadde en viss tygde faglig, hadde erfaring fra sektoren og også med så stor representativitet som mulig innenfor rammene av oppgaven.

- Overlegestilling og fagspesialist
- Minimum 10 års arbeidserfaring fra sykehussektor, enten i Norge eller fra andre land
- Begge kjønn skulle være representert i gruppen enheter
- Fagtilhørighet representert fra både indremedisinsk og kirurgiske fag
- Utenlandske og norske leger skulle være representert
- Utdanning fra både Norge og utlandet skulle være representert
- Arbeidserfaring fra både Norge og utlandet skulle være representert
- Ansatte både med og uten arbeidsgiveransvar skulle være representert
- Ansatte fra ulike geografiske steder av landet og dermed fra ulike helseforetak skulle være representert
- Ansatte fra et relativt stort sykehus og fra et relativt lite sykehus

Man gjorde da et tilfeldig utvalg, men for å sikre at samtlige kriterier var oppfylt var det ikke så mange veldig mange å velge mellom. Nokså mange kriterier ble satt for å oppnå høyest mulig spredning på relativt få enheter, for å styrke den eksterne gyldigheten (Jacobsen & Jacobsen, 2022, p. 257). Altså reduserer det risikoen for at lokale fenomener tas til inntekt for en generalisert konklusjon, og en økologisk og/eller en atomistisk feilslutning oppstår. Man endte da opp med seks enheter som falt inn under de nevnte kriterier. Det var ingen enheter som spurt og takket nei. Men det var flere enheter som ble spurt, og ble ekskludert av kriterieårsaker.

3.7.2 Datainnsamling

Selve intervjuene ble gjennomført under like omgivelser. Inne på sykehusområdet, hvor både intervjuer og intervjuobjekt er kjente i omgivelsene. Det ble lagt fokus på at intervjuene skulle foregå som uformelle samtaler om et tema. Samtidig var man nøye med å understreke rammen og intensjonen for intervjuet for å sikre at intervjuobjektene konsentrerte seg og tok det hele på alvor. Data ble innhentet som lydfil ved hjelp av diktatfunksjonen til Nettskjema.no. Dette er en database godkjent av SIKT. Og er underlagt regler for GDPR. Nettskjema har en egen funksjon for transkribering av lydfiler. Denne ble benyttet, og fungerte meget bra. Det gikk med tid til å rette og korrigere transkriberingen. Nettskjema.no

gjør både lydfil og tekstfil var tilgjengelig, derfor fungerte dette verktøyet meget godt og effektivt for sitt formål.

3.7.3 Dataanalyse

Ved hjelp av deduktiv innholdsanalyse gjorde man gjennomgang av rådata, og fant sitater som man kunne passe inn i fire hovedkategorier. Hovedkategoriene inneholdt underkategorier som i praksis ble årsaksforklaringer som skulle drøftes opp mot datamaterialet. Både kategoriene og årsaksforklaringen ble justert underveis, slik som nevnt tidligere. Det kan kanskje argumenteres for et abduktivt preg i analysedelen. Noe som muligens kan anses som en styrke for analysen da det bidrar til epistemologisk refleksivitet.

3.8 Studiens kvalitet

3.8.1 Validitet og intern gyldighet

Gir enhetene en korrekt fremstilling av situasjonen?

Nærhet, kunnskap og vilje til å gi riktig informasjon

Nærheten mellom kilde og det fenomenet som det forskes på har stor betydning for validiteten av den informasjonen de kommer med. (Jacobsen & Jacobsen, 2022, pp. 241-243)

I studien er kun benyttet førstehåndkilder, altså kilder som til daglig påvirkes av og jobber med det aktuelle fenomenet problemstillingen tar utgangspunkt i.

Man må trygt kunne anta at samtlige enheter har dyp og inngående kunnskap til temaet utfra utvalgskriteriene som er satt. Det er kun sykehusleger som jobber i en overlegefunksjon, som er fagspesialister og med en minimum 10 års arbeidserfaring fra sykehus.

Viljen til å gi riktig informasjon handler om hvorvidt enhetene kan ha en egeninteresse i å gi feil eller bevisst manipulert informasjon. Dette er det vanskelig å si noe helt sikkert om, men det er ikke noe som skulle tilsi at enhetene ikke er sannferdige i sin versjon. Man kunne forestille seg at kildene «svartmalte» situasjonen ved sykehusene for styrke muligheten for å tilegne seg lederstillinger, i den grad dette er ansett som attraktivt. Men det er lite som tilsier at en lederstilling er særlig attraktivt for en spesialisert sykehuslege. Jamfør konklusjon. Enhetene ble intervjuet i helt skjermede miljø, uten å kunne påvirke hverandre. Det er også stor grad av intersubjektivitet i de fleste svarene fra enhetene. Svarene fra enhetene stemmer også godt overens med annen forskning og sekundærdata som er inkludert i studien. En svakhet man kan trekke frem er at studien ikke inneholder noen uavhengige enheter, altså

ingen enheter beskriver situasjonen fra en annen yrkesgruppes ståsted. Det ville vært en ytterligere styrke for konklusjonene.

Er enhetene representative?

Enhetene i en kvalitativ studie kan vanskelig anses som helt representative, da det er så få enheter som er inkludert (Jacobsen & Jacobsen, 2022, p. 240). Men de seks enhetene som er valgt, er valgt med stor omhu for å være så representative som mulig. Her vises til utvalgskriteriene. Begge kjønn er representert, utdanning, yrkeserfaring og opphav fra både inn- og utland, enheter både med og uten personal- og lederansvar, fra ulike fagfelt av sykehusene, fra ulike geografiske deler av landet, fra sykehus av ulik størrelse og fra ulike regionale helseforetak. Ut fra nokså stringente utvalgskriterier mener man å sikre så høy representativitet som mulig innenfor et lite antall enheter.

Man kan innvende at det hadde vært en styrke å ytterligere indentifisere enhetene ut fra hvilken funksjon og arbeidssted de har. Man kunne tenke seg at enhet med et betydelig lederansvar kanskje formulerte seg ulikt fra en enhet som ikke hadde lederansvar. Her har man gjort et bevisst valg på utelate denne informasjonen for å sikre anonymitet. Dersom denne informasjonen var inkludert ville det vært nokså lett å indentifisere utsagn opp mot enhet. Da kunne man for det første risikert å krenke enhetenes integritet, men også risikert at enhetene hadde trukket seg fra undersøkelsen.

Når og hvordan

Intervjuene ble med overlegg gjennomført over en kort periode på 11 dager. I løpet av denne perioden var dette forskerens eneste geskjeft. Risikoen for at man har blitt «blindet» og dermed fikk et overdrevet fokus på å jakte selvbekreftende synspunkter (Jacobsen & Jacobsen, 2022, p. 243) er dermed minimalisert.

Det kan skje at man som forsker, i en intervjusituasjon, kan komme til å lede enhetene til å svare det man ønsker å høre (Jacobsen & Jacobsen, 2022, p. 243). Det er i løpet av mange timer med intervjuer naturligvis vanskelig å dokumenter at dette aldri kan ha skjedd. Men det ble tilvirket en intervjuguide på forhand som ble fulgt i samtlige intervjuer. Dette kommer frem i både lydfiler og transkripsjon. Spørsmålene ble formulert så åpent som mulig, og det ble dermed lagt til rette for å at enhetene kunne formulere svarene så upåvirket som mulig. For øvrig er intervjuguide vedlagt oppgave for transparens. Transkribering og sitater er gjort ordrette gjennom hele prosessen. Noen av sitatene bærer også preg av være uredigerte og ufiltrerte, noen som kan være til støtte for autentisiteten til de skriftlige sitatene.

Noen kilder beskriver triangulering som en måte å styrke datagrunnlaget i en kvalitativ

studie. (Kline, 2008, p. 211). I etterkant av intervjuene, har det gjennom hele skriveprosessen av drøftinger vært gjennomført kort punktintervjuer av enhetene for å sikre at forskerens forståelse og drøfting av enhetens sitater stemmer overens med deres meninger. Samtlige av enhetene har blitt konfrontert med sine uttalelser og forskerens fortolkninger av disse. Noen av sitatene ble språkmessig justert noe, men ingen endret selve meningsinnholdet i noen av sine opprinnelige uttalelser.

3.8.2 Pålitelighet og reliabilitet

Er det faktorer i selve studiedesignet som påvirker eller skaper utfallet av studien? (Jacobsen & Jacobsen, 2022, p. 250)

Studiedesignet i studien dikterte at enhetene ble informert i god tid på forhand av intervjuene om at de var innkalt til intervju og hva problemstillingen for studien var. På denne måten fikk de en ubevisst eller bevisst motivasjon til å tenke igjennom temaet og fenomenet i forkant av intervjuet. Dette bidro nok til en validitetsstyrke, men kan kanskje være en svakhet når det gjelder reliabilitet. Ettersom de hadde fått «betenkningstid» hadde de kanskje gjort research på området eller diskutert temaet med kollegaer og på den måten blitt utsatt for påvirkning. Samtidig ble de ikke informert på forhand om hvilke konkrete spørsmål de ville bli stilt. Slik at i den grad denne svakheten er tilstede, så er den ikke å regne som en stor svekkelse av datagrunnlaget.

Undersøkereffekten og konteksteffekt handler om hvordan intervjuenes omstendigheter kan påvirke svarene til enhetene (Jacobsen & Jacobsen, 2022, pp. 251-252). Åpenhet og avstand i utforming av intervjuguide og gjennomføring av intervjuer hadde man et bevisst forhold til. Spesielt ettersom forskeren selv er ansatt og står i et avhengighetsforhold til både sykehusorganisasjonen og enhetene som ble intervjuet. Man valgte et semistrukturert intervjuopplegg, hvor spørsmålene var satt på forhand. Men formuleringene var nokså åpne. Man spurte «hva synes du?», «kan du forklare hvordan du synes dette fungerer for deg», «hva tror du er årsaken til?» etc. Dermed ble enhetene ledet inn på tema, men kunne selv tolke spørsmålet og stod åpne i hvordan de formulerte svarene. Avstanden mellom forsker og enhet er kort, det samme gjelder avstanden mellom forsker og problemstilling. Personlig og epistemologisk refleksivitet blir dermed høyaktuelt å dvele med. Det var viktig å legge til rette for at enhetene ble så lite påvirket av denne nærheten som mulig. Man valgte bevisst å gjennomføre intervjuene inne på sykehusområdet på et møterom som var skjermet for andre ansatte. Altså i et miljøet som var naturlig for enhetene.

Intervjuene ble planlagt i god tid slik at enhetene kunne gjøre seg helt tilgjengelig uten telefoner eller andre avbrytelser underveis. Man poengterte i starten av intervjuene at man ønsket at de skulle se på intervjuet som en vanlig samtale mellom to personer på en kafe. Dette resulterte i en nokså uformell tone, og det bærer noen av sitatene preg av. For å konkludere, så kan det ikke utelukkes at det har vært en viss Hawthorne-effekt, da det har vært vanskelig å ekskludere dette helt og holdet utfra rammene til prosjektet. Man har dog hele tiden vært bevisst på denne risikoen, og gjort tilpasninger for minimalisere risikoen.

Bearbeidelseeffekt kan oppstå som følge av slurv i nedtegninger eller unøyaktig registrering av data (Jacobsen & Jacobsen, 2022, p. 254). Gjennom hele intervju- og bearbeidelsesprosessen har man benyttet både skriftlige notater anført mot intervjuguide. I tillegg har man kryssjekket transkribering opp mot lydfiler av hvert enkelt intervju. Dette har bidratt til høy kvalitet i denne delen av arbeidet. Risikoen for denne typen feil er dermed ikke stor.

3.8.3 Ekstern gyldighet og overførbarhet

Dette kvalitetskriteriet omhandler i hvilken grad konklusjonene kan generaliseres til en større gruppe. Her ligger en iboende risiko for svakhet i det kvalitative undersøkelsesopplegget, gitt at det innebærer få enheter (Jacobsen & Jacobsen, 2022, p. 255). For å vurdere ekstern gyldighet i kvalitative studier tar man spesielt utgangspunkt i to dimensjoner.

Overføring til andre enheter i samme kontekst

Utvalgsmetodikken brukt for å selektene enheter er allerede beskrevet. Spredning av enheter på tvers av ulike viktige skillelinjer sikrer at disse enhetene blir representanter for ulike grupper som inngår i samme kontekst. Jamfør utvalgs kriterier. Altså kan man si at begge kjønn er representert vil sikre at ikke bare mannlig kirurger uttaler som spørsmålene. Det at personell fra ulike bakgrunner fikk uttale seg sikrer at ikke bare norske eller bare tyske kirurger var med i vurderingen etc.

Overføring til andre kontekster

Overføring til andre kontekster handler om i hvor høy grad man kan anta at funnene i studien kan generaliseres til andre kontekster. Altså i dette tilfellet, i hvor høy grad man kan anta at konklusjonene er gjeldende også for helt andre organisasjoner enn sykehus. Det som støtter styrke i dette kriteriet er samsvaret mellom studiens funn og relevant litteratur. Man kan se klare fellestrekk mellom konklusjonene i denne studien og konklusjoner i andre studier som det er referert til som sekundærdata.

Samtidig bør man som leser også ha klart for seg at et sykehus skiller seg fra mange andre organisasjoner, før man gjør en generalisering. Det som i denne sammenhengen kanskje er aller mest definerende for sykehusorganisasjonene er at det er en offentlig eiet kompetanseinstitusjoner, med sterke fagbyråkrati. Det kan derfor kanskje antas at den eksterne validiteten av funnene i denne studien kan være verdifulle for nettopp andre organisasjoner med et sterk fagbyråkrati. Dette kan være offentlige universiteter og høyskoler for eksempel. Det er dog ikke sikkert at man ukritisk bør generalisere funnene til andre virksomheter som er vesentlig forskjellig, da den eksterne validiteten kanskje er mer begrenset.

3.9 Forskningsetiske utfordringer:

Forskningsetiske retningslinjer defineres slik:

«Verdier, prinsipper, normer og institusjonelle ordninger, som til sammen bidrar til å konstituere og regulere vitenskapelig virksomhet» (Jacobsen & Jacobsen, 2022, p. 48)

3.9.1 Anonymitet, konfidensialitet og aidentifisering

Anonymitet betyr at det ikke vil være mulig, basert på de data som er oppgitt i studien, å kunne finne ut hvem av enhetene som har sagt hva. Eller å klare å identifisere enhetene utfra de data og opplysninger som inkludert i studien (Jacobsen & Jacobsen, 2022, p. 51). Med lavt antall enheter som i denne studien, seks personer kan det nok tenkes at man kunne iallfall med hjelp av tidsrommet oppgitt og casepresentasjonen være i stand til å finne noen koblinger mellom sitat og individ. Men ettersom man ikke oppgir hvem som jobber hvor eller hvem som har hvilken funksjon så sikrer denne studiens enhetene bortimot full anonymitet. Det er gjort avveininger i oppgaven mellom styrken på data og forskningsetiske vurderinger som har resultert i at man tok vekk informasjon for å sikre anonymitet, eller iallfall full konfidensialitet.

3.9.2 Oppbevaring av data

All data som er personidentifiserende, som intervjuer i form av lyd eller transkriberte tekstfiler har vært lagret under hele arbeidsprosessen enten på kryptert skybasert program godkjent av SIKT. Nettskjema.no sikrer etterlevelse av GDPR. I dette programmet er det også en integrert diktatfunksjon, som gjør at lydfilene aldri lagres på minnet til privat mobiltelefon eller annen personlig dataenhet. Programvaren er så brukervennlig og praktisk innrettet at den lagt til rette for god etterlevelse av GDPR-regelverket. I perioden mens data ble bearbeidet har dette arbeidet foregått utelukkende innenfor sykehusenes datasystem, hvor tilgang til

pålogging er underlagt krav om to-faktor-indentifisering. Planen for datahåndtering var redegjort for i informasjonsbrevet som enhetene fikk tilsendt i forkant av deltakelse. Samtlige personidentifiserende data vil bli slettet etter at studien er fullført.

3.9.3 Samtykke og frivillig deltakelse

Samtykket til å delta i studier skal være frivillig, kompetent og med full informasjon. (Jacobsen & Jacobsen, 2022, p. 54). Dette betyr at de som samtykker til å delta som informanter og enheter må samtykke på helt frivillig basis. Det betyr at de ikke skal utsettes for noe press for å takke ja. Dette er jo praksis vanskelig å få til, ettersom bare det å bli spurt vil være et visst press i seg selv. Men iallfall er det viktig at samtykket ikke kommer på grunn av eksplisitte eller implisitte trusler om represalier dersom de nekter. Samtykket skal være kompetent og med full informasjon. Dette betyr at de som samtykker må være samtykkekompetent. De må få all informasjon tilgjengelig om hva som er planene for informasjonene de deler, at anonymitet ikke kan garanteres og at studien kan/vil bli publisert. Man må sikre at de som blir spurt klarer å forstå konsekvensene av å takke ja til å delta.

Informasjonsbrev med samtykkeerklæring ble sendt ut skriftlig til samtlige enheter i forkant av intervjuenes start. Her understrekes ivaretas prinsippet om informert samtykke. Og at det er helt frivillig å delta i studien, og at man kan trekke seg når som helst.

3.9.4 Etterrettelighet

Fra studiens start til slutt har man hatt et fokus på å være etterrettelig ovenfor den teksten og det forfatterskapet man har benyttet seg av. Der hvor tekst er sitert er dette tydelig markert, og vist med kildehenvisninger. Der hvor man har referert eller ekserpert har man i henhold til APA 6 benyttet kildehenvisninger inn i tekst og i referanseliste. EndNote har vært benyttet som kildehenvisningsverktøy.

I de tilfeller hvor konklusjoner og drøftinger har blitt gjort på bakgrunn av et spesielt sterkt datagrunnlag, har man kommentert dette. I de tilfeller hvor konklusjonene har vært svekket av ulike årsaker har man hatt fokus på å være transparent angående disse svakhetene.

3.9.5 Å studere egen organisasjon

Forskeren har vært ansatt ved begge de to sykehusene som utgjør caset. Forskeren har samme stilling som de fleste av informantene. Forskeren kjenner de fleste av informantene godt profesjonelt, og i noen grad også personlig.

Jacobsen beskriver fordeler og ulemper med å studere den organisasjonen man selv er en del av. (Jacobsen & Jacobsen, 2022, p. 59). Fordelene er åpenbare. Man vet hvem man bør

og ikke bør spørre om hjelp. Man har en nokså god forståelse for hvordan ting fungerer. Ikke minst har man god tilgang til fysiske lokaliteter. Samtidig trenger man ikke bruke mye tid på å komme til og fra intervjuobjektet.

Ulempene er ikke riktig så åpenbare. Men har vært beskrevet i punkt 3.8. Et spesielt fokus må rettes mot risikoen er for at forskerens egne holdninger og verdier kan påvirke tolkninger av rådata og konklusjoner. Og at forskeren lett kan påvirke sine informanter. Videre er det en risiko for at forskeren går inn i arbeidet med en subjektivitet som kan komme til å påvirke hele arbeidsprosessen. Dette kan vurderes som en styrke og eller en svakhet. Det viktigste er å være klar over denne forskningsetiske avveiningen, og etterstrebe åpenhet og transparens rundt hvilken måte egen subjektivitet påvirker forskningsarbeidet. Dette har spilt en rolle spesielt i utarbeidelsen av årsakskategoriene som ble satt opp for drøfting. Disse er hentet, og støtte opp av sekundærdata. Men forskerens egen vurdering av problemstilling og case har påvirket valg av årsaksforklaringer. Dette er også dokumentert i oppgaven.

4 Case presentasjon

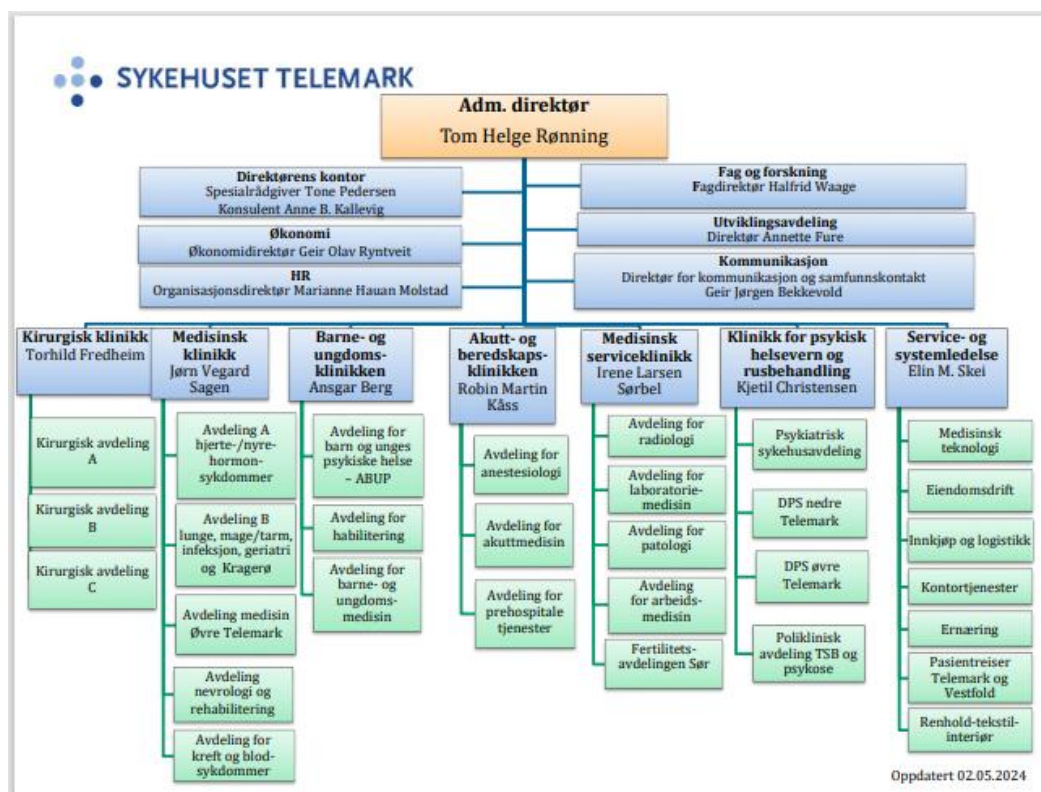
Studien tar utgangspunkt i driftsituasjonen i norske sykehus. Ettersom tid og ressurser har vært begrenset av rammene for oppgaven så måtte man velge ut noen punkter for observasjon. For å kunne danne et bilde av denne har man tatt utgangspunkt i to ulike sykehus. Det har vært viktig for sikre god spredning at disse to sykehusene er så ulike som mulig. Man har derfor sett på et mellomstort og et lite. Det ene sykehuset er en del av Helse-Nord RHF og det andre sykehuset er del av Helse-Sør-Øst RHF. Målet har vært danne seg en dybdeforståelse av driftsituasjonen ved sykehusene, utfra rammen om legers produktivitet. Man ønsket å se på hvordan arbeidsflyten påvirket denne. Begge sykehusene har gjennomgående klinisk organisering, eller GKO.

4.1 Sykehuset Telemark

Sykehuset Telemark ligger plassert med hovedsete i Skien, i Telemark fylke. Det har mye av sin aktivitet desentralisert, lokalisert ut i flere steder i fylket. Det har nedslagsområde som lokalsykehus for befolkningen i Telemark fylke, som tilsvarer knappe 180.000 innbyggere. Sykehuset har også regionsansvar innen enkelte behandlinger for et nedslagsfelt som omfatter Telemark fylke, Agder fylke og Vestfold fylke. Altså til sammen rundt 750.000 innbyggere.

Sykehuset Telemark Helseforetak er et av flere helseforetak som er eid av det regionale helseforetaket Helse-Sør-Øst RHF. Har omkring 4000 ansatte, fordelt på omtrent 3000 årsverk.

Organisatorisk har sykehuset Klinisk gjennomgående organisering. Det betyr at organisasjonen har flat organisasjonsstruktur. Det er en toppledelse med mange klinikker rett under. Legene i de fleste fagområdene er en egen organisatorisk enhet med egen leder for kun legegruppen. Sykepleierne er i de fleste avdelinger seksjonert under en personalleder. Det er noen unntak i enkelte fagfelt. Støttepersonellet, altså sekretærer og lederstøttefunksjoner er på klinikknivå knyttet til en annen leder enn den enheten de skal serve. Altså er det egne seksjoner hvor støttepersonellet er ansatt.



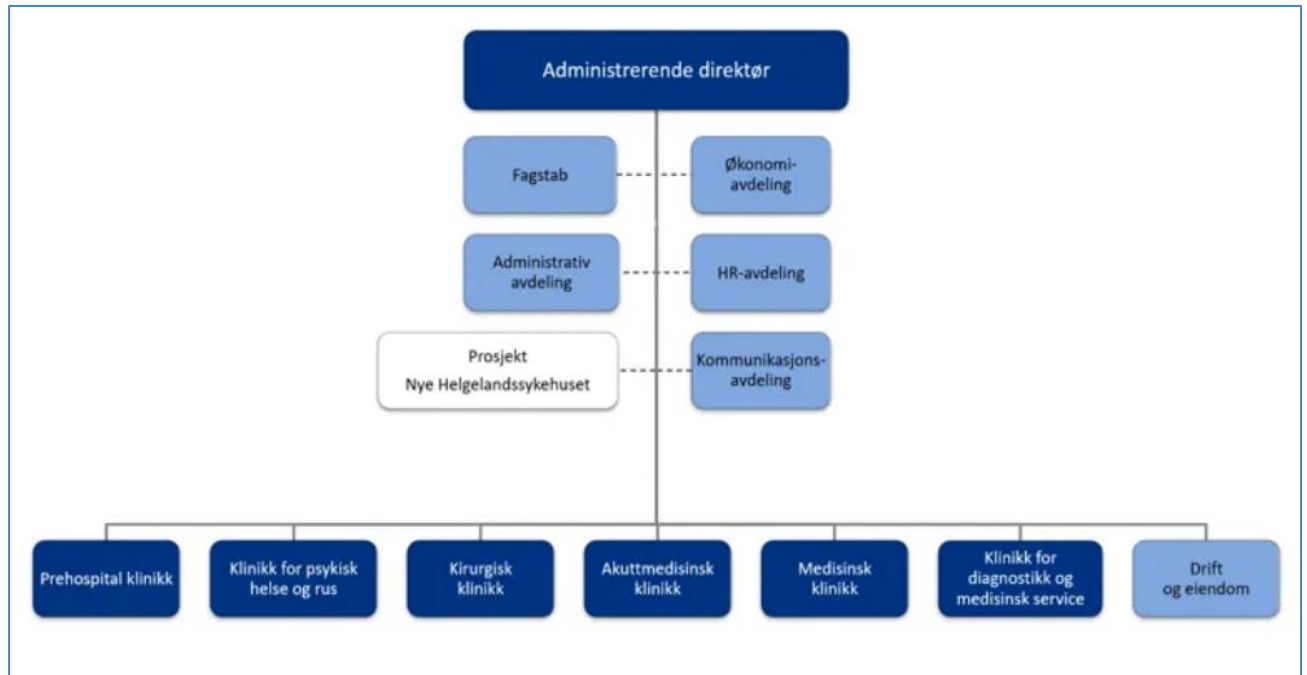
Figur 5: Organisasjonskart STH. Kilde: STHF

4.2 Helgelandssykehuset

Helgelandssykehuset HF er en del av Helse-Nord RHF. Det er et helseforetak bestående av tre driftsenheter plassert på Helgeland, Mosjøen, Sandnessjøen og Mo i Rana. I tillegg er det mindre driftssteder plassert i ulike steder i regionen. Helgelandssykehuset har, med noen få unntak, lokalsykehusfunksjon for regionen Helgelands befolkning som teller knappe 80.000

innbyggere. Helseforetaket har omtrentlig 1800 årsverk, og en omsetning på 2,5 milliarder NOK.

Institusjonen er organisert som Sykehuset Telemark gjennom modellen Gjennomgående Klinisk organisering. Altså med flat struktur.



Figur 6: Organisasjonskart Helgelandssykehuset. Kilde: hsyk.no

5 Presentasjon av empiri

5.1 Datamateriale

Primærdata er innhentet i perioden 11.03.24-21.03.24. Jacobsen skiller på enheter og informanter. (Jacobsen & Jacobsen, 2022, p. 196). Hvor intervjupersonene omtales som enheter, og informanter forklares mer som ressurspersoner som kan komme med oppklarende ekstrainformasjon.

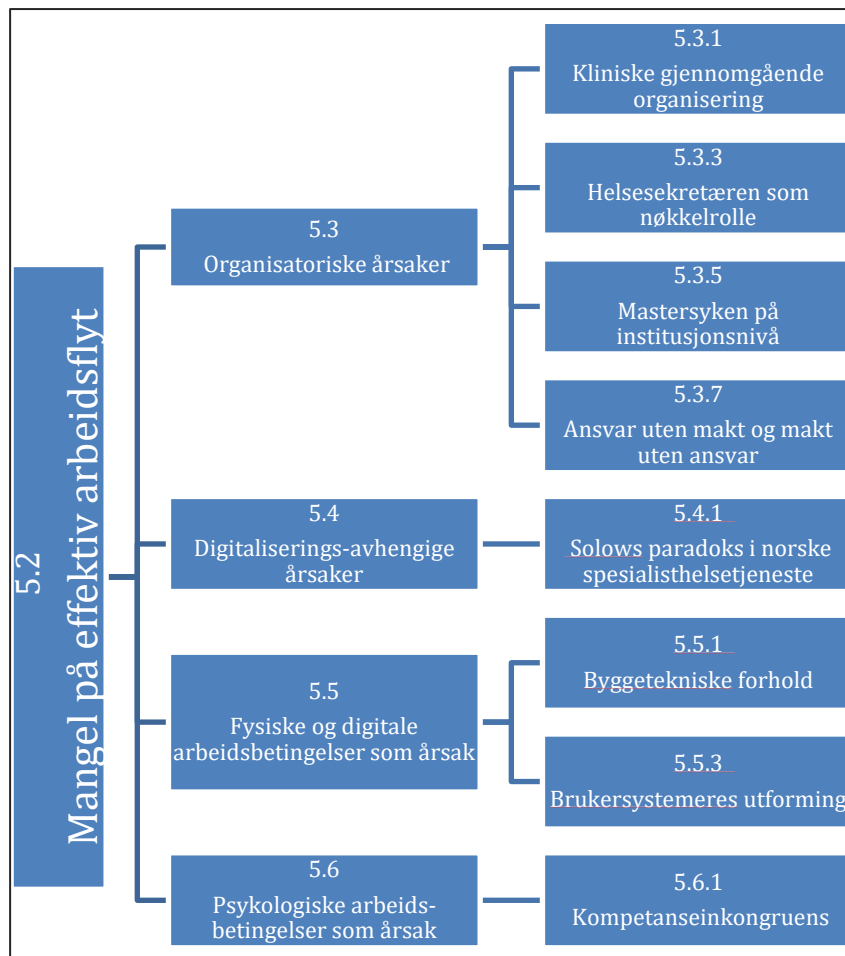
Oppgaven har seks enheter. Disse har sitt virke i enten kirurgiske fag eller indremedisinske fag. De er hentet fra begge sykehusene omtalt i case presentasjonen. De har minimum 10 års arbeidserfaring fra sykehus, de er alle spesialister i sitt fagfelt, begge kjønn er representert, det er representert ansatte med utenlands opprinnelse, norsk opprinnelse, grunnutdanning fra både Norge og utlandet og det er representert både ansatte med personalansvar og andre lederfunksjoner og også uten personalansvar og lederfunksjoner. Deduktiv metode dikterer at man har noen teorier som man gjennom rådatamaterialet søker etter støtte eller motstand for/mot. På denne måten kan man si at man drøfter en påstand, som jo er i tråd med vitenskapelig metode.

Da oppgaven først ble planlagt inneholdt den også å en tabell med kvantitative data hvor enhetene skrev inn hvilke arbeidsoppgaver de brukte mesteparten av arbeidstiden sin på, og kvantifisere dette utfra prosenter. Når man kom til bearbeidningen av datamaterialet ble det klart at omfanget dette materiale gjorde at oppgaven ble for stor for rammene satt av universitet. Derfor ble den kvantitative delen fjernet fra oppgaven.

Oversikt enheter		
Enhet	Antall år i SHT	Lederfunksjon
1	13	Nei
2	12	Nei
3	32	Nei
4	16	Ja
5	35	Ja
6	32	Ja

Figur 7: Oversikt enheter

5.2 Årsaksforklaringer til mangel på effektiv arbeidsflyt



Figur 8: Oppsummering av årsaksforklaringer

5.3 Organisatoriske årsaker

5.3.1 Gjennomgående klinisk organisering(GKO)

NPM ble for alvor innført i norsk helsevesen i 2002 med Helseforetaksloven. Som et resultat av dette ser man gjennom 2000-tallet et behov for endre sykehusorganisasjonen for å tilpasse den til kravene om mer vertikale organisasjonsstrukturer (Pettersen & Solstad, 2015, p. 187). De fleste offentlige norske sykehus har i løpet av 2010-tallet gradvis innført tverrgående klinikkstruktur eller GKO, som er beskrevet flere ganger tidligere i oppgaven. *Er GKO med på å gi ineffektiv arbeidsflyt og sekundært påvirke produktivitet?*

Gjenkaller man Mintzbergs oppdeling av organisasjoner, med operativ kjerne og støttestab, blir problemstillingen mer tydelig. Operativ kjerne og støttestab jobber i svært tett samarbeid og har ideelt sett sine virker helt integrerte. Den operative kjerne dreier seg i denne konteksten

om leger. Og støttestaben dreier seg om helsesekretærer og lederstøtte. Mer generelt kan kanskje disse omtales som fagspesifikke sekretærer og administrative sekretærer.

Sitat enhet nr 6

«i forbindelse med omorganisering til klinikkmodell så forsvant de lokale medarbeiderstillinger, som i praksis drev administrasjon her [på sykehuset], som i praksis bestod i lederstøtte for alle ledere på mitt nivå og over. Og det vi lider av nå er at det disse gjorde nå er blitt fragmentert og spredd rundt på andre lokalisasjoner. Dette er folk vi ikke kjenner og de er bare et navn og et ansikt på Teams. De er gjør ikke det samme. Jeg må nå gjøre mye mer selv, enn det jeg gjorde før vi fikk klinikkmodell»

«de som vi har igjen her i [sted] fungerer godt. Men de som bare sitter «i skyen». De kunne like godt sittede i India. De er såkalt ansvarsfraskrivende konsulenter. Dette er ikke min oppgave, og dette er ikke min oppgave etc. Dersom jeg skulle gjort alt som noen [sykehusledelsen] åpenbart mener jeg skal gjøre, hadde jeg ikke hatt et minutt igjen til klinisk arbeid.»

«i tillegg er de [støttepersonellet] som sitter lokalt takknemlige når vi ledere kommer innom og forteller hvorfor det må være sånn og sånn. Eller hvorfor vi må gjøre ting litt annerledes. Så de er veldig fornøyde med at vi har korte kanaler»

Sitat enhet nr 4

«Det [samarbeidet med støttepersonell] er både og vil jeg si. Det er tidvis helt supert på noen fronter, og på andre fronter ikke så godt fungerende. Så det er et stort spenn.»

«det er tidvis en rar blanding. At de [støttepersonellet] på den ene måten skal de være generalister og på den andre måten skal de være veldig seksjonert og nede i veldig mange sånne enheter, og på et sted pulveriseres ansvaret langs veien. Det synes jeg er litt sånn kjennetegn for driften her.»

«det er nok noe som på papiret, er et godt rigget system [med støttepersonell], men som preges av litt for store organisatoriske avstander»

«et eksempel er at vår inntakssekretær ikke har tilgang til sengepostliste, slik at hun kan sette opp pasienter til operasjon. Den tilgangen har hun mistet, og det er et DIPS [elektronisk pasientsystem] forvaltningsstandpunkt. At inntakssekretærene ikke skal ha tilgang til inneliggende pasienter. Og da vet jeg ikke hvor mange eposter og mye jobb jeg har sendt for å si at dette er ikke hensiktsmessig. Og da svarer avdelingsleder at han har undersøkt dette nærmere og det er ingen andre enn oss som ønsker det. Så da kan ikke det være nødvendig.»

«for eksempel at inntakssekretærer er nå i en egen seksjon, for de er alle like. Og da skal de samles. Men vi fagfolkene er mer opptatt av at vi har de tilknyttet faget vårt. At inntakssekretærene jobber sammen med legene, ikke at hun jobber med andre inntakssekretærer. Og det sliter vi litt med å få. Det er et standpunkt sykehuset har tatt, at det er et år siden de ble organisert slik, til tross for sterk motstand ble det gjennomført slik.»

«Jeg klager [til min leder] om at det [støttepersonellet] ikke fungerer. Jeg får til svar, hva kan jeg gjøre for å spille henne god? Jeg har ikke personalansvaret eller fagansvaret[for støttepersonellet]. Og det er ikke mitt ansvar. Jeg trenger å få jobben gjort.»

5.3.2 Oppsummering og drøfting

Organisatorisk dekobling

Basert på flere utsagn kan det se ut som GKO resulterte i en organisasjonsendring som endte opp slik at støttepersonellet langt på vei ble flyttet organisatorisk vekk fra den operative kjerne. I stedet for at støttepersonellet er koblet nært sammen med de som utfører kjernevirksomheten, så er de organisert sammen i en ekstern gruppe. Støttestab følger en lederlinje og den operative kjerne en annen. En slik organisering vanskeliggjør å forene kjerneverdiene og målene disse to gruppene i mellom. Det er vanskelig å sette premissene for det arbeidet den operative kjerne er avhengig av at blir utført av støttepersonellet. Da disse to, egentlig uatskillelige gruppene nå er blitt skilt, blir det også vanskelig å legge til rette slik at støttepersonellet gjøres i stand til å utføre sin jobb. Helt konkret blir dette tydelig, når støttepersonellet ikke en gang kan tildeles de datatilganger de trenger for å gjøre jobben sin.

Mer generelt omtales slik dekobling for silotenkning. Problemet kommer til overflaten i det den operative kjerne ikke innvilges handlingsrom over sin egen støttestab. Man kan si at den operative kjerne får redusert sitt laterale handlingsrom. Resultatet ser i beste fall ut til at støttestaben da ender opp med å få mer en konsulentrolle i driften, enn å ha direkte driftsansvar. Og i verste fall kan det nesten virke som at disse to gruppene står i et konkurranseforhold til hverandre. Hvor begge kjemper for å overføre oppgaver til hverandre. Dette problemet blir vanskelig å løse ettersom de følger ulike lederlinjer.

Ansvarspulverisering

I tillegg kan det se ut som at de stillinger i støttestab ble flyttet vekk fra kjernevirksomheten fikk sitt ansvarsområde pulverisert. Sitat som at «disse kunne like godt sittede i India» viser hvor mye man som operativ kjerne kan stole og lene seg på støttestab. Det kommer frem at støtteapparatet er veldig opptatt av å fortelle hva som ikke er deres jobb. De har altså sine oppgaver klart definerte. Det kan se ut til å være en ugunstig løsning for det operative personellet. Operativ kjerne må forholde seg til svært mange aktører som er spisset på kun et og et felt. Det kan virke som at en god del arbeidsoppgaver ikke ble fordelt når endringen inntraff.

Suboptimal informasjonsflyt

Informasjonsflyten mellom de to gruppene, har et krevende utgangspunkt. De er lokalisert til ulike geografiske steder. Dette legger sjelden til rette for at de møtes, eller kanskje aldri møtes ansikt til ansikt. Kun over digitale meldinger og i digitale møter. Det å oppnå onboarding og teambuilding er dermed omtrent umulig. Det vanskeliggjør den daglige driften, da støttepersonellet ikke er tilstede i møter og andre beslutningsfora hvor planer og bestemmelser treffes. På grunn av dette må støttepersonellet informeres om hver lille justering som gjøres. Dette kan dreie seg om et titalls små og store endringer i løpet av en og samme arbeidsdag. Dette er i seg selv en tidkrevende jobb, og risikoen for avhendingssvakheter i informasjonsflyten er stor.

5.3.3 Helsesekretærrollen som nøkkelrolle

Helsesekretær, legesekretær, medisinske sekretærer; flere betegnelser for samme rolle. Denne gruppen har tradisjonelt, på lik linje med leger og pleiepersonalet, vært en drivende kraft i sykehusdriften. Gruppen har aldri hatt svært profilerte fagforbund sammenlignet med andre

yrkesgrupper i SHT. Men denne kanskje litt anonyme gruppen, har vært tilretteleggerne, limet, kommunikasjonsnettverket og planleggerne som gjennom mange tiår har fått de svære sykehusorganisasjonene til å henge sammen. De er som styrestaget, girstangen og vaierne som gjør en kaptein i stand til å sømløst manøvrere og administrere et stort skip.

Siste tiår har årsverksutviklingen til denne yrkesgruppen stått på stedet hvil. Ser man på pleiepersonale som en gruppe har disse hatt en økning på rundt 7000 årsverk i perioden 2015-2021. I framskriving til 2040 kommer det frem at utviklingen i antall årsverk for helsesekretærer vil synke med over 8 % som eneste yrkesgruppe i den offentlige helsetjenesten. Det er altså forskuttert at rett i forkant av eldrebølgen, kanskje den største utfordringen norske helsevesen har stått overfor de siste 50 årene, så skal altså en hel yrkesgruppe krympes med nesten en tiendedel. Mens andre grupper er spådd en økning på 50-, 60 og nesten 70% økning i antall årsverk. Hva skjer så med oppgavene og funksjonene som denne yrkesgruppen har utført inntil nå? Og hvordan påvirker denne utviklingen produktiviteten til norske leger i SHT?

Sitat enhet nr 2

«Det ville jo gjort at man kunne tatt unna flere pasienter enn i dag. Så da kan man jo mye mer fokusere på det rent medisinske. Som i det store og hele nå kanskje er under halvparten av hva man bruker tiden på...det er jo det som er kjernevirksomheten, men det gjenspeiles ikke i hvor mye tid man faktisk bruker på det.»

«I poliklinikken for eksempel, jeg kunne ha tatt flere pasienter. Hvis jeg kunne diktert, og hvis jeg hadde hatt personer som hadde tatt hånd om kontroller, diagnosesetting, alt det, så kunne jeg bare fokusere på pasienter, og gjort en faglig vurdering på det. Og så sagt en muntlig plan som noen andre hadde i iverksatt.»

«Jeg tipper per poliklinisk besøk, så er kanskje den tiden pasienten faktisk er inne, av total tid som er avsatt, er jo i halvparten. Jeg tror jeg kunne tatt 30% flere pasienter»

Sitat enhet nr 1

«ja hvis vi tar poliklinikk. Den som er lege der, den gjør så og si alle ting. Vi tar prater med pasienten, samtaler med pasienten, vurdering. Blodtrykk, puls, bestiller blodprøver. Så generelt er det jo veldig mange av de oppgavene som man ikke trenger å være lege, utdannet lege for å gjøre. Jeg synes jo ikke det fungerer så veldig bra. Da tenker jeg vi har mye å hente på oppgaveglidning. Det har vi veldig mye å hente. Det er et ekstremt stort utviklingspotensial i det. Mange av oppgavene kan fordeles. Tar mye av hverdagen, og generere en god del jobb. Og det blir stress og overtid. Og kanskje redusert samtale med pasientene. Kvaliteten generelt, som går ned.»

Sitat enhet nr 3

«vi går ut og henter pasient, pasienten må kle av seg, fotografier må tas. Dette er rent tap av tid. Og så undersøker vi pasienten. Og så kommer den administrative delen med notater og registrering. Dette er ikke lønnsomt. For at en klinikk skal drives effektivt krever det at vi har støttepersonell som vi samarbeider med.»

«Jeg kjenner til systemer hvor leger har kun et ark. Hvor man kort kun skrive inn diagnose og skrive hva som blir neste aktivitet [i pasientens behandlingsplan] og frist. Senere på dagen henter en sekretær de arkene og registrerer i systemene.»

Sitat enhet nr 5

«Dette er det eneste sykehuset som fortsatt har en viss funksjon med medisinske sekretærer, som tar diktat. Det er jævla bra. Den dagen jeg ikke har noen som kan ta diktater, da skal jeg slutte å jobbe. I hvert fall på sykehus.»

Sitat enhet nr 6

«Her har vi oppglidning motsatt vei. Fra sekretærene og opp til enhetslederen.»

«De merkantile oppgavene har glidd feil vei. De har glidd fra de merkantile ressursene [støttepersonell] som ikke er der lengre. Vi vet ikke hvor de er blitt av. Men de er borte vekk. Og [merkantile oppgavene] over på legene.»

«Det er nesten ingen av oss dikterer lengre. Vi hadde problemer med å få sekretærene til å skrive. Fra vi hadde diktert tok det en uke til det var skrevet. Men det kunne ligge en uke eller to uker før det var skrevet. Og når du skulle lese korrektur hadde du glemt hva det skulle stå. Så en del av merkantilt har gått over til legene.»

«Det er ikke tvil om at 90% av det jeg kaller administrativ rutinearbeid. Ikke så mye, men i hvert fall 80% kunne fløtet mye enklere om jeg hadde personale til å hjelpe til med dette. Jeg tror jeg kunne ha hatt en og en halv dag ekstra pr uke til klinisk arbeid, og likevel kunne fungert som leder.»

«For da [jeg startet i 1992] hadde du jo to [støttepersonell] som gikk foran deg, og la til rette for deg hele veien. Og sånn er det jo i en del andre land. Med der har det skjedd en dreining. De [sykehusadministrasjonen] skal jo ikke ha sekretærer til å gjøre noe. De [legene] skal gjøre mest mulig selv. Så dermed får du [som lege] ikke behandlet så mange pasienter, for det er så mye administrativt arbeid du må gjøre.»

«Når jeg begynte her [1992] så var det postsekretær. Det er det jo ikke lengre. Så når du hadde gått visitten, så lå reseptene fylt ut, og så var sykemeldingene fylt ut. For hun hadde jo sjekket hvor de [pasientene] jobbet, og hørt på previsitten hvor lenge de [pasientene] skulle være sykemeldt. Så etter visitt så bare sjekket vi [legene] at det var riktig, og så signerte vi. Og så gikk vi og opererte. Så at, nå tar legene alt. Og det tar tid, for selv om vi har et bra IT-system så er det mange klikk du må igjennom. Det stjeler mye legetid, som er dobbelt så dyr som en sekretærtid.»

«Vi hadde [i år 1992] en stor skrivestue her. Som fungerte. De fleste av dem er vekke. Det finnes jo ikke slike stillinger lenger. Og disse kunne fått andre oppgaver. Som kunne ha opprettholdt den kliniske effektiviteten til hver enkelt lege.»

5.3.4 Oppsummering og drøfting

Tilrettelegging

Legen er jo ikke som soloperson veldig nyttig i et sykehus. Å behandle pasienter i dagens helsevesen er komplekse oppgaver, som involvere avansert tekniske hjelpemidler og med svært mange involverte instanser og profesjoner. Legen kan anses som leder for et team, eller leder for et behandlingsforløp. Utfra enhetenes beskrivelse er det klar intersubjektivitet når det gjelder frafallet av legesekretærens funksjon. Rutineoppgaver som å ta blodtrykk, gjøre pasienten klar for undersøkelse, sikre fotodokumentasjon, geleide pasienten inn og ut av undersøkelsesrom tar en stor del av tiden spesielt i de korte pasientløpene som polikliniske konsultasjoner for eksempel. En enhet forteller at han/hun bruker kun halvparten av tiden til å være med pasienten. Mens resten går med for og etterarbeid.

En enhet har åpenbart mye bedre tilgang til merkantile ressurser enn de resterende, og viser stor takknemlighet, og nesten entusiasme over dette. Men poengterer samtidig at han/hun ikke lengre ønsker å jobbe ved et offentlig sykehus dersom denne funksjonen faller vekk. Det er mulig enheten spissformulerer seg i anledning intervjuet, men dette er likevel med på å illustrerer hvor viktig samarbeid med disse støttefunksjonene er for det operative personellet som ivaretar sykehusets kjernevirksomhet.

Koordinering, dokumentasjon og kostnadsvekting

Svært mye tid går med til samordning og koordinering av ulike deler av behandlingsløpet. Sikre at pasienter får time til supplerende undersøkelser som røntgen eller blodprøver. Mye tid går med til å sikre dokumentasjon som kunne vært utført av en sekretær. I tillegg kommer det frem at legene bruker svært mye tid på kostnadsvekting av konsultasjonene. Altså å fylle inn i koder, eller pris og kostnadskategorier, for undersøkelser og prosedyrer som ble utført. Disse kodene er med på å bestemme inntektene sykehuset mottar fra staten. Mange rene merkantile oppgaver som ikke har noe med medisinfaget å gjøre, eller trenger medisinsk fagkompetanse for å utføre er overført til legene. En enhet mener å kunne øke egen produktivitet med rundt 30 % dersom de merkantile ressursene hadde blitt optimalisert.

Administrativ støtte og oppgaveglidning

Administrativt rutinearbeid, som å føre inn endringer i turnusplanlegger, som å formulere innhold i administrative skriv, sikre bemanning til alle oppgaver bruker en enhet 1,5 arbeidsdag på pr uke. Altså rundt 30% av sin stilling. Han/hun merker at ressursene har forsvunnet, men forteller at han/hun vet ikke hvor de er blitt av. Dette kan tyde på at

ressursene er fjernet gradvis. Og flere enheter forteller om oppgaveglidning som går feil vei. Altså fra et lavere kompetansenivå til et høyere kompetansenivå når det gjelder administrativt rutinearbeid.

5.3.5 Mastersyken – på institusjonsnivå

Mastersyken er et begrep som verserer i samfunnsdebatten for tiden. Man mener at det omtrent har gått inflasjon i mastergrader. Og at en mastergrad er et must for å komme seg inn på jobbmarkedet, og også komme i posisjon ved arbeidstedet. Det har utvilsomt et kompetansehevingselement ved seg. Men kritikerne har spurt seg hvorvidt all denne kompetansen kan synliggjøres i bedre resultater på både individnivå og på organisasjonsnivå.

Vi ser samme tendenser i offentlige norske sykehus. Sykepleierutdanningen har et vesentlig sterkere akademisk fokus enn tidligere. Mindre tid brukes på å lære det kliniske, altså selve den medisinske behandlingen. Og mer tid brukes på at sykepleierne skal lære forskningsmetode og sikre seg akademiske meritter. Mye av det kliniske stoffet er flyttet til studiet «Master i kliniske sykepleie». Dette er en studieretning som i grunn kun er en påbygning av grunnstudiet. Den generelle sykepleieren som kan litt av alt er dermed en saga blott om noen år. Hjelpepleieryrket forsvant fullstendig som studietilbud for flere år siden. Denne yrkesgruppen hadde som fokus pleie av den sengeliggende pasient, hygiene og hadde god opplæring i basale pleieoppgaver, og var solide generalister.

Portører som de fleste sykehus har ansatt for å være en intern transporttjeneste for pasienter og teknisk utstyr har nå fått eget fagbrev. Dette har nylig blitt en formell utdanning med fagbrev. Utdanningsdirektoratet sin læreplan for portørfaget skrives der følgende om yrkesutøvelse: «*Hovedområdet handler om sikker og omsorgsfull forflytting og transport av pasienter og brukere ved hjelp av ulike metoder og bidra til et optimalt pasientforløp*»(Utdanningsdirektoratet). Dette er et fireårig utdanningsløp. Selv om dette ikke er en mastergrad så må det ses som et eksempel på samme fenomen.

Helsesekretærene er som nevnt i pkt 6.3.3 sterkt redusert. Man kan nok si at hele spesialisthelsetjenesten har tatt et stort steg vekk fra tanken om å ha generalister.

Fenomenet har utvilsomt positive sider. Det blir høy «kompetanse i alle ledd» som jo har vært en målsetning for mange offentlige etater. Men hvilken konsekvens har disse organisatoriske endringene fått for oppgavefordelingen ved norske sykehus? Hva har skjedd med de oppgavene som ikke krever høy akademisk kompetanse for utføre, men allikevel er helt essensielle for sykehusdriften? Linda Lai skriver om kompetanseplanlegging og

kompetanseanalyse(Lai & Lai, 2021, pp. 14-15). Her må man kanskje innse at forarbeidet til kompetansebyggingen i SHT ikke har vært særlig målrettet.

Spørsmålene over må ses i sammenheng med begrepet oppgaveglidning. Det er dette helseminister Kjerkol referer til i sykehustalen 2024 når hun sier «...gjennom hensiktsmessig oppgavedeling, samhandling, digitalisering og innovasjon» (Kjerkol, 2024). Begrepet er beskrevet i WHO sin rapport på følgende måte «*task shifting involves the rational redistribution of tasks among health workforce teams. Specific tasks are moved, where appropriate, from highly qualified health workers to health workers with shorter training and fewer qualifications in order to make more efficient use of the available human resources for health*»(Chan, 2007, p. 81). «Task shifting» har fått den norske betegnelsen oppgaveglidning og betyr altså en bevisst omdirigering av arbeidsoppgaver fra et høyere til et lavere kompetansenivå.

Sitat enhet nr 1

«Hvis en yrkesgruppe for eksempel har nedfelt skriftlig at de skal utføre akkurat 10 arbeidsoppgaver. Så byr jo det på en del problemer. Jeg vet en del sykepleiere som har lyst å gjøre mer, og gjøre flere oppgaver uten at det byr på noen fare for pasientene. Men som får kjeft hos den eldre generasjon [sykepleiere].»

«Men det med oppgaver som går på sårskift og bestemme bandasje, og de tingene på sengepost. De tenker jeg sykepleierne kan gjøre, til og med bedre enn en kirurg. Det tenker jeg er en grei ting. Andre ting, så blir det jo kontakt med kommunen [angående konkrete pasientopplysninger]. Man [sykepleierne] har jo på en måte prøvd å gå over til at visittgående lege skal skrive mye, som søknader og diverse sånne ting. Og det tenker jeg er feil å gå. Ofte er det jo sykepleierne som kjenner pasientens behov. Det [at sykepleierne fører egne dokumenter] er jo bedre. Det er også det beste for pasienten. I enkelte settinger så blir legen, sykepleierens sekretær.»

Sitat enhet nr 2

«Men det er ganske mange sykepleieroppgave, blant annet for sårstell som det er naturlig at sykepleierne gjør. Som har blitt overført mer og mer til legegruppa. Og at man da har en omvendt oppgaveglidning.»

Sitat enhet nr 6

«de som vi har igjen her i [sted] fungerer godt. Men de som bare sitter «i skyen». De kunne like godt sittede i India. De er såkalt ansvarsfraskrivende konsulenter. Dette er ikke min oppgave, og dette er ikke min oppgave etc. etc. Dersom jeg skulle gjort alt som noen [sykehusledelsen] åpenbart mener jeg skal gjøre, hadde jeg ikke hatt et minutt igjen til klinisk arbeid.»

«Ingenting skal kalles sekretærarbeid lengre. De er rådgivere og konsulenter. Det er jo ikke det vi trenger. Vi trenger noen til å gjøre det [administrativ og merkantilt arbeid] for oss. Så får de kalle seg hva de vil. Og så er det et poeng at det er ikke så lett å finne flinke folk til det. For det krever faktisk en hvis effektivitet og se sammenhenger. Og så må du ha en viss peiling på IKT. Og så må du ha full kontroll på hvem som skal ha de forskjellige beskjeder.»

5.3.6 Oppsummering og drøfting

Et kompetanseparadoks

Hva skjer når omtrent samtlige yrkesgrupper med rette kan si: «nei, dette er ikke en oppgave for en spesialsykepleier, en fagutdannet portør, psykologspesialist, nei dette er ikke min oppgave etc.»? Resultatet er at oppgavene havner ikke i noens ansvarsområde.

Ansvarsområdene pulveriseres, men ansvaret og oppgaven pulveriseres ikke. Når personellet som hadde ansvaret ikke finnes, eller ikke finnes i sin opprinnelige form så flyttes oppgavene over til noen andre. Sitater fra oppgaven viser med tydelighet at disse oppgavene da tar veien til legene. Altså den yrkesgruppen med høyest fagkompetanse.

Det kan altså fremstå som at flere av minst kompetanseavhengige oppgavene ender opp hos de ansatte med høyest faglig kompetanse. Rundt denne påstanden var det høy grad av intersubjektivitet hos enhetene. Det er vanskelig å ikke tilskrive dette, i alle fall i noen grad, «masteryken på institusjonsnivå» som tittelen på avsnittet lyder. Når helseministeren ettertrykkelig understreker WHO-prinsippet om oppgaveglidning, mens det i realiteten i stort mon skjer det motsatte så illustrerer dette et paradoks.

5.3.7 Ansvar uten makt, og makt uten ansvar

Juridisk ansvarliggjøring

Lovverket som styrer sykehusdriften i Norge består i hovedsak av Pasientrettighetsloven, Specialisthelsetjenesteloven, Helsepersonelloven og Helseforetaksloven. Lovene går langt i å delegere ansvar for behandling og medisinskfaglige vurderinger i sykehusene til sykehuslegene. Ansvar for feil og uheldige hendelser påhviler også legene i høyere grad enn annet personell da behandlingsansvaret hovedsakelig er lagt til legene. Under følger to av mange eksempler som illustrer dette.

Helsepersonelloven uttaler utvetydig at legene har ansvaret for faglige, medisinske behandlinger og vurderinger. *«Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.»* (§ 4 "Helsepersonelloven," 1999).

Regjeringen utga i 2013 et rundskriv til Specialisthelsetjenesteloven. Her går man langt i å ansvarliggjøre enkeltpersoner som har behandlingsansvar. *«At det enkelte helsepersonellet har et ansvar for forsvarlig yrkesutøvelse innebærer at både helsepersonellet og ledelsen kan holdes ansvarlig for uforsvarlig pasientbehandling. Ledelsesansvaret utelukker med andre ord ikke at det enkelte helsepersonell også holdes ansvarlig for uforsvarlig pasientbehandling.»* (Omsorgsdepartement, 2013, p. 5). Her kommer det tydelig frem hvilket personlig ansvar det påhviler den legen som har behandlingsansvaret i en sykehusinstitusjon.

Omdømmemessig ansvarliggjøring

Personifisering av sykehussektoren i media har et betraktelig sterkere fokus mot leger enn mot annet personell. Her menes at når media har fokus på en sak, for eksempel relatert til uheldige pasienthendelser ved et sykehus så er det ofte en konkret, og av og til navngitt lege som blir i fokus. Dette står i kontrast til annet personell som også kan få mediefokus, men da i kraft av sin stilling, ikke i kraft av sin person. Flere eksempler kan nevnes:

I 2014 ble Avisa Nordland dømt i høyesterett for ærekrenkelser mot kirurgen Radislav Kunda. Etter flere år med pågående mediedekning av pasientforløp som legen utførte i kraft av sin ansettelse ved sykehus, ikke som privatperson. (Budalen, 2014). Kunda endte med å flytte ut av landet i etterkant av saken, og ble tildelt erstatning på 400.000 nok grunnet ærekrenkelser.

En pågående nasjonal mediedekning av en bedrageritiltale mot øyelege Jens Kratholm i Narvik endte i 2023 med frifinnelse i lagmannsretten, og med et erstatningskrav mot staten på nærmere 100 millioner kroner. På sammen måte blir en enkeltperson fokus i media i kraft

av sin gjerning som avtalespesialist under Helse-Nord. (Guttormsen, 2023). Saken er ikke ferdig i sin gang i rettssystemet, men skyldspørsmålet er ikke så relevant i denne sammenhengen. Det er personfokuset.

Ved Sykehuset Telemark fikk en konkret lege et stort mediefokus i 2023, etter at en pasient med en alvorlig håndskade fikk lagt et hudsnitt i feil finger. (Kittilsen, 23). På nytt er det ikke sykehuset som får kritikk i media, det er legen selv. Som person. Flere slike saker verserer i media for tiden.

Sakene illustrerer i høy grad med hvem opinionen forbinder og holder ansvarlig, når det angår behandling utført i den statlige spesialisthelsetjenesten. Dette er med på legitimere legen som sykehusets ansikt utad, og ansvarliggjør dermed legen ikke bare juridisk, men også omdømmemessig.

Økonomisk ansvarliggjøring

Ansvar for en betydelig del av sykehusenes økonomiske inntektstilfang ligger også plassert hos legene, gjennom ISF-ordningen. Inntektsstyrt finansiering er en finansieringsordning som står for omlag halvparten av sykehusenes inntekter. Den tar utgangspunkt i aktiviteten eller produksjonen et konkret sykehus har hatt i inneværende budsjettår. Jo mer behandling et sykehus har utført, jo mer økonomisk støtte får det. Hvor høy ISF et sykehus får tar blant annet utgangspunkt hvilke og hvor mange DRG-koder som sykehuset har rapportert inn. Disse kodene bunner primært i legenes aktivitet, og registreres også i all hovedsak av leger ved norske sykehus. Dermed er legene og legeaktivitetene avgjørende for sykehusøkonomien.

Maktfordeling og handlingsrom

«the possession of great power necessarily implies great responsibility» *William Lamb, 1817*

Et generelt prinsipp er at makt og ansvar følger hverandre. Med makt følger det et ansvar, men også i motsatt retning er man avhengig av en viss mengde makt og handlingsrom for å ta et ansvar. Sykehusene ledes gjennom både uformell og formell makt. Den formelle makten følger lederlinjer fra toppledelse, via klinikkledelse og ned til de ulike driftsenhetene. En institusjonell ulogikk åpenbarer seg når man ser videre på hvor liten del av den formelle makten i spesialisthelsetjenesten som er plassert er i legegruppens hender, sammenlignet med mengden ansvar som er plassert på samme sted.

Det er naturligvis vanskelig å eksakt måle makt og handlingsrom. Men hvem som besitter de ulike stillingene som innehar mye formell makt gir en indikasjon på hvordan maktfordelingen er. Og sier også noe om hvilken yrkesgruppe som har betydelig

handlingsrom og hvilken yrkesgruppe som ikke har det. Lederstillinger ved norske sykehus besettes i betydelig grad av personer uten medisinskfaglig kompetanse. En gjennomgang fra 2021 viser at kun om lag halvparten av lederstillingene ved norske sykehus var besatt av fagutdannet personell(Bergsagel, 2021). Av de samme lederstillingene var det kun omtrent 30 % som var besatt av leger.(Bergsagel, 2021).

Sitat enhet nr 6

«Jeg har tro på at leger bør bli ledet av leger. Det kan du også trekke over til veldig mange andre. Industri og økonomi. Det var en tid hvor det å være leder, var et yrke i seg selv. Men jeg er ikke i tvil om at du er en god leder dersom du vet hva du snakker om. Og når de kommer og forteller at vi trenger faktisk det utstyret eller vi trenger faktisk en person til det. Så skjønner lederen hva du snakker om. Det er min mening.»

Sitat enhet nr 4

«Det påvirker meg jo med veldig mye frustrasjon, spesielt når man må be om ting flere ganger. Og når det er liten forståelse fra andre, hva skal jeg si, ledere og øvrige ledelse som ikke har samme yrkesbakgrunn. Som ikke forstår hvorfor du ber om de tingene du gjør, og hvor det og det er viktig.»

«Jeg får legge til at min leder har veldig ofte spurt hva jeg kan gjøre for å avlaste deg? OG er veldig interessert i det, men ikke så interessert i svaret jeg gir.»

5.3.8 Oppsummering og drøfting

Deakademisering

Man ser altså at ansvaret i SHT følger faglige meritter, mens formell og legitimert makt eller beslutningsmyndighet ikke gjør det. Man kan lese utfra enhetenes sitater at dette har konsekvenser. Enhet 6 poengterer at han/hun opplever det som viktig at leger ledes av leger. Dette handler om ressurser, både personellmessige men også utstyrmessige ressurser. Man kan tolke det dithen at nettopp den faglige kompetansen er avgjørende for å ha innsikt til å prioritere hva organisasjonen trenger av ressurser og hva man ikke trenger. Dette formuleres godt i setningen «Men jeg er ikke i tvil om at du er en god leder dersom du vet hva du snakker om». Dette kan kanskje fremstå som en selvfølge, men i praksis er det ikke nødvendigvis slik sykehusorganisasjonene ledes. Dette kommer frem i sitat fra enhet 4. Hvor han/hun beskriver

mye frustrasjon over manglende fagkunnskap i lederlinjen over seg, når det gjelder spørsmål som er viktige for å ivareta det pasientansvaret som han/hun har.

I siste sitat fra enhet 4 kommer det også frem noe man må tolke som en ansvarsfraskrivende holdning fra leder. Hvor lederen oppleves som psykologisk støttende, men ikke interessert i følge opp nødvendige tiltak for å sikre god arbeidsflyt for enheten. Resultatet av at man fra toppledelsens side ikke er nok bevisst, eventuelt svært bevisst på det motsatte, nemlig å fylle lederstillingene ved sykehusene med medisinsk fagkompetanse får man det man kan kalle en deakademisering av tjenesten. Endepunktet er at man langt på vei ender opp med en faggruppe med fagansvar uten makt. Og en ledelse med makt uten fagansvar.

Man kan tolke enhet nr 4 som at han/hun opplever beslutningsveiene som treige og tungrodd. Han/hun går langt i å beskrive en situasjon hvor det å forankre beslutninger om innkjøp og andre tiltak fremstår frustrerende og tungrodd, ettersom lederlinjen mangler fagkunnskap. Dette er ikke så vanskelig å forestille seg da det ofte er snakk om kompliserte medisinske avveininger og svært avansert teknisk utstyr, som nettopp krever mye fagkunnskap for å skjønne konsekvensen, bruken og nytteverdien av.

Man må stille seg spørsmål om hvorfor det er så få leger i ledelsen av norske sykehus. Å ta en lederstilling som overlege vil i praksis i noen tilfeller si en reduksjon i lønn fordi man mister vakttillegg, i de fleste tilfeller vil dette si ingen lønnsøkning eller i beste fall en helt minimal lønnsøkning. Men med et betydelig økt ansvar og arbeidsmengde. For annet personell som en sykepleier for eksempel vil det å ta en lederstilling innebære like stor arbeidsmengde, men et mindre ansvar da en sykepleier ikke selvstendig kan ha en medisinsk fagansvar, og kanskje innebære en dobling eller tredobling i lønn. Derfor blir insentivene for søke lederstillinger svært forskjellig.

5.4 Digitaliseringsavhengige årsaker

5.4.1 Solows paradoks i norsk spesialisthelsetjeneste

«You can see the computer age everywhere but in the productivity statistics»
Robert Solow, 1987

Gjennom 80 og 90-tallet, etterhvert som IT-teknologien gjorde sitt inntog, innså man også nytten dette kunne ha i SHT. Digitaliseringen kom gradvis med digitale

tekstbehandlingsverktøy, og etter hvert har alt blitt knyttet til internett og databaser plassert «ute i skyen». I dag har man mulighet for koble seg til elektronisk pasientjournal fra en smarttelefon, en privat-PC og naturligvis fra hele sykehusområdet. Dette har utvilsomt muliggjort en helt ny og mye mer fleksibel arbeidsflyt. Mulighetene rent medisinsk har også blitt revolusjonert. Alt i alt er det dette vært et gode, og i dag er det nok absolutt ingen som ønsker seg tilbake til en tid hvor røntgenbildene ble hengt opp og tydet mot lyssterke visningsvegger.

Svært mange arbeidsprosesser har blitt digitale og dermed noe mer effektive. Dette er nok mye av forklaringen på hvordan man har kunnet nedskalere så mye på merkantilt personell jmf. pkt 6.3.3. For det var i all hovedsak merkantilt personell som tok seg av alle de analoge prosessene. Og dermed har det merkantile personellet blitt byttet ut med digitale løsninger.

For legene er arbeidsmåten også påvirket, men ikke revolusjonert som for andre yrkesgrupper, som følge av digitalisering. Arbeidsflaten er digital, og ikke på papir. Tenkemåten er den samme, rundt diagnostikk og behandling. De nødvendige verktøyene er fortsatt nødvendige og har blitt flere, og er nå i hovedsak digitale. Det er fortsatt behov for prøvesvar, behov for å vurdere radiologiske bilder, pasienten er den samme. Noen diagnoser behandles best med kirurgi, noen diagnoser med medisiner, noen diagnoser mer ulike former for samtale terapi etc. Tiden det tar å finne riktig behandling, og utføre behandlingen har ikke generelt sett blitt radikalt redusert som følge av digitale verktøy, slik som mange teknologioptimister nok hadde håpet.

Etter hvert som merkantilt personell ble nedskalert og byttet ut med digitale løsninger, ble hele oppgaveporteføljer overført til legene. Arbeidsprosessene ble ikke borte, de ble bare digitale og dermed litt mer effektive og overført til legene, jmf pkt 6.3.4. Solows paradoks eller Produktivitetsparadokset beskriver det samme i et makroperspektiv, hvor produktiviteten ikke på langt nær økte i takt med investeringene i IT-utstyr. Man har ikke kommet til noen klar og omforent konklusjon på dette paradokset.

Her blir vurdering av effektivitet og effisiens relevant. Man måler et sett indikatorer for se om tiltak var effektiviserende. Men effisiens av tiltaket fremstår det til å være lite interesse for.

Sitat enhet nr 2

«Når det kommer til medikamenter, så er det jo veldig mye som føres i Metavision [elektronisk medikament system] av lege. Mens som andre steder eller tidligere var ført av sykepleier.»

Sitat enhet nr 4

«For meg så var ikke DIPS-arena noen nyvinning. Jeg synes det er mange klikk, jeg synes ikke det har blitt noe lettere. Det er jeg litt skuffet over. For min iallfall, så synes jeg det har gått litt tilbake [med DIPS-Arena].»

Sitat enhet nr 6

«Da jeg startet ved sykehuset [år 1992] hadde jeg 28 pas. pr dag [på poliklinikk]. Nå har jeg 10 eller 12. Så utfra forutsetningene, der man må skrive selv og lage hele oppgjøret, så er det så mange tastetrykk.»

«når det begynte med DIPS-arena[elektronisk pasient journal, innført 2021-2023] med masse klikk, så hadde jeg 20 minutter pr pasient. Så måtte jeg bare gå ned til en halvtime [pr. pasient]. Ellers kommer du ikke igjennom det [arbeidsoppgavene].»

«Sånn at det er faktisk datasystemet vi har nå som gjør at vi ikke kan ta flere pasienter.»

«Når jeg begynte her så var det postsekretær. Det er det jo ikke lengre. Så når du hadde gått visitten, så lå reseptene fullt ut, og så var sykemeldingene fylt ut. For hun hadde jo sjekket hvor de [pasientene] jobbet, og hørt på previsitten hvor lenge de [pasientene] skulle være sykemeldt. Så etter visitt så bare sjekket vi at det var riktig, og så signerte vi. Og så gikk vi og opererte. Så at, nå tar legene alt. Og det tar tid, for selv i et bra IT-system så er det mange klikk du må igjennom. Det stjeler mye legetid, som er dobbelt så dyr som en sekretærtid.»

5.4.2 Oppsummering og drøfting

Digitalisering - høyere effektivitet, lavere produktivitet

Samtlige av de siterte enhetene viser til økning i merkantile arbeidsoppgaver. Etterhvert som digitale verktøy melder sin inntrekk, så er verktøyene isolert sett mer effektivt. Men design og regelverk gjør at de ofte kun kan benyttes av leger. Dersom man legger til grunn at et legeårsverk som følge av dette belastes betraktelig med oppgaver som ligger utenfor legens kjernekompetanse, så må man stille spørsmål om effektiviteten bak digitalisering som tiltak. Sitat fra enhet nr 2 påpeker nettopp dette vedrørende medikamentprogrammet Metavision. Her legges samtlige av pasientens medisiner inn ved innleggelse. Dette kan dreie seg om alt fra null til 30 ulike medikamenter. Tidligere skrev man disse medikamentene inn i et kurveark av papir, noe som tok vesentlig lengre tid. Så det var nok en betydelig tidsbesparing i at dette er digitalisert. Forskjellen er at å føre kurveark kunne gjøres av annet personell enn leger, og ved mange sykehus var dette rutine. Hvorpå legen kun kontrollerte og signerte. Så det går raskere å gjøre denne prosessen digitalt. Men isolert sett for legen tar det betraktelig mer tid, enn å bare kontrollere og signere et ferdig utfyllt kurveark. Dette er et av svært mange eksempler på hvordan digitaliseringen ikke har vært noe tidsbesparende for legene, men en betydelig merkostnad tidsmessig. I sitat fra enhet nr 6 kommer det frem at digitalisering av sykemeldinger og av resepter forårsaker samme fenomen. Ettersom nesten alle arbeidsprosesser nå er blitt digitale, så vil man nok kunne se akkurat dette fenomenet i svært mange av sykelegenes arbeidsprosesser. Legger man mange nok slike prosesser over til legene, så bidrar det i sum til at legene blir mer, eller minst like effektive, men vesentlig mindre produktive.

I forhold til helsesektoren er kanskje ikke Solows paradoks så paradoksalt, all den tid IKT-utstyret faktisk ikke i seg selv utfører noen kirurgiske inngrep, kan gi en pasient riktig medikamenter eller gjennomføre samtaleterapi med en psykisk syk pasient. Arbeidet må nemlig fortsatt gjøres, og det av menneskelige arbeidskraft. Samspillet og koordineringen har nok blitt en del mer effektiv, men arbeidsprosessene som man håpet skulle bli borte har nok kun skiftet form til digitale og i stor grad lagt på legenes hender.

5.5 Fysiske og digitale arbeidsbetingelser som årsak

5.5.1 Byggetekniske forhold

Sykehus er svært komplekse organisasjoner. De inneholder mye avansert teknisk utstyr, og har generelt mange ansatte. De er høyt kompetente arbeidstakere i de fleste stillinger, alt fra medisinsk kompetanse, til pleiefaglig kompetanse, teknisk kompetanse og store administrative systemer for å koordinere det hele.

Den byggetekniske utformingen av sykehusbyggene vil man kunne anta vil ha stor betydning for arbeidsprosessene. Hvor langt er det fra A til B. Hvor godt er kontor og andre arbeidsstasjoner tilrettelagt for effektiv arbeidsflyt? Holder byggene en tidsriktig teknisk standard som sikrer trygg og praktisk daglig bruk?

Sitat enhet nr 6

«Vi har jo heldigvis vært med på designe det [sykehusbygget] selv. Det fungerer godt fordi det er 10 meter mellom dagkirurgen, sengeposten og operasjonsavdelingen. Vi har også flyttet oppvåkningen og recovery inn på egen avdeling. Det er kun vårt eget personale som står for oppvåkning. Det medfører mye færre strykninger, og alt flyter mye enklere.»

«alle overlegene har egne kontorer. Og man har kontorer til LIS'ene og til studentene. Så kontorfasilitetene er veldig bra.»

5.5.2 Oppsummering og drøfting

Funksjonelle løsninger

I intervjudelen hadde ikke enhetene så klare synspunkter rundt dette temaet sammenlignet med de andre. Mange hadde ikke tenkt nøye over denne dimensjonen, hverken som en fordel eller en bakdel. Slik sitatene fra enhet 6 viser så var det i alle fall ved dette aktuelle sykehus nokså gode fasiliteter. Både utformingen av bygget som sådan, men også plasseringen av de ulike arbeidsstedene innad i bygget. Kontorfasilitetene fremstod også svært gode, og tilpasset brukerne. Det at til og med studentene hadde eget kontor viser at dette ikke er knapphetsgode. Man kan derfor ikke anse at mangel på funksjonelle byggetekniske løsninger bidrar i noen betydelig grad til ineffektiv arbeidsflyt og dermed lav produktivitet.

5.5.3 Brukersystemers utforming

Brukersystemer betyr i denne konteksten ulike digitale programmer som arbeidstakerne benytter i opplæringsøyemed, for ivaretagelse av interne retningslinjer, for å holde seg oppdatert om egne arbeidsplaner, for å rapportere uønskede hendelser, for å koordinere vare- og utstyrsbestilling etc. Disse er viktige for koordinering og også i enkelte arbeidsprosesser. Enkelte av systemene er aktuelle og i bruk av kun noen deler av arbeidsstokken, men andre systemer aktuelle for samtlige ansatte. Noen av systemene brukes en gang i blant, og noen er i bruk flere ganger daglig.

Sitat enhet nr 6

«DocMap [elektronisk system for interne retningslinjer og prosedyreverk] er et veldig dårlig system. Det blir lagt inn rutiner, men det er nesten ingen som finner fram i, og blir veldig lite brukt. Det er nesten ingen som finner prosedyrer du leter etter. Det er såpass tungvint at det ikke er brukbart til det er skal være for. Mitt inntrykk er at de [prosedyrer, retningslinjer] ligger der for at det formelle skal være i orden, men i praksis er det ikke i bruk som prosedyresystem.»

«Gat fungerer. Men det er veldig mye jobb å legge inn turnusplaner, jobb, fravær og sykemeldinger. Og den assistansen jeg får har kunne vært bedre. Men det fungerer til å legge inn overtid, utrykning, be om fri. Og får god oversikt. Nå vil de at man skal bruke GAT for å planlegge de daglige gjøremål [aktivitetsplanlegging] for hver ansatt. Det går ikke an å bruke GAT alene for oppgaveplanlegging. Det er meningsløst etter min mening.»

Sitat enhet nr 5

«GAT er noe herk. Svært tidkrevende og vanskelig å sette seg inn i. Men jeg kom jo inn i det etter hvert. Men det tok mye tid.»

«DocMap er noe dritt. Tungvint. Lite brukervennlig. Vanskelig å finne frem i. Og å vite om det er oppdatert. Så det ble jo aldri orden på prosedyrene i DocMap.»

«Læringsportalen [elektronisk system for intern faglig oppdatering], huff! Det er mange unødvendige læringsportaler. Som folk stønner og okker seg over. Og det er trivielle ting som man skal bruke tid på. Ting som sier seg selv. Som du skal ha lest og vært igjennom en slik læringsportal for å liksom kunne være godkjent for å

gjøre den eller den prosedyren. Det er flere av de som er helt meningsløse, selvsagte ting som man ikke trenger å bruke tid. Kliniske ting som du lærer på doktorskolen, i turnustjenesten. Det er så opplagt, at det er bare bortkastet tid. For å si det rett ut. Det er noen som har litt lite å gjøre, som driver og lager sanneling. Merkantilt personell.»

5.5.4 Oppsummering og drøfting

System pro forma

I sitatene trekkes det frem tre ulike brukersystemer. GAT er et system for bemannings og turnusplanlegging. DocMap brukes som en database for interne retningslinjer og prosedyrebeskrivelser. Men Læringsportalen er system for intern opplæring.

GAT benyttes ved de fleste sykehus i dag for turnus og oppgaveplanlegging. Systemet benyttes også i mange andre sektorer. Det er et svært viktig system for sykehusene da det gir oversikt over hvilke ansatte som er på jobb, og utfører hvilke arbeidsoppgaver til enhver tid. Enhetene rapporterer om delte meninger om dette systemet. Det beskrives som tungvint å bruke. At det tar mye tid å lære seg å handtere programmet. Det kan virke som at selv programmet i seg selv er såpass lite brukervennlig at det i seg bidrar til ineffektiv arbeidsflyt. Enhet nr 5 benytter ord som «herk, lite brukervennlig, tar mye tid». Dette må man tolke som at GAT bidrar til frustrasjon for de ansatte. Videre kommer det frem at begge enhetene som trakk frem GAT var avhengig av hjelpeturnus i papirformat for å holde oversikt over driften. Dette må man tolke som at selve programmet ikke fungerer fullstendig til sitt formål.

DocMap benyttes på enkelte sykehus som en database for interne fagspesifikke og administrative retningslinjer og rutiner. Her kommer det frem fra enhetenes sitater at programmet så lite brukervennlig at det ikke kan benyttes til sitt formål. Det beskrives til og med slik at det kun er der for å sikre at det formelle er i orden. Altså man er påbudt å ha et slik system, men systemet er så kronglete at det ikke benyttes i praksis.

Læringsportalen trekkes også frem av en av enhetene. Læringsportalen er et system som de aller fleste offentlig sykehus har tilgjengelig. Her legges det ut digitale kurs for å sikre at ansatte lærer seg rutiner. Det kan være administrative rutiner eller fagspesifikke rutiner. Enhet 5 er kritisk til systemet. Eller kanskje ikke så mye til selve systemet, som til det innholdet som blir lagt ut på systemet. Det kommer her frem at ansatte pålegges å bruke tid på å terpe på selvsagte ting. Trivielle ting. Dette beskrives som meningsløs tidsbruk. Det er tydeligvis også en kilde til frustrasjon.

Det kan altså fremstå som at flere av brukersystemene bidrar til lite effektivitet for legene som bruker dem. Noen av årsakene handler om selve innholdene i systemene. Innholdet vurderes som helt unødvendig og bortkastet tid. Mens andre peker på selve brukersnittet, som er så lite brukervennlig at de ikke lar seg benytte overhodet for sitt formål. Andre systemer ender opp med å kun bli delvis brukt, hvor reserveløsninger på papir er helt nødvendige. Dermed blir systemene rene proformaløsninger. De bidrar ikke bare til ineffektive arbeidsprosesser, men blir i seg selv unyttig tidstyver.

5.6 Psykologiske arbeidsbetingelser som årsak

5.6.1 Kompetanseinkongruens

Lai skriver kompetanseinkongruens som et fenomen som oppstår dersom det er stor forskjell mellom den kompetansen en arbeider har og den kompetansen som kreves for å utføre de oppgavene arbeideren blir satt til å gjøre (Lai & Lai, 2021, p. 12). Fenomenet er nok problematisk om det oppstår både dersom oppgavene oppleves for vanskelige for den ansattes kompetanse, men også dersom de oppleves for enkle. Og det er den sistnevnte situasjonen som begrepet er ment i hovedsak å reflektere.

Kompetanseinkongruens eller lav kompetansemobillisering er knyttet til dårlig mestringsfølelse, svakere jobbinnsats og ytelse og et forsterket ønske om å slutte i sin jobb. (Lai & Lai, 2021, p. 13). Videre kan det resultere i tap av motivasjon, og ha en negativ innflytelse på kollegaer og det psykososiale arbeidsmiljøet (Lai & Lai, 2021, p. 154). Det er viktig å merke seg sammenhengen mellom kompetanseinkongruens og høy turnoverintensjon (Lai & Lai, 2021, p. 152) sett i lys av at mange sykehusleger går med tanker om å slutte i sin nåværende jobb, eller et ønske om å skifte jobb. (Lindsetmo, 2023).

Sitat enhet nr 6

«Hverdagen min blir jo travlere. Og da er det jo sånn at man gjerne gjør det [merkantile oppgave] på kveldstid. Så det frustrerer hverdagen. Og så føles det litt som forskjellsbehandling, for på andre sykehus er tilbudet mye bedre når det gjelder lederstøtte i det daglige. Vi vet at det er gedigen forskjellsbehandling.»

Sitat enhet nr 4

«Det påvirker meg jo med veldig mye frustrasjon, spesielt når man må be om ting flere ganger. Og når det er liten forståelse fra andre, hva skal jeg si, ledere og øvrige ledelse som ikke har samme yrkesbakgrunn. Som ikke forstår hvorfor du ber om de tingene du gjør, og hvor det og det er viktig.»

«Og så er det veldig frustrerende å bruke veldig mye tid på å ettergå og dobbeltsjekke planer, fra en som har dette som sin jobb.»

«Det er veldig frustrerende, så ekstremt frustrerende, så krevende og tidvis tungt.»

Sitat enhet nr 5

«Dette er det eneste sykehuset som fortsatt har en viss funksjon med medisinske sekretærer, som tar diktat. Det er jævla bra. Den dagen jeg ikke har noen som kan ta diktater, da skal jeg slutte å jobbe. I hvert fall på sykehus.»

5.6.2 Oppsummering og drøfting

Frustrasjon og risiko

Det psykososiale arbeidsmiljøet ved norske sykehus har vært i vinden siste tiden, spesielt målbåret av aksjonen «Leger må leve»(Clements, 2023). Her er kanskje det mest ekstreme utfallet av dårlig psykososialt arbeidsmiljø tematisert. I det daglige for mange leger kan også sitatene fra enhetene være med på å beskrive et arbeidsmiljø som er preget av mye kompetanseinkongruens. «Det er veldig frustrerende, så ekstremt frustrerende, så krevende og tidvis tungt.» fra enhet 4 er knyttet hvordan han/hun opplever det å måtte bruke så mye tid på oppgaver som han/hun føler seg overkvalifisert til. Også enhet 5 beskriver det på omtrentlig samme måte, svært frustrerende. Dette henger godt sammen med funn gjort av Linda Lai i sin bok om kompetanseledelse (Lai & Lai, 2021) nevnt tidligere i teksten.

Enhet nr 5 er svært tilfreds med sin arbeidssituasjon når det gjelder kompetansemobillisering. Og det kommer tydelig frem at han/hun setter virkelig stor pris det. Enheten viser entusiasme i omtalen av dette punktet. Det viser også at god kompetansemobillisering virker fremmende på arbeidstilfredsheten.

Dårlig kompetansemobillisering resulterer i nedsatt produktivitet da de ansatte legene blir demotiverte og får svakere jobbinnsats. Høyere turnoverintensjon bidrar til kompetanselekkasje.

Videre skriver Serrat om viktigheten av å ha fokus på kompetanseledelse. Her

poengteres det at kompetansesarbeidere ikke trenger eller bør ledes på lik linje med annen form for arbeidskraft. Viktige stikkord når det gjelder å lede høyt kompetente ansatte er fokuset på å kommunisere og informere om virksomhetens mål og visjon, og å legge til rette for at ansatte kan gjøre jobben sin. Det er sjelden noe behov eller poeng i prøve å styre aktiviteten eller forsøke å motivere. Serrat skriver eksplisitt at man kan forutsette at høyt kompetente personer har en indre arbeidsmoral og motivasjon. Frustrasjonen fra fagpersonene kommer tydelig frem i flere av sitatene når det gjelder manglende fokus problemløsning og tilrettelegging.

6 Konklusjon

Oppgaven har nyttige innspill fra én yrkesgruppes situasjonsforståelse av dagens sykehus. Man valgte å se på legene fordi deres anskuelser, etter forfatterens syn, ofte ikke kommer godt frem i samfunnsdebatten. Medisins som fagområde er preget av streng akademisk disiplin, og dette bidrar nok til at legene kommuniserer på en måte som ikke når særlig godt frem i mediebildet.

Når det gjelder teoretiske implikasjoner gir oppgaven støtte til den mest sentrale teoretiske forankringen i oppgaven. Linda Lai har skrevet om kompetanseledelse og om hvordan man strategisk bør gå frem for å kartlegge behovet og bevisst utvikle kompetansen i en organisasjon. Det at drøftingene i oppgaven avslører at man i caset har mislyktes i dette må anses som en støtte til Lais forskning. Henry Mintzberg er en klassiker innen ledelsesforskning. Han viser gjennom sin forskning hvordan man kan forstå og typologisere en organisasjon utfra delene den består av. Man ser også i denne oppgaven at Mintzbergs modell med fordel kan benyttes. Det har også en nytteverdi for å si noen om hvilke organisasjoner og organisasjonsformer denne oppgaven kan være relevante for.

De praktiske implikasjonene er etter forfatterens vurdering mange. Utfra et makroperspektiv vil man trekke frem Helseforetaksreformens langsiktige konsekvenser for helsesektoren. Et av resultatene er endringen av organisasjonsstruktur, og påfølgende dekobling. Helseforetaksreformen ble i sin tid innført for å sikre bedre produktivitet i spesialisthelsetjenesten, men i praksis kan oppgaven indikere at det motsatte har skjedd i alle fall når det gjelder legenes produktivitet. Siden vi i fremtiden ikke lengre har like ubegrensede personellressurser når det gjelder leger blir dette et viktig strukturelt tema for fremtidens helsepolitikk. I et organisasjonsperspektiv må «deakademiseringen» av sykehusledelsen nevnes som en viktig faktor. Her bør strukturelle endringer i betingelser for lønn og andre godtgjørelser vurderes for å sikre at sykehusene ledes av egnede personer med relevant helsefaglig bakgrunn.

Man ønsker å trekke frem metodiske implikasjoner. Dette har vært en kvalitativ undersøkelse. Dette fordi man ikke hadde en god og dyptgripende forståelse av situasjonen. Men oppgaven gir et godt utgangspunkt for videre kvalitative og kvantitative undersøkelser. Spesielt koblingen mellom kompetanseinkongruens og psykologiske implikasjoner ville være interessant i en sykehussetting. Utfra en kvantitativ metode hadde det vært nyttig å vite mer i detalj hvor stor andel av sykehuslegenes tid som gikk bort til ikke-produktive arbeidsprosesser.

Hvordan påvirker mangel av effektiv arbeidsflyt produktiviteten til leger i norsk spesialisthelsetjeneste? Forfatteren mener problemstillingen i seg selv er et underkommunisert og viktig innlegg i en pågående diskurs om spesialisthelsetjenestens sine utfordringer i møte med eldrebølgen. Og mener videre å ha besvart spørsmålet i problemstillingen via syv årsakssammenhenger. Fire av disse trekkes frem som viktige utfordringer for spesialisthelsetjenesten og norsk helsepolitikk å ta tak i den kommende tiden.

7 Ordforklaring

DIPS Classic		Utdatert og utbyttet elektronisk pasient journal program, tidligere benyttet av de fleste norske helseforetak
DIPS-Arena		Ny versjon av DIPS Classic, nylig innført i de fleste helseforetak.
DocMap		Dokumenthanderingsprogram tatt i bruk ved enkelte helseforetak
GAT		Bemannings-, virksomhets og oppgavestyringsprogram tatt i bruk ved mange offentlige virksomheter.
Indremedisinsk		Fagområder som handler om sykdommer som primært sett behandles med medikamenter. For eksempel nyremedisin, hjertemedisin
Kirurgisk		Fagområder som behandler sykdommer som primært sett behandles med kirurgi. For eksempel ortopedi, gastrokirurgi.
Kommunehelsetjeneste		Alle kommunale helsetilbud som fastlege, legevakt, helsestasjon, sykehjem, hjemmetjeneste med mer
LIS 1 - Lege i spesialisering 1		Tilsvare det man tidligere kalte turnuslege og er første steget i spesialisering av leger som skal ut i klinisk virke
LIS 2 - Lege i spesialisering 2		Tilsvare det man tidligere kalte assistentlege og er det andre steget i spesialisering av leger som skal ut i klinisk virke
LIS 3 - Lege i spesialisering 3		Tilsvare det man tidligere kalte assistentlege og er siste steget i spesialisering av leger som skal ut i klinisk virke
NPM		New Public Management
Overlege		En stilling ved norske sykehus som stort sett er forbeholdt spesialister i et fagfelt
Primærhelsetjeneste		Det samme som kommunehelsetjeneste
SHT		Spesialisthelsetjenesten
Somatisk		Fagområder som handler om kroppslige sykdommer, gjerne brukt for å skille fra psykiatriske sykdommer
Spesialist		En erfaren lege som har gjennomført spesialiseringsløpet en fagspesialitet

8 Figurliste

Figur 1: Andel sysselsatte i helse og omsorgstjenestene i EØS landene.

Figur 2: Utvikling av årsverk helsesekretærer i helse- og omsorgstjenester 2015-2021

Figur 3: Framskriving i årsverksutvikling for helsesekretærer frem til 2040

Figur 4: Illustrasjon av Mintzbergs organisasjonsmodell.

Figur 5: Organisasjonskart STH. Kilde: STHF

Figur 6: Organisasjonskart Helgelandssykehuset. Kilde: hsyk.no

Figur 7: Oversikt enheter

Figur 8: Oppsummering av årsaksforklaringer

9 Vedlegg

1. Informasjonsbrev til enheter «Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet»
2. Intervjuguide

Referanseliste

- Bergsagel, I. (2021). Færre sykepleiere blant sykehustoppene. *Sykepleien*. Retrieved from <https://sykepleien.no/2021/11/faerre-sykepleiere-blant-sykehustoppene>
- Bovim, G., & Nerdrum, L. (2023). Tid for handling i kommunale helse- og omsorgstjenester. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 9(2). doi:10.18261/tfo.9.2.10
- Bratlid, D. (2018). Doctors' time for working with patients and patients' time with doctors. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 138(2). doi:10.4045/tidsskr.17.0162
- Budalen, A. (2014). Høyesterett: – Avisen har skadet hans «gode navn og rykte». *NRK*. Retrieved from <https://www.nrk.no/nordland/hoyesterett--avisen-har-skadet-hans-gode-navn-og-rykte-1.12090351>
- Chan, M. (2007). *Task Shifting - Global Recommendations and Guidelines*. Retrieved from https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ttr_taskshifting_en_0.pdf
- Clements, S. (2023). Leger må leve. *Overlegen*, 4. Retrieved from <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/norsk-overlegeforening/nyheter/2023/leger-ma-leve/>
- Erdogan, B., & Bauer, T. N. (2009). Perceived Overqualification and Its Outcomes: The Moderating Role of Empowerment. *J Appl Psychol*, 94(2), 557-565. doi:10.1037/a0013528
- Feldman, D. C. (1996). The Nature, Antecedents and Consequences of Underemployment. *Journal of management*, 22(3), 385-407. doi:10.1177/014920639602200302
- Feldman, D. C., & Bolino, M. C. (2000). Skill utilization of overseas interns: antecedents and consequences. *Journal of international management*, 6(1), 29-47. doi:10.1016/S1075-4253(99)00013-7
- Gotvassli, K.-Å., & Haugset, A. S. (2010). Job satisfaction and job performance – impacts on human capital. *Rapport / Høgskolen i Nord-Trøndelag*.
- Gotvassli, K. A., & Haugset, A. S. (2010). Jobtilfredshet og jobbytelse : konsekvenser for ledelse. In (pp. s. 101-120). Trondheim: Tapir akademisk forl.
- Guttormsen, M. (2023, 24.03.2023). Øyelege Jens Kratholm frifunnet av lagmannsretten for bedrageri. *NRK*.
- Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-24, Helse- og omsorgsdepartementet (1999).
- Høst, T., & Høst, T. (2023). *Ledelse i helse- og sosialsektoren* (4. utgave. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Jacobsen, D. I., & Jacobsen, D. I. (2022). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (4. utgave. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Kittilsen, S. (23). Alvorlig varsel mot lege: Skal ha operert og amputert feil fingre hos pasienter. *Telemark Arbeiderblad*. Retrieved from <https://www.ta.no/alvorlig-varsel-mot-lege-skal-ha-operert-og-amputert-feil-fingre-hos-pasienter/s/5-50-1716574>
- Kjerkhol, I. (2023). *Sykehustalen 2023*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2023/id2950588/>
- Kjerkol, H.-o. o. I. (2024). *Sykehustalen 2024*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2024/id3021968/>
- Kline, W. B. (2008). Developing and Submitting Credible Qualitative Manuscripts. *Counselor education and supervision*, 47(4), 210-217. doi:10.1002/j.1556-6978.2008.tb00052.x
- Lai, L., & Lai, L. (2021). *Strategisk kompetanseledelse* (4. utgave. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Lapointe, L., Mignerat, M., & Vedel, I. (2011). The IT productivity paradox in health: A stakeholder's perspective. *Int J Med Inform*, 80(2), 102-115. doi:10.1016/j.ijmedinf.2010.11.004

- Lindsetmo, B. (2023). 70 leger er på jobb jakt: – Har en følelse av at ting ikke blir bedre. *NRK*. Retrieved from <https://www.nrk.no/trondelag/70-leger-soker-aktivt-ny-jobb-ved-st.-olavs-hospital-etter-innforingen-av-helseplattformen-1.16348026>
- Mintzberg, H. (1979). *The Structuring of Organizations*: Pearson.
- Olsen, C. R. (2018). Måler vi produktivitet feil? *Parat*. Retrieved from <https://www.parat.com/parat24/nyheter-2137-376079/maler-vi-produktivitet-feil->
- Omsorgsdepartement, D. k. H.-o. (2013). *Rundskrive om lederansvar i sykehus*. Retrieved from https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/hoeringer_kta/dokumenter/rundskriv_lederansvaret_sykehus.pdf
- Pettersen, I. J., & Solstad, E. (2015). Vertical and horizontal control dilemmas in public hospitals. *J Health Organ Manag*, 29(2), 185-199. doi:10.1108/JHOM-01-2013-0003
- Serrat, O. (2017). *Knowledge Solutions*: Springer Singapore.
- Utdanningsdirektoratet. *Læreplan i portørfaget Vg3*. Retrieved from <https://www.udir.no/kl06/POR3-01/Hele/Hovedomraader>
- Wachter, R. M., & Howell, M. D. (2018). Resolving the Productivity Paradox of Health Information Technology: A Time for Optimism. *JAMA*, 320(1), 25-26. doi:10.1001/jama.2018.5605
- Zidane, Y., & Olsson, N. (2017). *Defining Project Efficiency, Effectiveness and Efficacy*.

10 Vedlegg 1 Informasjonsbrev til enheter «Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet»

Handelshøyskolen, Universitetet i Tromsø

*Ansvarlig førsteforfatter: Ole Arvid Forså Østerud
Veileder: Trond Bottolfsen, UIT*

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet Hvordan påvirker mangel av effektiv arbeidsflyt produktiviteten til leger i norsk spesialisthelsetjeneste?

Bakgrunn og formål

Studien ønsker å ta utgangspunkt i arbeidsflyten til leger ved norske sykehus. Studien vil videre vurdere og årsaksforklare sammenhengen mellom lite effektiv arbeidsflyt i arbeidshverdagen til leger ved norske sykehus og svake produktivitetstall ved norske sykehus.

Hva innebærer deltakelse i studiet?

Studien vil baserer seg på intervju av informanter som er ansatte som leger ved to norske sykehus. Intervjuet vil starte med et spørreskjema som tar ca 10 minutter, og deretter et ansikt-til-ansikt-intervju som vare i omtrent 60 minutter. Til sammen tar det omtrent 90 minutter.

Spørsmålene vil omhandle ansattes opplevelse av arbeidsflyten i sin daglige arbeidsoppgaver, og møteflaten opp mot andre ansattegrupper ved sykehusene, samt den økende graden av digitalisering av sykehusene.

Hva skjer med informasjon om deg?

Intervjuet vil bli tatt opp på som digital lydfil i en kryptert database godkjent av SIKT. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun forfatter(ne) som vil ha tilgang til informasjonen som blir gitt i intervjuet. Deltakerne og organisasjonene de er en del av, vil bli anonymisert og vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen. Prosjektet skal etter planen avsluttes 03.06.24.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studiet, og du kan når som helt trekke ditt samtykke uten å oppgi årsak. Dersom du trekker deg, vil tidligere opplysninger gitt fra deg bli trukket ut av studiet. Har du spørsmål til studiet kan du kontakte Ole Arvid Forså Østerud, mob 97542191, epost: forsaaaa@hotmail.com.

Studiet er meldt til SIKT, Kunnskapssektorens tjenesteleverandør.

11 Vedlegg 2 Intervjuguide

Intervjuguide

Ramme

- Tid: 90 min
- Sted: Lukket rom, uten forstyrrelser
- Dokumentasjon: Båndopptaker og notater
- Semistrukturert intervju, ansikt-til-ansikt intervjuer, muligens Web-basert over digital plattform som skype ,teams el.

Innledning

Jeg hadde planlagt å ha en samtale eller etter intervju som skal handle om fire hovedtemaer. Samtalen blir tatt opp i en personvernsikret plattform som heter Nettskjema, som er kvalitetssikret og godkjent av både UiT og av Kunnskapsdepartementet. Og vil ikke bli benyttet til noe annet formål enn å lette og sikre dokumentasjonen. Du kan trekke deg fra når som helst.

Når det er sagt er målet at dette intervjuet skal foregå som en helt vanlig samtale mellom oss. Som over et lunchbord eller en kopp kaffe.

I utgangspunktet hadde tenkt at du kunne prate fritt om temaene, mens jeg supplerer med stikkord dersom du står fast, oppfølgingsspørsmål underveis, men skal prøve å ikke lede diskusjonen for mye en eller annen retning.

Spørsmål

1. Hvem er du? Hvilken stilling innehar du? Hvor mange år har du hatt denne stillingen? Hvor mange år har du arbeidet i sykehus? I hvilket tiår er du født? Hvilket kjønn identifiserer du deg med?
2. Dersom jeg sier hjelpere, altså merkantilt personell. Hva tenker du på da?
 - a. Sekretærtjeneste
 - b. IKT-support
 - c. Lederstøtte
 - d. Teknisk stab ved sykehuset
 - e. Sentralbordtjeneste

Hvordan synes du samarbeidet med disse er? Hvor lett er det å få tak i aktuell gruppe?

Synes det er lett å finne frem til de aktuelle tjenestene?

3. Dersom jeg sier fysiske arbeidsbetingelser inne på sykehuset. Hva tenker du på da?
 - a. Sykehuset bygningsmessige utførelse. Er din oppfatning at bygget er designet slik at arbeidsdagen flyter godt?
 - b. Kontorutforming
 - i. Har du eget kontor til alle dine arbeidsoppgaver? Hvor stor andel av tiden har du evt. Ikke det?
 - ii. Kontorlokalisasjon internt på sykehusbygget. Hvor lang tid bruker du på å gå mellom eget kontor og ulike arbeidsoppgaver som skal gjøres i løpet av en dag?
 - c. Hvor lang tid bruker du på morgen for å komme deg fra inngangsdøren, til kontoret, får skiftet til arbeidstøy og klar til å starte arbeidsdagen?
 - i. Skal arbeidstøy oppbevares på kontoret?
 - ii. Dersom du hadde fulgt interne retningslinjer for tøyhandtering, hvor lang tid hadde du da brukt?
 - d. Ved arbeidsdagens slutt, hvor lang tid bruker du på å skifte fra brukt tøy, deponert tøy og kommet deg ut av sykehusbygget til egen bil/transportmiddel?
 - i. Skal arbeidstøy oppbevares på kontoret?
 - ii. Dersom du hadde fulgt interne retningslinjer for tøyhandtering, hvor lang tid hadde du da brukt?

4. Dersom jeg sier arbeidsfordeling og oppgaveglidning. Hva tenker du på da?
Hvordan synes du arbeidsfordeling og oppgaveglidning fungerer for følgende arbeidsoppgaver?

- a. Poliklinikk
- b. Operasjon
- c. Sengepost
- d. Vakt
- e. Administrasjon

5. Dersom jeg sier ansattes brukersystemer- Hva tenker du på da?

- a. Pasientrettede IKT-systemer: DIPS, SECTRA, metavision
- b. Kommunikasjonsrettede IKT-systemer: mail, join, Teams, interntelefon, telefonkatalogen, calling
- c. Informasjonsrettede IKT-systemer HSYK: mail, intranet, docmap, personalhandboka, elements, campus, kundeportalen IKT, driftsmeddinger, kalender

- d. Informasjonsrettede IKT-systemer STHF: mail, intranet, Helix, personalhandboka, elements,campus, kundeportalen IKT, driftsmeldinger, kalender, minSykehuspartner, gule lapper
- e. Opplæringsrettede IKT-systemer: læringsportalen, fagbiblioteket(STHF)campus,
- f. Administrasjonsrettede IKT-systemer: GAT, minGAT, personalportalen, EQS(avvikshandtering), dashboard

Hvor godt synes du utformingen av disse systemene bidrar til å gjøre din arbeidshverdag effektiv? Ser du for deg at disse systemene har et potensial for bedre oppgaveglidning og arbeidsfordeling? På hvilken måte?

6. Noen av arbeidsoppgavene du har i løpet av en dag mener du kunne vært utført av annen type personell ved sykehuset. Hvordan oppleves det at allikevel utfører disse oppgavene? Påvirker det din jobbtrivsel?

Oppfølgingsspørsmål: er det krevende, unødvendig, kjedelig?

Jeg har fått forklart at arbeidsrutinene for leger har forandret seg betraktelig siste 30-40 år. For leger som jobbet ved sykehus på 80-tallet så brukte man diktafon og hadde sykepleier som fotfulgte seg i løpet av en dag med poliklinikk. På pulten når dagen startet lå de ulike prøvesvar, rtg-svar, og tidligere dokumenter ferdig printet. Med dette bakteppet og sett i lys av dagens muligheter for teknologisk hjelpemidler og faslititere.

I en drømmeverden hvor alt mulig merkantilt personell var tilgjengelig. Hvordan ville du da organisert arbeidsflyten?

Du har rangert dine arbeidsoppgaver 1-5 på spørreskjemaet

Arbeidsoppgave 1

Arbeidsoppgave 2

Arbeidsoppgave 3

Arbeidsoppgave 4

Arbeidsoppgave 5

I en drømmeverden hvor det var mulig optimalisere IKT-systemer slik at de passet helt optimalt til din arbeidshverdag. Hvordan ville du da organisert arbeidsflyten?

Du har rangert dine arbeidsoppgaver 1-5 på spørreskjemaet

Arbeidsoppgave 1

Arbeidsoppgave 2

Arbeidsoppgave 3

Arbeidsoppgave 4

Arbeidsoppgave 5

I en drømmeverden hvor vi kunne bygge nye sykehusbygg helt tilpasset din arbeidshverdag. Hvordan ville du da organisert arbeidsflyten?

Du har rangert dine arbeidsoppgaver 1-5 på spørreskjemaet

Arbeidsoppgave 1

Arbeidsoppgave 2

Arbeidsoppgave 3

Arbeidsoppgave 4

Arbeidsoppgave 5