

MASTEROPPGAVE

Tittel: «Hvilken rolle (og handlingsrom) hadde avdelingslederne (førstelinjelerne) i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften ved legevaktene i tidligere Østfold fylke?»

Ditt navn: Trond Einar Grønvik

Dato: 15.05.2020

Studienavn: Masterstudium i organisasjon og ledelse

Avdelingsnavn: Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag



Forord

Opprinnelige 4 år med studier ble i stedet til 5 år. Underveis i disse årene har jeg utviklet meg mye både faglig og personlig. Dette ved at jeg har ervervet meg mye ny kunnskap, ved at jeg har erfart å være leder for første gang og ved at jeg har gjennomgått noen endringer i mitt privatliv. Dette har vært en både krevende og givende periode i mitt liv.

Hjertelig takk til Elise Øby, som har vært min veileder underveis i denne prosessen. Du har vært forståelsesfull, tålmodig og vært tydelig i dine veiledninger. Du har lært meg mye.

Takk til mine respondenter for at dere ga av deres tid i en hektisk og krevende arbeidssituasjon. Deres velvillige deling av opplevelser og kunnskap var helt avgjørende for gjennomføringen av dette forskningsprosjektet.

Takk til mine medstudenter fra Halden. Takk for deres deling av erfaringsbasert kunnskap. Vi har hatt det morsomt sammen på forelesninger, på studiegruppesamlinger og på mer frislupne sosiale happeninger underveis.

Takk til Elisabeth for korrekturlesing og uvurderlig støtte, til Niklas og Oliver for vittige motiverende kommentarer underveis, til Morten og Hanne som i form av å være mine ledere har gitt meg denne muligheten og til Ramona for engelskspråklig support.

Mai 2020

Trond Einar Grønvik

Sammendrag

Denne studien har sett nærmere på rollen til førstelinjeledere ved legevakter i tidligere Østfold fylke i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften. Dette for å få en økt forståelse av hva det innebærer å inneha en slik rolle i praksis i forbindelse med at legevaktorganisasjonen er i en endringsprosess. Bakgrunn for akuttmedisinforskriften var å øke kompetansen til legevaktpersonalet, standardisere praksisen ved landets legevakter.

Problemstillingen er; Hvilken rolle (og handlingsrom) hadde avdelingslederne (førstelinjelederne) i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften ved legevaktene i tidligere Østfold fylke? Rollen som førstelinjeleder innehatt av sykepleier i helseorganisasjoner blir belyst ut fra tidligere studier, og begrepet implementering blir belyst som en del av en innovasjonsprosess. Akuttmedisinforskriften utgjør normative kompetansekrav til landets legevakter, og kompetanseutvikling blir således en naturlig del av implementeringen. Fokuset i denne studien har vært førstelinjeledernes opplevelser knyttet til sin rolle og til sitt handlingsrom, i ovenfor beskrevne kontekst.

Utvalget har bestått av fem respondenter, hvor alle var førstelinjeleder ved hver sin legevakt i daværende Østfold fylke. Alle førstelinjelederne hadde sykepleiefaglig bakgrunn. Kvalitativt forskningsintervju ble benyttet som metode.

Funnene viser at førstelinjelederne har en avgjørende rolle i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften. Med bakgrunn i et til dels begrenset handlingsrom utøver de et målrettet påvirkningsarbeid oppover i organisasjonen. Dette for å øke kunnskapsnivået om forskriften i organisasjonens ledelse, ansvarliggjøre organisasjonens ulike lederledd, samt medvirke til å få økte økonomiske ressurser. Ressurser til både kompetanseutvikling og økt bemanning. Dette for å imøtekomme akuttmedisinforskriftens faktiske krav. Førstelinjeleders lojalitet er rettet mot forskriften fremfor arbeidsgiver.

Abstract

This study has looked more closely at the role of first line managers at emergency room (Norwegian legevakt) services in the former Østfold county in correlation with the implementation of the emergency medicine regulations. With the main intention as to gain a better understanding of what it means to have such a role in practice. This is in connection with the emergency room organization being in a changeover. The background for the emergency medicine regulations was to increase the competence of the emergency room staff in order to standardize the practice of the country's emergency rooms regulations. The thesis statement is; What role (and room for action) did the head of the department (first line managers) have in connection with the implementation of the emergency medicine regulations at the emergency services in the former Østfold county? The role of first line leaders held by nurses in health organizations is elucidated from previous studies, and the concept of implementation is elucidated as part of an innovation process. The emergency medicine regulations constitute normative competence requirements for the country's emergency services, and the development of competence thus becomes a natural part of the implementation. The focus of this study has been the first-line leaders' experiences related to their role and room for action, in the context described above.

The committee consisted of five respondents, all of whom were first line leaders at each of their emergency services in the then Østfold county. All first line managers had a nursing background. A qualitative research interview was used as a method.

The findings show that the first line managers have a crucial role in the implementation of the emergency medicine regulations. Based on a limited space of action, they carry out targeted influence which work upwards in the organization. This is to increase the level of knowledge about the regulations in the organization's management, to make the organization's various management links responsible as well as to contribute to increased financial resources. Resources for both competence development and increased staffing, to meet the actual requirements of the emergency medicine regulations. Hence the loyalty of the first in line managers is directed to the regulations rather than the employer.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning og bakgrunn for valg av tema	1
1.1 Legevakter i Norge og Østfold	1
1.2 Retningslinjer, forskrifter og nasjonale veiledere i helse- og sosialsektoren	3
1.3 Krav om nasjonale faglige standarder på legevakt	4
1.4 Utarbeidelse av problemstilling og forskningsspørsmål	7
1.5 Disposisjon av oppgaven	9
2.0 Kompetanseutvikling	10
2.1 Begrepet kompetanse	11
2.2 Kompetanseplanlegging	14
3.0 Lederrollen	18
3.1 Leder ved legevakt	18
3.2 Rollen som førstelinjeleder	19
3.3 Kompetanseutvikling versus daglig drift	20
3.4 Kjønnsforskjeller i rollen som førstelinjeleder	21
3.5 Rollekonflikter og lojalitet	21
3.6 Handlingsrom	22
4.0 Implementering	25
4.1 En innovasjonsprosess	25
4.2 Enkeltindividets betydning	27
5.0 Metode	29
5.1 Forforståelse	29
5.2 Forskningsdesign	30
5.3 Kvalitativ metode	30
5.4 Etske aspekter	32
5.5 Utvalgsriterier og valg av respondenter	35
5.6 Gjennomføring	36
5.6.1 Intervjuguide og forskningsintervjuer	36
5.6.2 Transkribering og metoderefleksjon	38
5.7 Analyseprosessen	39
5.8 Reliabilitet og validitet	41
5.8.1 Reliabilitet	41
5.8.2 Validitet	42
6.0 Presentasjon av funn	44
6.1 Hvordan beskriver og forstår førstelinjeleder sitt handlingsrom i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften?	45

6.1.1 Begrenset fleksibilitet	45
6.2 Hvordan beskriver og forstår førstelinjeleder sin rolle i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften?	49
6.2.1 Naturlig integrering.....	49
6.2.2 Forventninger ovenfra versus forpliktelse ovenfra.	51
6.2.3 Endringsagent, lobbyist og lojal ovenfor forskriften	53
7.0 Drøfting	58
7.1 Hvordan beskriver og forstår førstelinjeleder sitt handlingsrom i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften?	58
7.1.1 Begrenset fleksibilitet	58
7.2 Hvordan beskriver og forstår førstelinjeleder sin rolle i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften?	60
7.2.1 Initieringsfasen.....	60
7.2.2 Implementeringsfasen	63
7.2.3 Videreføringsfasen.....	66
8.0 Avslutning	68
8.1 Svar på problemstilling, begrensninger og videre forskning	68
Litteratur	72
Vedleggsoversikt.....	78
Vedlegg 1: Intervjuguide.....	79
Vedlegg 2: Forespørsel om å delta i undersøkelsen	81
Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD.....	84
Vedlegg 4: NSD, ny sluttdato for forskningsperiode.....	86

1.0 Innledning og bakgrunn for valg av tema

Gjennom tjueto år har jeg arbeidet i ulike stillingsstørrelser ved Østfolds største legevakt, Fredrikstad- og Hvaler legevakt. I løpet av disse årene har det vært en betydelig endring av denne legevakten som organisasjon. Fra å være en legevakt med en lege og en sykepleier på vakt, med åpningstider på kveld, natt og helger, til nå å være en døgnåpen legevakt med minimum to leger og 4 sykepleiere på vakt på en ordinær kveldsvakt. Underveis mens legevakten som organisasjon har økt i størrelse og sitt aktivitetsnivå, har det også kommet ønsker fra nye generasjoner med leger og sykepleiere om hvilke diagnostiske verktøy legevakten skal ha tilgang til. I tillegg har behovet for observasjonssenger vokst frem. Dette da mer avansert medisinsk utredning og behandling blir gjort ved legevakten enn tidligere. Samtidig som det kom ønsker lokalt, ble det også fremsatt nasjonale krav om kompetanseutvikling gjennom lov og forskrift. Parallelt med dette har behandlingsansvar for mange diagnoser blitt forskjøvet fra spesialisthelsetjenesten til kommunal førstelinjetjeneste, også dette gjennom lov og forskrift. Under dette tidsintervallet har det vært fem ulike førstelinjeledere ved denne legevakten, hvor alle har hatt sykepleiefaglig bakgrunn og har vært kvinner. Førstelinjelederrollen i denne konteksten har i økende pådratt seg min oppmerksomhet. Dette eskalerte i forbindelse med at jeg begynte å studere organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Østfold.

1.1 Legevakter i Norge og Østfold

Alle legevakter i Norge er kommunale, og er således en del av førstelinjetjenesten. Legevaktene tar imot alle henvendelser fra personer som bor eller befinner seg i den eller de kommunene legevakten har ansvar for.

Kommunal legevaktordning defineres slik: «Med kommunal legevaktordning menes i denne forskriften virksomhet som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta nødvendig oppfølging» (Akuttmedisinforskriften, 2015, §3 c).

Legevaktsentral har følgende definisjon: «Sentral som mottar og håndterer henvendelser om øyeblikkelig hjelp innenfor legevaktdistriktet via et nasjonalt legevaktnummer» (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2016, s. 7).

I 2016 var det 428 kommuner- og 182 kommunale legevakter i Norge. Antall legevakter i Norge er synkende (noe som spesielt er aktualisert etter påbegynte kommunesammenslåinger). I 2007 var det 230 legevakter, og i 2014 190 legevakter (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2016). Per 2017 var det 177 kommunale legevakter (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2017).

En undersøkelsen gjennomført av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (heretter omtalt som NKLM) fra 2016 viser at 44,5 % av legevaktene (81) dekker en kommune, og at resterende legevakter er såkalte interkommunale legevakter som dekker minimum 2 kommuner. På det meste dekker en interkommunal legevakt i Norge 13 kommuner. I perioden fra 2007 til 2016 er utviklingen tydelig i retning av større interkommunale legevakter (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2016).

I tidligere Østfold fylke var det til sammen fem legevakter hvor samtlige var interkommunale:

-Legevakten for Aremark og Halden, som dekket Aremark- og Halden kommune.

-Sarpsborg og Rakkestad legevakt, som dekket Sarpsborg- og Rakkestad kommune.

-Mosseregionens legevakt, som dekket Moss-, Råde-, Rygge, Våler- og Vestby kommune.

-Indre Østfold medisinske kompetansesenter IKS, Enhet legevakt, som dekket Askim-, Hobøl-, Eidsberg-, Skiptvet-, Marker-, Spydeberg- og Trøgstad kommune.

-Fredrikstad og Hvaler legevakt, som dekket Fredrikstad- og Hvaler kommune.

Enkelte av kommunene er nå sammenslått etter årsskiftet 2019/2020, men samtlige av de fem legevaktene er fortsatt eksisterende i skrivende dato.

1.2 Retningslinjer, forskrifter og nasjonale veiledere i helse- og sosialsektoren

Bruk og implementering av veiledere og retningslinjer har etter min erfaring siste ti år fått økende oppmerksomhet innenfor den norske helse- og sosialsektoren. I Dagens medisin 24.04.2014 uttrykte helseminister Bent Høie bekymring i forhold til ulikheter i helsetilbudet i Norge, og at veiledere og retningslinjer ikke følges (Nilsen, 2014). Som et svar på dette varslet fastlegene gjennom media at de overstrømmes av så mange veiledere og retningslinjer at de nærmest umulig kan forholde seg til alle. Dette blant annet i en artikkel i Dagens medisin, 17.10.2014 (Storvik, 2014).

I april 2016 holdt Folkehelseinstituttet, ved Signe Flottorp, en såkalt «nettverkskonferanse i kunnskapsbasert praksis» (Flottorp, 2016). Her var hovedoverskriften «Implementering av retningslinjer». Flottorp begrunner årsaken til utarbeidelse av retningslinjer i helse- og sosialsektoren med følgende tre punkter:

- Definere god praksis
- Bedre kvalitet
- Redusere uønsket variasjon

Ut fra disse tre punktene forstår man at det fra myndighetenes side er ønske om både kompetanseutvikling og et minste standardnivå av praksisen for målgruppene til de ulike utformede nasjonale retningslinjene.

Faglige retningslinjer defineres av Helsedirektoratet på følgende måte:

«Helsedirektoratets faglige retningslinjer gir uttrykk for hva direktoratet anser som god praksis på utgivelsestidspunktet. Faglige retningslinjer er i prinsippet anbefalinger og råd, og skal bygge på god, oppdatert faglig kunnskap. Retningslinjene er ment som et hjelpemiddel ved de avveininger tjenesteytere må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten. Faglige retningslinjer er ikke direkte rettslig bindende for mottakerne, men kan langt på vei være styrende for de valg som skal tas. Ved å følge oppdaterte faglige retningslinjer vil fagpersonell bidra til å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet i lovverket. Dersom en velger løsninger som i

vesentlig grad avviker fra de faglige retningslinjene, bør en dokumentere dette og være forberedt på å begrunne sitt valg» (Helsedirektoratet, 2010).

En forskrift derimot, er mer enn anbefalinger og råd, slik en retningslinje er. En forskrift er bindende på lik linje med en lov. Definisjonen på en forskrift er:

«Forskrifter er generelle regler om borgernes rettigheter eller plikter, fastsettes av offentlig myndighet – stat eller kommune. På samme måte som lover er en forskrift bindende både for borgerne og myndighetene. Forskrift utgjør den langt største delen av våre rettsregler. Denne typen regler er nødvendig fordi Stortinget ikke har noen mulighet til å behandle, vedta og oppdatere den store mengden rettsregler som er nødvendig i et moderne samfunn, og spesielt på områder og i situasjoner der det kan være nødvendig å vedta nye regler eller endre regler ganske umiddelbart på grunn av nye omstendigheter. Per 10. mars 2019 hadde vi 3217 sentrale og 9435 lokale forskrifter, mot 736 lover» (Store Norske Leksikon).

I tillegg finnes det nasjonale veiledere som utarbeides av Helsedirektoratet: «...Veiledere for praksis knyttet til lov og forskrift...Veiledere gir også ofte en oversikt over nasjonale styrende dokumenter eller lover og forskrifter av betydning for det aktuelle fag-/temaområde. I tillegg gis det utdypende forklaringer og gode råd for praksis...» (Helsebiblioteket, 2019).

Ut fra dette forstås at en nasjonal veileder gir presiseringer i forhold til hva som rent praktisk forventes for at en forskrift anses imøtekommet.

1.3 Krav om nasjonale faglige standarder på legevakt

I Stortingsmelding 43 (1999-2000), den såkalte «Akuttmeldinga», ble det understreket behovet for å komme med kompetansehevende tiltak ved landets ulike legevakter. Som en følge av dette fikk, i 2001, Universitetet i Bergen og Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap, i oppdrag å utrede mulighetene for å etablere et nasjonalt senter for legevaktmedisin i Bergen. Dette igjen medførte at det i 2004 ble av Helsedepartementet besluttet å gi økonomisk støtte til å etablere NKLM i Bergen.

«Senteret skal gjennom forskning og fagutvikling og i samarbeid med andre fagmiljø bidra til å bygge opp og formidle faglig kunnskap innen kommunal legevaktmedisin.» (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2005, s. 1).

I følge NKLM (2005) innebar på det aktuelle tidspunktet følgende hovedoppgaver:

- Bidra til nasjonal og internasjonal faglig utvikling innen fagfeltet.
- Etablere nødvendige nasjonale faglige standarder.
- Bidra til, og delta i, forskning innen fagfeltet.
- Etablere og kvalitetssikre registre innen fagfeltet.
- Sikre nasjonal kompetansebygging og spredning av kompetanse.
- Gi råd og faglig støtte til andre.
- Delta i undervisning, både i grunn-, etter- og videreutdanning. (s. 1)

NKLM arbeider på oppdrag fra Helse- og Sosialdepartementet (og Helsedirektoratet), og i 2009 kom kompetansesenteret ut med rapporten ««... er hjelpa nærmast!». Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt.» (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2009). Her ble det listet opp blant annet forslag til konkrete minimumskrav for opplærings- og utdanning av leger og helsepersonell ved legevaktene. Dette kom senere til uttrykk i Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), hvor det ble presisert at det var et generelt behov for å øke kompetansen hos legevaktpersonell. Samhandlingsreformen innebar også styrking av samarbeidet mellom kommunene og helseforetakene. Kommunene (gjerne flere i samarbeid) skulle nå også etablere lokale «helsehus» med akutt-/intermediæravdeling og rehabiliteringsavdeling, samt at legevaktene skulle lokaliseres der. Gjennom Samhandlingsreformen skulle altså flere av tjenestene, som tidligere ble utført i spesialisthelsetjenesten, nå utføres i kommunehelsetjenesten. Dette medførte behov for økt kompetanse hos leger og annet helsepersonell i kommunehelsesektoren.

I juli 2014 fikk NKLM et oppdragsbrev fra regjeringens Akuttutvalg hvor de ble bedt om å utrede «Nasjonale krav til legevakt og fremtidens ø-hjelptilbud i kommunene». Dette resulterte i Rapport nr. 7-2014, Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelig hjelpetilbud i kommunene (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2014). Med denne rapporten som bakgrunn, og etter en

høringsrunde, ble «Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.» (heretter omtalt som akuttmedisinforskriften) publisert i 2015 (Akuttmedisinforskriften, 2015).

Kommunens ansvar for å yte akutt helsehjelp til personer som bor eller befinner seg i kommunen (i form av legevakt/legevaktsentraler) er omtalt i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., 2011 (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I akuttmedisinforskriften blir dette ytterligere presisert. I forhold til legevaktpersonell ble det innført krav om minimumskompetanse. Videre ble det definert en tidsfrist (01.05.2018) i forhold til når alt legevaktpersonell skulle inneha beskrevet kompetanse, samt skissert en overgangsordning. Det ble også etablert en ordning hvor kommunene kunne søke om å få dekket sine økonomiske kostnader i forbindelse med pålagt kursing av legevaktpersonell (Helsedirektoratet, 2015).

Regjeringen kom 20.04.2018 med en nyhetsmelding om at den definerte tidsfristen utsettes til 01.05.2020 for legevaktslegenes kompetansekrav om spesialistutdanning, og 01.05.2021 for kursing av øvrig helsepersonell (Regjeringen, 2018). Dette etter at det ble gjennomført en spørreundersøkelse i mars 2017 ovenfor alle landets daværende legevakter, og en påfølgende høringsrunde. Samtlige fem legevaktene i daværende Østfold fylke deltok i denne undersøkelsen. Førstelinjelederne besvarte da spørsmål om kompetansen og vaktordningene til personellet som var på jobb en spesifikk uke. Mange av landets kommuner hadde da på forhånd kommunisert sine erfaringer om at det var vanskelig å imøtekomme kravene innenfor legetjenesten, samt at det forelå manglende kurskapasitet. Dette ble bekreftet gjennom denne undersøkelsen. Med bakgrunn i spørreundersøkelsen publiserte NKLM rapporten; Kompetanse i legevakt og legevaktsentral- implementering av akuttmedisinforskriften (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2017). Rapporten viste at 93 prosent av personellet som bemannet legevaktsentralene i daværende Østfold fylke hadde minimum utdanning på bachelornivå i helsefag, og at 65 prosent av legene var enten godkjent allmennlege eller var spesialist i allmennmedisin.. Ut over dette går jeg ikke inn på innholdet i rapporten i denne masteroppgaven.

Virksomhetene som omtales i akuttmedisinforskriften (legevakt, ambulanse og medisinske nødmeldingssentraler) må altså dokumentere at hvert enkelt helsepersonell som er på jobb innehar denne kompetansen i tillegg til sin autorisasjon, som for eksempel sykepleier eller lege. Virksomhetene må derfor kartlegge kompetansen til hvert enkelt helsepersonell, og systematisk gjennomføre kompetanseutviklingstiltak i form av lovpålagte kurs for å imøtekomme det til enhver tid eksisterende kompetansebehovet.

28.02.2020 publiserte Helsedirektoratet den nasjonale veilederen; Legevakt og legevaktsentral (Helsedirektoratet, 2020). Dette cirka 5 år etter akuttmedisinforskriften som veilederen utdyper og kommer med råd i forhold til. Denne publiseringen kom cirka 1 år etter at jeg gjennomførte mine forskningsintervjuer, og vil således ikke være en del av denne studien på annen måte enn at veilederen enkelte ganger blir referert til som en kommende hendelse.

1.4 Utarbeidelse av problemstilling og forskningsspørsmål

Akuttmedisinforskriften innebærer blant annet innføring av nytt medisinskteknisk materiell, nytt kommunikasjonssystem (felles nødnett), kursing av helsepersonellet, utforming av nye prosedyrer og oppdatering av gamle prosedyrer, legge til rette for uttrykninger og sykebesøk, samarbeidsmøter (interne og eksterne), eventuelle nyansettelser og ny turnusutforming. Samtidig med dette skal den ordinære driften av legevaktene videreføres. I tillegg er legevaktene virksomheter som trapper opp bemanningen i helger og på høytidsdager, og derfor er det ofte behov av deltidsansatte, faste- og midlertidige vikarer (ofte studenter) og eventuelt vikarbyråtjenester. Midt opp i dette står avdelingsleder (førstelinjelederen) ved legevakten med en betydelig ansvar.

Det har vokst frem et ønske hos meg å kunne få muligheten til å gjennomføre en undersøkelse blant ulike førstelinjeledere ved legevakter for å kunne få en beskrivelse av deres rolle, slik de selv opplever den, i forbindelse med at kompetansekrav utenfra skal imøtekommes av legevakten som organisasjon. Dette da jeg som ansatt på legevakt i over tjue år, har mang en gang tenkt at en slik rolle må være utfordrende og kompleks. Etttersom akuttmedisinforskriften for tiden er under implementering ved alle landets legevakter, anser jeg det som

tidsriktig å ha fokus på førstelinjelederens rolle under implementeringen av denne. Akuttmedisinforskriften omhandler kommunal legevaksordning, ambulansetjeneste og medisinsk nødmeldetjeneste. I denne oppgaven tar jeg for meg implementeringen av de delene i akuttmedisinforskriften som omhandler den kommunale legevaksordningen.

Problemstillingen blir således:

-Hvilken rolle (og handlingsrom) hadde avdelingslederne (førstelinjelederne) i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften ved legevaktene i tidligere Østfold fylke?

Problemstillingen operasjonaliseres i følgende to forskningsspørsmål:

-Hvordan beskriver og forstår førstelinjeleder sitt handlingsrom i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften?

-Hvordan beskriver og forstår førstelinjeleder sin rolle i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften?

Spørsmålene er utarbeidet etter en åpen samtale med en tidligere førstelinjeleder ved en legevakt i Østfold, og tidligere forskning (se kapittel 3) som beskriver førstelinjelederrollen i helse- og omsorgsorganisasjoner innehavende av sykepleiere.

Slik jeg ser det, kan min problemstilling anses som beskrivende (Jacobsen, 2005). Dette da jeg ønsker å få frem en beskrivelse av førstelinjeleders rolle (slik rolleinnehaver oppfatter den selv) under implementeringen av akuttmedisinforskriften, både retrospektivt og ved undersøkelsestidspunktet. Tidsbegrensningen blir da relatert til den pågående implementeringen av den konkrete forskriften. Problemstillingen må også anses å være eksplorerende ved at dens mål er å gå dypere inn i noe jeg fra før har begrenset med primærkunnskap om (Merriam & Tisdell, 2016).

Ved at problemstillingen er å anse som eksplorerende, er det behov av en metodisk tilnærming som får frem utdypende og nyanserte data, samt fanger opp kontekstuelle faktorer. I den forbindelse vil det være aktuelt å fokusere på et fåtall med undersøkelsesenheter. Dette omtales av Jacobsen som «et intensivt opplegg» (Jacobsen, 2005, s. 62). Dette er metoder, som ifølge Jacobsen vil være passende i

forhold til å innsamle kvalitative data. Se mer om dette under kapittel 5, som omhandler metode.

1.5 Disposisjon av oppgaven

Oppgaven er bestående av 6 kapitler. Kapittel 1 er innledningen, og i kapittel 2, 3 og 4 presenteres relevant teori. Valg av metode og hvordan studien ble gjennomført redegjøres det for i kapittel 5. I kapittel 6 presenteres funn, og funnene drøftes opp mot empiri og teori i kapittel 7. Oppgaven rundes av med svar på problemstillingen og oppsummering i kapittel 8. Avslutningsvis kommer litteraturlisten og vedlegg det er henvist til underveis i oppgaveteksten.

2.0 Kompetanseutvikling

I dette kapitlet gjøres det rede for hva som ligger i begrepet kompetanse, og med hvilket grunnlag kompetanseplanlegging bør foregå. Bakgrunnen for akuttmedisinforskriften var et ønske om øke kompetansen (kvaliteten) ved landets legevakter. Dette ved å sette en minstestandard for hvilken utdanning og kurs legevaktpersonell, både sykepleiere og leger, skal inneha. På denne måten blir variasjon av kompetanse fjernet både internt ved den enkelte legevakt, og mellom legevaktene over hele landet.

Kompetanseutvikling og standardisering var altså hovedgrunnen til utarbeidelsen og publiseringen av akuttmedisinforskriften. Jeg velger her å konsentrere meg om kompetanseutvikling da det er dette som berører den enkelte legevakt direkte, og omtaler ikke standardisering videre i denne masteravhandlingen. Dette da jeg oppfatter standardisering som et resultat av at samtlige av landets legevakter gjennomgår lik kompetanseutvikling.

Innholdet i en kompetanseutvikling styres ofte til dels av en virksomhets målbaserte kompetansekrav som er utledet av virksomhetens overordnede strategi, men også av normative kompetansekrav fra virksomhetens omgivelser, slik som samarbeidene utdanningsinstitusjoner, fagorganisasjoner og myndigheter.

Akuttmedisinforskriften kan således anses som et normativt kompetansekrav fremsatt av myndighetene (Helsedirektoratet). Kompetansekrav blir ofte et spørsmål om ressurser og ambisjoner hvor virksomheten må foreta vurderinger, prioriteringer og valg som kan ende som en prioriteringsliste hvor absolutte krav som lover og forskrifter bør komme først. Noe som for øvrig er forenlig med variabelen «omverdenen» i Leavitt-Ry-modellen (Ry Nielsen & Ry, 2002), hvor det tas til orde for at alle organisasjoner må sees i sammenheng med deres omgivelser. Hver enkelt organisasjon deltar i et organisatorisk felt. Dette organisatoriske feltet består av andre organisasjoner som kan være samarbeidene, (lov) regulerende og konkurrerende (Ry Nielsen & Ry, 2002). Slike normative kompetansekrav må ifølge Lai (2013) tilpasses den enkelte virksomhet ved at kravene blir mest mulig konkretisert. I denne sammenheng kan Helsedirektoratet altså sees på både som samarbeidene og regulerende, og innholdet i akuttmedisinforskriften som normative kompetansekrav.

Selv om det er i virksomhetens egen interesse å investere i kompetanse hos sine ansatte, så er det som oftest også i den enkelte ansattes interesse å videreutvikle sin kompetanse. Dette i forhold til å kunne beherske både dagens og fremtidige arbeidsoppgaver. Herunder å bli attraktiv på arbeidsmarkedet med tanke på videre karriere, men også i forhold til at kompetanse medfører trygghetsfølelse, mestringsopplevelse og motivasjon (Laudal & Mikkelsen, 2016, bind 2).

Laudal & Mikkelsen (2016) poengterer at kompetanseutvikling i norske virksomheter har sitt fotfeste ut over interne strategier. Forfatterne nevner både Europakommisjonen (Regjeringen, 2008), Nou 2003:16, Stortingsmelding nr. 42 (1997-1998) (Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, 1998) og arbeidsmiljøloven §4-2 (Arbeidsmiljøloven, 2020) hvor begrepene livslang læring, faglig oppdatering/utvikling og personlig utvikling har sentral plass.

2.1 Begrepet kompetanse

Begrepet kompetanse er komplekst og blir definert på ulike måter i litteraturen. Sandervang og Skalstad (2001) refererer til følgende tre latinske ord:

Competentiva = å være funksjonsdyktig (s. 67)

Competere = å være skikket til (s. 68)

Competo = å skape resultat (s.68)

Kompetansebegrepet blir definert på ulik måte ut i fra hvilken sammenheng og hvilket fagområde/disiplin det brukes i. Lai (2013) trekker frem eksempler på definisjoner fra organisasjonssammenheng, og presenterer følgende egen definisjon som bygger på definisjon av Nordhaug (1990): «Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle oppgaver i tråd med definerte krav og mål» (Lai, 2013, s. 46).

Denne definisjonen av kompetanse henviser til egenskaper hos den enkelte medarbeider i en virksomhet, men kan også brukes i forhold til en virksomhets samlede kompetanse. Lai (2013) omtaler kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som kompetansekomponenter. Kunnskaper, ferdigheter og evner omtales som såkalte kjernekomponenter. Dette da komponenten holdninger kan anses som en del av en utvidet tilnærming av kompetansebegrepet. Da som

faktorer som påvirker hvordan kompetansen brukes (transformere kompetanse til arbeid) (Nordhaug, 1990). Sandervang og Skalstad (2001) legger til komponenten «nødvendig vilje» når de definerer kompetansebegrepet. Dette med bakgrunn i at de fra et humankapitalperspektiv anser ubenyttet kompetanse som «sovende kompetanse», og som i realiteten er «sovende kapital» (medfører ingen verdiskapning) (Sandervang & Skalstad, 2001, s. 71).

De ulike kompetansekompomentene er hver og en svært innholdsrike komponenter som, etter min mening, fortjener en betydelig større redegjørelse enn den korte beskrivelsen jeg gjør her i denne teksten. Kunnskap omhandler det man vet, eller det man tror at man vet. Kunnskap kan deles inn i faktisk/deklarativ kunnskap, kausal kunnskap, prosedyrisk kunnskap, taus- og eksplisitt kunnskap. Taus kunnskap er kunnskap som man innehar, men som man ikke er bevisst på eller reflekterer over. Det er gjerne taus kunnskap som skiller en novise fra en ekspert. Ferdigheter er knyttet til praktiske og konkrete oppgaver. Altså gjennomføring av kompliserte adferdsmønstre for å oppnå et bestemt mål. Akuttmedisinforskriften innebærer blant annet at samtlige av legevaktpersonalet, både leger og sykepleiere, skal gjennomføre et praktisk kurs (akuttmedisin) hvor relevante øvelser tilknyttet legevaktsoppgaver står sentralt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Evner blir sett på som en relativ upåvirkelig egenskap (talent) ved personen til å erverve og bruke nye kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Holdninger er helt avgjørende for en persons potensial og kan ha betydning for om en person er kompetent i forhold til en arbeidsoppgave eller ikke (Lai, 2013). Nordhaug (1990) tilegner begrepet holdninger elementene innstilling (attitude), motivasjon, tilhørighet, lojalitet (commitment) og arbeidsmoral (Nordhaug, 1990). Alle kompetansekompomentene kan inneha tause elementer i seg (Lai, 2013). Nettkurs i volds- og overgrepshåndtering er et av kompetansekravene i akuttmedisinforskriften. Et av fokusområdene i dette kurset er holdninger hos legevaktpersonellet (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2020).

Lai (2013) skisserer en figur hvor komponentene kunnskaper, holdninger og ferdigheter gjensidig påvirker hverandre og blir påvirket av evner, mens evner ikke blir påvirket av de andre komponentene.

I litteraturen beskrives det mange ulike former for kompetanse. Benevningene av kompetanseformene er gjerne knyttet opp mot hvilken adferd de omhandler (oppgaverelaterte kompetanseformer), om den er generell (metakompetanse) eller spesifikk, om den er grunnleggende (basiskompetanse) eller inngående (spisskompetanse) og om den er formell (tilegnet gjennom kurs/utdanning med fagbrev/vitnemål/godkjenning) eller uformell (erfaringsbasert). En persons realkompetanse består både av hans formelle- og uformelle kompetanse (Lai, 2013). Akuttmedisinforskriften inneholder formelle krav til alle ansatte ved legevaktene som har pasientkontakt (Akuttmedisinforskriften, 2015).

Kompetanse knyttet opp mot spesifikke arbeidsoppgaver i en konkret virksomhet blir omtalt å inneha stor kompetansesæregenhet, mens kompetanse som er anvendelig ved flere ulike arbeidsoppgaver er mindre særegen. Er kompetansen generell anvendbar i mange situasjoner, hos flere type virksomheter, beskrives den som metakompetanse. Generelt sett er det skole-/utdanningssystemet som er kilden til metakompetanse, mens den særegne- og oppgavespesifikke kompetansen som oftest blir tilegnet i den enkelte virksomhet (Laudal & Mikkelsen, 2016, bind 2). Kompetansen legevaktpersonalet får ved å gjennomgå ovenfor beskrevne kurs er således å anse som metakompetanse. Dette da kompetansen har stor overføringsverdi.

Laudal og Mikkelsen (2016) knytter begrepene kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger opp mot analysering av arbeidsoppgaver som en forutsetning for å kunne peke på og beskrive hvilke kompetanseelementer som er aktuelle å utvikle. Dermed ligger det til rette for å utforme konkrete og målrettede kompetanseutviklingstiltak. Ved kompetanseutvikling ligger det i ordets natur at ovenstående nevnte elementer skal utvikles i positiv retning, altså forbedres. En forutsetning for kompetanseutvikling er tilegnelse av ny eller endret kompetanse, med andre ord læring. Samtidig presiseres det at begrepet kompetanseutvikling innbefatter mer enn begrepet læring. (Laudal & Mikkelsen, 2016, bind 2). Hvilke kompetanseelementer, som er aktuelle å utvikle ved legevaktene, har blitt kartlagt og vurdert av NKLM som et forarbeid til akuttmedisinforskriften. Således har dette blitt gjort sentralt for hele landet, slik at dette ikke trengs å gjøres lokalt ved den enkelte legevakt. Dette imøtekommer standardiseringsmotivet for akuttmedisinforskriften.

Kompetanseutvikling fremstår med svært mange ansikter. Dette kan være alt fra godt planlagte utdanningsløp hvor det brukes mye økonomiske-, tekniske- og menneskelige ressurser, til enkel kollegaveiledning på arbeidsplassen. Lai (2013) gjør rede for ti læringsmetoder som er aktuelle med tanke på kompetanseutviklingstiltak i arbeidslivet: Forelesning, strukturert diskusjon, ustrukturert diskusjon, veiledning, jobbrotasjon, casestudier, rollespill, simulering, IKT- basert læring og selvstudier (Lai, 2013). Ovenfor nevnte kurs i akuttmedisin tilknyttet akuttmedisinforordningen innebærer to hele dager med både forelesninger, diskusjon, rollespill og simulering.

Begrepet læring er definert ulikt under ulike fagfelt. Enkelte fagfelt knytter læring opp mot observerbar endring i adferd, mens andre legger til potensiell adferdsendring. Lai (2013) utvider definisjonen på læring ved å trekke inn kunnskapskomponenten og holdningskomponenten, i tillegg til ferdighetskomponenten: «Læring er tilegnelse av ny eller endret kompetanse – i form av kunnskaper, ferdigheter eller holdninger – som gir relativt varige endringer i en persons atferdspotensial» (Lai, 2013, s. 119).

Litteraturen inneholder mange ulike læringsteorier, som inkluderer læringsmetoder (som her ovenfor nevnt) og læringsformer, men jeg går ikke inn på disse i denne oppgaven.

2.2 Kompetanseplanlegging

Generelt har arbeidsmarkedet i Norge de siste ti-årene vært i endring. I forbindelse med dette har også kompetansekravene til arbeidstakerne endret seg. Dette også, som tidligere nevnt, ved landets legevakter. For å imøtekomme disse endrede kompetansekravene har opplæringen i utdanningssystemet fått nytt og mer teoretisk rettet innhold (Filstad, 2010). Kompetanseutviklingen som foregår i virksomheter er mer praktisk rettet, og blir på mange måter likestilt med voksenopplæring samt blir ansett som etter-/videreutdanning. Dette gjelder både i forhold til personer med fagutdannelser fra videregående skole, og personer med høgskole-/universitetsutdannelse (Aspøy & Tønder, 2012). På legevakter skal alt personell med pasientkontakt minimum ha bachelorgrad innenfor et relevant fagfelt. Ettersom en stor del av voksenopplæringen i Norge foregår rundt i

virksomhetene, er det også virksomhetene som i stor grad finansierer dette. Således er foreliggende statlig finansiering av kurs- og ekstrakostnader under overgangsordningen av innføring av akuttmedisinforskriften et unntak (Helsedirektoratet, 2015). Innholdet i kompetanseutviklingen styres til dels av virksomhetens målbaserte kompetansekrav som er utledet av virksomhetens overordnede strategi, men også av normative kompetansekrav fra virksomhetens omgivelser, slik som samarbeidene utdanningsinstitusjoner, fagorganisasjoner og myndigheter. Slike normative kompetansekrav, må ifølge Lai (2013), tilpasses den enkelte virksomhet ved at kravene blir mest mulig konkretisert.

Dersom en virksomhet har besluttet en strategi for sin fremtidige drift, kan kompetanseutvikling sees som en del av igangsettingen av denne strategien. Da er det den aktuelle valgte strategi som er avgjørende for hvilken kompetanse som er relevant for virksomheten å inneha (Laudal & Mikkelsen, 2016). Planlegging, gjennomføring og evaluering av kompetansetiltak omtales i litteraturen som strategisk kompetansestyring. Ved bruk av begrepet «strategisk» forutsettes det at kompetansestyringen er en integrert og kontinuerlig prosess i virksomheten (Sandervang & Skalstad (2001). Det er planleggingsdelen som blir omtalt videre her i dette kapitlet.

Dysvik og Kuvaas (2016) skriver at de anser trenings- og utviklingstiltak som en «viktig HR (Human Resource)-aktivitet» (Dysvik & Kuvaas, 2016, s. 102). Dette grunnet økt konkurranse mellom organisasjoner som berettiger forventninger til kompetanse (teoretisk og praktisk) hos medarbeiderne slik at virksomheten har konkurransefortrinn ovenfor tilsvarende virksomheter. Såkalte kunnskapsmedarbeidere (medarbeidere med høy utdanning, selvstendighet og evne til å utføre komplekse oppgaver) er både vanskelig å rekruttere og beholde som arbeidsgiver. Dysvik og Kuvaas (2016) beskriver forskning som både viser positiv effekt og manglende effekt på arbeidsprestasjoner som følge av trenings- og utviklingstiltak. Samtidig presiseres de viktigheten av å ha fokus på betingelsene som kreves for at trenings- og utviklingstiltak skal ha både positiv effekt på medarbeidernes kunnskaps- og ferdighetsnivå og deres jobbprestasjoner (såkalt training transfer). Disse betingelsene beskrives som forhold som har innvirkning både før, under og etter tiltakene. Dette er; individuelle egenskaper hos den enkelte medarbeider, egenskaper ved arbeidsmiljøet og egenskaper ved

det enkelte tiltaket. Dysvik og Kuvaas (2016) mener å kunne dokumentere at en virksomhet tjener på å gi samtlige medarbeidere kompetanseutvikling fremfor noen utvalgte. Dette da resultatene til virksomheten avhenger primært av holdningene og adferden til flertallet av medarbeiderne enn kompetansen til et lite antall utvalgte medarbeidere. Akuttmedisinforskriften har krav om at samtlige av legevaktpersonellet skal gjennomføre ovenfor nevnte kurs (Akuttmedisinforskriften, 2015).

Uansett må kompetanseutviklingen ha et mål, en retning. Dette på både overordnet nivå (strategisk nivå), funksjonsnivå (gruppenivå) og oppgavenivå (gruppe og/eller individnivå). Derfor må virksomheten bestemme seg for hvilken kompetanse den ønsker å inneha gjennom å formulere kompetansekrav (Lai, 2013). Deretter må virksomheten kartlegge kompetansen de innehar, for å kunne definere hvilket kompetansebehov som foreligger (Laudal & Mikkelsen, 2016), men også for å få oversikt over hvilken kompetanse som ligger uutnyttet i virksomheten ved at den ikke har vært mobilisert (transformert til arbeidsutførelse) (Boglund, Hällsten & Thilander, 2013). Kompetanseutvikling kan også sees i et perspektiv hvor virksomheten har fokus på å etablere og utvikle menneskelige ressurser for mulige fremtidige strategier. På denne måten vil altså virksomheten inneha kompetente ansatte som et ressursgrunnlag i forbindelse med at fremtidige strategier skal velges (Brockbank et al, 2012).

For å kunne identifisere virksomhetens behov for kompetanseutvikling kan man gjennomføre en kompetanseanalyse. Kompetanseanalyse knyttes opp mot en jobbanalyse: «I jobbanalyse analyseres og dokumenteres det hvilke arbeidsaktiviteter som utføres eller skal utføres i eksisterende eller fremtidige jobber, og de kvalifikasjonskravene medarbeiderne har, eller bør få, som følge av utviklingen i jobbene.» (Laudal & Mikkelsen, 2016, s. 68)

En kompetanseanalyse beskrives ved at man setter resultatet av en analyse av fremtidige kompetansekrav, og en kompetansekartlegging (en analyse av dagens eksisterende kompetanse) opp mot hverandre. Dette for å identifisere virksomhetens fremtidige kompetansebehov (kompetansegap). Kompetansegapet er altså den eksisterende differansen mellom det forskutterte fremtidige kompetansenivå og dagens aktuelle kompetansenivå (Laudal & Mikkelsen, 2016).

Virksomhetens definerte kompetansebehov kan imøtekommes med tilrettelegging slik at eksisterende kompetanse blir best mulig utnyttet (Sandervang & Skalstad, 2001), med kompetanseutviklingstiltak (interne og/eller eksterne) ovenfor virksomhetens ansatte, ny ansettelser av folk som innehar den ønskede kompetansen eller leie inn eksterne kompetente folk (Lai, 2013). Det kan også være aktuelt å avvikle personell (ressurser og kompetanse) (Steiro & Torgersen, 2009). Det vil si foreta oppsigelser og/eller omplasseringer av personell.

Oppsummert forstås kompetansekrav som den kompetansen en virksomhet bør inne ha for å kunne nå sine mål. Kompetansekravene utledes, som nevnt tidligere, ut fra virksomhetens overordnede mål og strategier (Iversen & Raa, 2001). Denne form for kompetansekrav omtales som «målbaserte kompetansekrav» (Lai, 2013, s. 70). Målbaserte kompetansekrav bør konkretiseres ved å utlede disse fra målsettinger på gruppe og individnivå. Ikke alle kompetansekrav i en virksomhet bestemmes av virksomhetens selvbestemte målsetting. Dette er kompetansekrav som kommer fra virksomhetens omgivelser, slik som idealer, normer, offentlige myndigheter (for eksempel forskrifter, veiledere og retningslinjer) og bransjeorganisasjoner. Slike kompetansekrav omtales som «normative kompetansekrav» (Lai, 2013, s. 75). Virksomheten må derfor tilpasse seg sine omgivelser ved å planlegge kompetanseutviklingen etter identifiserte normative kompetansekrav.

Evaluering av kompetanseutviklingstiltak blir i all gjennomgått litteratur fremhevet som helt essensiell med tanke på at kompetanseutvikling er en kontinuerlig prosess (Lai, 2013), og Lai (2013) hevder at norske virksomheter gjennomfører evalueringer i for liten grad. Evaluering av kompetanseutviklingstiltak blir ikke beskrevet i denne oppgaven.

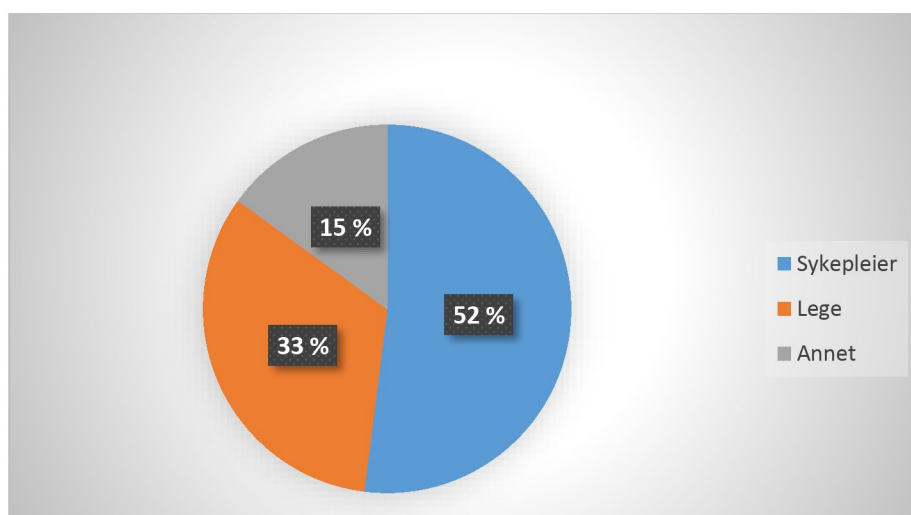
3.0 Lederrollen

I dette kapitlet defineres begrepet «rolle» kort, og deretter vises statistikk over hvilke yrkesgrupper som er administrative ledere for legevaktene i Norge. Førstelinjelederrollen innenfor helsevesenet, hvor stillingen er besatt av sykepleier, beskrives så med dens innhold, mulige rollekonflikter og handlingsrom ut fra tidligere studier og litteratur.

Begrepet rolle kan defineres som, «...summen av de forventningene som stilles til en person i en viss posisjon» (Brønstad, Hårberg & Paulsen, 2017, s. 1). I forhold til forventninger til rollen som førstelinjeleder ved legevakt vil dette være forventninger både fra ansatte, ledelse og tjenestemottakere, men også fra samarbeidspartnere (interne og eksterne) og seg selv. Samtidig vil akuttmedisinforordningen, gjennom sine normative krav til legevaktdrift, også være med på å definere rollen til en førstelinjeleder ved landets legevakter.

3.1 Leder ved legevakt

NKLM gjennomførte en undersøkelse som ble publisert i 2016 der de innhentet opplysninger fra alle landets legevakter hvor de blant annet fikk kartlagt hvilken yrkesbakgrunn administrativ leder innehadde. Se figur 1 nedenfor.



Figur 1; Yrkesbakgrunn hos administrativ leder ved legevakten (n= 182)
(Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2016, s. 14)

Det viste seg at det var en økende antall ledere med bakgrunn som sykepleiere. I 2012 var 36% av landets legevakter ledet av leder med sykepleierfaglig bakgrunn, og i 2016 var det 52%. Hos ledere med utdanning som lege var utviklingen omvendt. I 2012 var antallet 49% ledere med legebakgrunn, og i 2016 var antallet 33%. Kategorien «Annet» har så å si vært konstant, og består av ledere med profesjonsfaglig bakgrunn som for eksempel sosionom, ergoterapeut, vernepleier og fysioterapeut. Det er både interkommunale- og en-kommune legevakter som inngår i sykepleiernes lederandel på 52 %, samt at det foreligger en betydelig forskjell på de ulike legevaktenes befolkningsgrunnlag.

3.2 Rollen som førstelinjeleder

«In health-care organisations, the first line nurse manager is pivotal.» (Cziraki et al, 2014, s. 105).

I flere artikler omhandlende førstelinjeleder rollen i helse- og omsorgsorganisasjoner omtales rollen som «pivotal». «Pivotal» kan oversettes til norsk som «sentral», «vesentlig» eller «hovedsakelig» (Dinordbok).

På grunn av mange og brede ansvarsområder beskrives sykepleierens rolle som førstelinjeleder i en helse- og omsorgsorganisasjon som den mest utfordrende i organisasjonen (Kramer et al, 2007).

Førstelinjelederens rolle har vært i en stor endring gjennom årene. Fra å ha rollen som en veiledende sykepleier som innehar de beste faglige og praktiske kompetansen, til å bli mer og mer fjernet fra rollen hvor man selv er praktiserende utøver av sykepleiefaget, til å bli leder og administrator. Dobbeltrollen som både administrator og praktiker er altså ofte helt fjernet (Augustinsson & Ericsson, 2015).

Cziraki et al (2014) gjennomførte en studie som skulle fastslå hvilke faktorer som bidro til å tiltrekke- og beholde sykepleiere som førstelinjeledere. Innledningsvis i studien ble det beskrevet hvordan rollen til en autorisert sykepleier som førstelinjeleder i helse- og omsorgsorganisasjoner omtales i relevant internasjonal litteratur. Rollen omtales som et bindeledd mellom organisasjonens øvrige ledelse og arbeidstakerne, som limet i organisasjonen. Førstelinjeleder legger til rette for

oppnåelse av organisasjonens mål og målsettinger. Dette gjennom å ha en direkte innflytelse på organisasjonens prestasjoner, omsorgskvaliteten, ivaretagelse av budsjetteringer, pasienttilfredstillelsen og ivaretagelse av pasientsikkerheten. Samtidig som det gis støtte og veiledning til personalet, samt utøver påvirkning av arbeidsmiljøet ved å redusere stress og forbedre kommunikasjon og arbeidsglede.

Gjennom teknologisk utvikling og globalisering har helsesystemene og helseorganisasjonene blitt mer komplekse. Dette har medført raske og uunngåelige endringer i kravene til teknologi, kompetanseutvikling og tilgjengelighet. Førstelinjelederen må ta inn over seg kompleksiteten av disse endringene, og presentere disse på en meningsfull måte ovenfor personalet, samarbeidspartnere og pasientene. Sykepleieren i førstelinjelederrollen har dermed krav på seg til å innfri mange roller som kompetent sjef, dyktig og visjonær leder, kommunikator, underviser og endringsagent (Cziraki et al, 2014).

3.3 Kompetanseutvikling versus daglig drift

I en svensk undersøkelse gjort blant førstelinjeledere i palliative omsorgssentre, kom det frem at disse lederne måtte balansere mellom å være administrator og en kompetent sykepleiefaglig leder. Dette samtidig som de måtte imøtekomme krav og forventninger fra organisasjonen, personalet og beboerne. Denne samlede arbeidsbelastningen medførte at flere av lederne opplevde at de kom til kort ovenfor å imøtekomme behovet for faglig utvikling hos seg selv og personalgruppen (Cronfalk et al, 2014). Augustinsson og Ericsson (2015) beskriver også at «everyday work» tok opp all tiden førstelinjelederne hadde til rådighet, og at dette medførte at det ikke fantes tid til faglig utvikling av personalet.

Da det gjaldt å implementere nye retningslinjer i palliativ pleie, uttrykte flere av førstelinjelederne at deres manglende kunnskapsnivå om faget var til hinder for at de kunne ta fullt lederansvar for implementeringen. Cronfalk et al (2014) konkluderer blant annet med at førstelinjelederne ikke bare trenger lederegenskaper og faglig oppdatert kunnskapsnivå om hva som skal implementeres, men også støtte i organisasjonen og fra sine overordnede ledere, med klare forventninger og målsettinger, samt tydelige definerte ansvarsområder.

Augustinsson og Ericsson (2015) bekrefter i sin studie at førstelinjelederen har en avgjørende rolle i gjennomføringen av organisasjonsendringsprogram.

3.4 Kjønnforskjeller i rollen som førstelinjeleder

Jeg var i tvil om dette punktet skulle tas med som en del av det teoretiske rammeverket i denne masteroppgaven. Det grunnet i at den mest relevante studien jeg fant er blitt 17 år gammel, og at det da må være lov å stille spørsmålet om den er representativ opp mot dagens kjønnsrolleforskjeller som førstelinjeleder. I tillegg er alle fem respondentene kvinner, slik at det foreligger kun beskrivelser fra fem kvinneperspektiver i studien min. Det at jeg velger her å nevne studien, er at jeg likevel opplever funnene som relevante.

En studie utført av Hales og Knowles fra 2003 viser at menn og kvinner får ulike roller i sin jobb som førstelinjeleder. Mens kvinnene ofte blir satt til å bruke sin tid på kommunikasjon og ivaretagelse av personalgruppen, er menn mer innblandet i utarbeidelse av strategier og beslutningsprosesser.

Videre viser studien at menn får ansvar for produksjonsresultatene, både kvalitativt og kvantitativt, mens kvinner blir satt til å løse problemer knyttet direkte til arbeidsaktivitetene til arbeidstakerne.

Både mannlige- og kvinnelige førstelinjeledere er forventet å kunne håndtere et budsjett og ha kontroll over produksjonskostnadene, mens mennene oftere får ansvaret for å fastsette budsjettet selv.

Kvinnelige førstelinjeledere får oftere opplæringen i ledelsesmetoder enn menn, men likevel er det menn som oftest holder forelesninger/kurs i ledelse for andre. Kvinnelige førstelinjeledere har bedre kunnskap om deres arbeidstakers konkrete arbeidsoppgaver (Hales & Knowles, 2003).

3.5 Rollekonflikter og lojalitet

Definisjon av rollekonflikt: «Konflikt mellom ulike mål, krav og forventninger som stilles til den ansatte, motstridende forespørsler for eksempel fra forskjellige personer eller konflikt mellom oppgaver og egne verdier og oppfatninger. (Laudal & Mikkelsen, 2016)

Førstelinjelederen går ut og inn av organisasjonens ulike rom (Augustinsson & Ericsson, 2015). Med dette menes at førstelinjelederen beveger seg mellom organisasjonens overordnede ledelse og personalgruppen. På den måten kan førstelinjelederen fange opp hva som foregår i de ulike rommene og være kommunikator mellom dem.

Ettersom førstelinjelederen i en helseinstitusjon ofte har sykepleiefaglig bakgrunn, vil han/hun identifisere seg med personalet som også som oftest er sykepleiere. I tillegg kan hun/han tidligere ha arbeidet på lik linje sammen med noen i personalgruppen. Førstelinjelederen kan til og med vært rekruttert direkte fra sin tidligere rolle som sykepleier i den samme personalgruppen. Samtidig representerer førstelinjeleder arbeidsgiver, og det er forventet at hun/han stiller seg bak alle avgjørelser tatt i organisasjonens ledelse, uavhengig om man er enig i avgjørelsene eller ikke. Dette kan være en tydelig utfordring dersom dette medfører endring i den daglige driften som ikke personalgruppen er enig i. Flere intervjuobjekter i studien til Augustinsson og Ericsson (2015) har beskrevet at det da har hendt at de da har latt lojaliteten til personalgruppen veid tyngst.

Samtidig som førstelinjelederne har rollen som kommunikator innad i organisasjonen, beskrives det videre i studien at det ofte oppleves at man som førstelinjeleder ikke har tilgang til møter hvor toppledelsen er representert, og dermed ikke har en påvirkningskraft i beslutningsprosesser som er av stor betydning for den daglig driften, for personalgruppen og sin egen rolle som førstelinjeleder. Spesielt i slike tilfeller blir lojalitetskonflikten aktualisert. Dette ettersom det blir vanskelig å forsvare beslutninger som man selv ikke har hatt noen som helst påvirkning på. Det beskrives også tilfeller at informasjon fra toppledelsen om viktige gjennomførte beslutninger ikke har blitt gitt (Augustinsson & Ericsson, 2015).

3.6 Handlingsrom

«Handlingsrom blir vurdert som et vilkår eller en forutsetning for at ledere kan påvirke og forme organisasjoners mål og resultater.» (Espedal & Kvitastein, 2012, s. 2)

Espedal og Kvitastein (2012) presiserer at lederes mulighet til å påvirke er ekstra betydningsfull i sammenhenger hvor organisasjonen er i utvikling og/eller endring. Det skilles mellom to ulike definerte handlingsrom i litteraturen ifølge Espedal og Kvitastein (2012). Dette er et formelt handlingsrom, og et subjektivt handlingsrom.

Formelt handlingsrom består av de til enhver tid tilstedeværende faktorer den aktuelle organisasjonen representerer. Dette i form av dens begrensninger og føringer som normer, regler, hierarki, makt, ressurser og spesialisering. I tillegg foreliggende jobbkrav (forventninger) som lederen opererer under, som kan variere både i antall og i detaljnivå. Disse faktorene er altså avgjørende om ledere utøver sitt arbeid i en rigid eller fleksibel organisasjon. En rigid organisasjon vil gi lederen liten muligheten (frihet) til å ta valg i forhold til mål eller midler, og dermed begrense lederens handlingsrom.

«... det formelle handlingsrom defineres som frihet eller som fravær av hemmende tids- og organisasjonsmessige begrensninger og føringer» (Espedal & Kvitastein, 2012, s. 2).

Enhver leder har sin egen kompetanse, tenkemåte og motivasjon, samt at alle foreliggende muntlige-, skriftlige- og sosiale føringer kan forstås og tolkes på ulike måter. Dermed vil en leders handlingsrom i stor grad formes ut fra den enkelte leders samlede kompetanse og personlige egenskaper. Handlingsrommet kan altså defineres svært så forskjellig ut fra hvilken person som innehar den aktuelle lederrollen, både i rigid- eller fleksibel retning.

Espedal og Kvitastein (2012) presiserer at handlingsrom ikke kun handler om frihet til å velge og ha mulighet til å gjennomføre valgene, men også om forutsetningene som ligger til grunn for de valgene som blir tatt. Her understrekes betydningen av lederens kunnskap (erfaringsbaserte og analysebaserte), lederens indre motivasjon og lederens innflytelse (makt). I en organisasjon som blir utsatt for nye krav og utfordringer, enten innenfra eller fra omgivelsene, får ledere rollen som endringsagenter. En leders endringskapasitet defineres som lederens evne til å ta endringstilknyttede valg, samt gjennomføre disse valgene med endring som konsekvens.

Studien til Espedal og Kvitastein (2012) viste at en leder som har rollen som en endringsagent må tilpasse seg hvilken situasjon eller endringsfase man forventer å befinne seg i. I en tidlig endringsfase hvor kunnskapsformidling er essensiell, viser det seg at autonomi og handlingsrom er fordelaktig for organisasjonens samlede læring. Senere hvor valgene skal gjennomføres er innflytelse (makt) mest essensielt. Således er det viktig for en leder å inneha en rolle under en endringsprosess hvor man har mulighet til å være fleksibel innenfor sitt definerte handlingsrom.

En rolle er ikke en statisk tilstand. Det er heller ikke en førstelinjeleders rolle. En førstelinjeleders rolle vil endre seg etter hvilken kontekst man til enhver tid befinner seg i, og det er vel liten tvil om at rollen vil ha et annet innhold i en innovasjonsprosess enn i en situasjonen hvor organisasjonen er i ordinær drift. Likeledes må det tenkes at den er under en implementeringsprosess, samt igjen ulik innenfor en implementeringsprosess sine ulike faser.

4.0 Implementering

I dette kapitlet tilnærmer jeg meg begrepet implementering. Først gjennom å definere begrepet, og deretter ved å plassere det i en innovasjonsprosess tilknyttet en organisasjon, som blant mye annet påvirkes av enkeltindivider i den aktuelle organisasjonen.

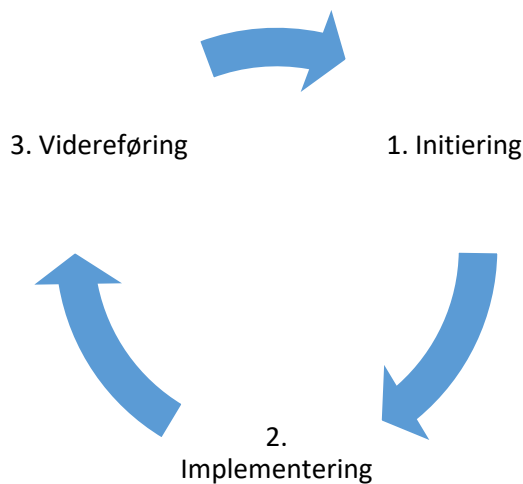
Det foreligger flere ulike definisjoner av begrepet implementering. Definisjonene varierer ut fra hvilket fokus de har, som for eksempel et program, en prosess eller utvikling. Roland og Westergård (2015) mener at felles for mange av definisjonene er at de beskriver omvandlingen «fra idé, visjon, teori og aktivitet til praksis» (Roland & Westergård, 2015, s. 21).

Roland & Westergård presenterer følgende definisjon på implementering: «Implementering er en beskrivelse av den kompliserte konkretiseringsfasen når forskning, visjoner og ideer skal omsettes til den virkelige verden.» (Roland & Westergård, 2015, s. 21). Lehmann Nielsen og Winther (2010) oversetter ordet implementering til «iverksettelsen» (Lehmann Nielsen & Winther, 2010, s. 14).

Nøkkelordene i en endring er ifølge Roland og Westergård (2015) «hva» og «hvordan». Hva representerer innholdet i intervensjonen, altså hva som skal gjøres. Hvordan representerer innholdet i implementeringsprosessen, altså hvordan endringen skal gjøres.

4.1 En innovasjonsprosess

Roland og Westergård (2015) refererer til Fullan (2007) når implementering beskrives som en av tre faser i en innovasjonsprosess. En innovasjon likestilles her med endringsprosess. Denne prosessen, som illustreres av figur 2, består av tre faser:



Figur 2; Innovasjonsfaser (Roland & Westergård, 2015, s. 23)

Det argumenteres for at implementeringen må sees i sammenheng med de andre fasene i innovasjonsprosessen. Modellen skal forstås som en spiralprosess, hvor prosessen skrider frem sirkulært underveis med arbeidet. Arbeidet i de ulike fasene kan være overlappende, og er av betydning for kvaliteten i de videre fasene.

Initieringsfasen er en fase med forberedelse til en mulig beslutning om igangsetting av et endringsarbeid. Her blir ansatte involvert for å sikre forpliktelse opp mot den konkrete endringen. Organisasjonen forberedes med klar og tydelig informasjon om innholdet i endringen, og hvorfor endringen skal gjennomføres. Videre legges forholdene til rette praktisk og ressursmessig, og det dannes støttesystemer, som for eksempel organisering av veiledning og etablering av endringsagenter.

Implementeringsfasen beskrives som uttalt kompleks. Dette grunnet blant annet omsettingen med visjoner, ideer og teorier til gjeldene arbeidspraksis. Herunder forståelse og bruk av prosesser og metoder i omsetningsarbeidet. Endringer er en betingelse for at en implementering har funnet sted. Endringen være av ulike størrelses art, og på ulike nivå, individ- eller organisasjonsnivå, og ulike deler av en organisasjon kan endres i ulike hastigheter. Kompetansebygging og trening er ifølge Roland og Westergård (2015) en forutsetning for å etablere endring.

Tredje fase, videreføringsfasen, er en forlengelse av implementeringsfasen hvor endringene skal integreres i personalets praksisutøvelse, samt utvikles videre. Endringen har vunnet aksept hos personalet, og nyansatte får opplæring i den nå gjeldene arbeidspraksisen, og ledelsen fronter dette. Roland og Westergård (2015) refererer til Blase (2012) og Fullan (2007) i forbindelse med tidslengden på et implementeringsarbeid før det har blitt etablert som en integrert del av en organisasjons arbeidspraksis (institusjonalisert), og her beskrives respektive 2 til 4 år og 3 til 5 år.

Da det gjelder implementering av en endring rettet mot en hel organisasjon referer Roland og Westergård (2015) til en studie av norske skoler han selv deltok i hvor de identifiserte tre hovedgrupper:

- De som har vanskeligheter med å sette i gang endringsprosesser.
- De som har en god start, men som faller av etter hvert som implementeringsfasen skrider frem.
- De som klarer å holde implementeringsarbeidet over tid, og som utvikler arbeidet over den formelle intervensjonsperioden. (s. 25)

4.2 Enkeltindividets betydning

Lundquist (1987) beskriver egenskaper som hver enkelt aktør (actor) i en implementeringsprosess besitter som essensielle gjennomføringen av prosessen. Disse egenskapene er; understand, can, will og choices.

«Understand» hentyder til den enkelte aktørs virkelighetsforståelse. Altså om aktøren forstår hva som skal gjennomføres i en implementeringsprosess. Dette handler ikke nødvendigvis om aktøren bevisst ikke vil eller kan forstå, men også om hvordan for eksempel en forskrift blir tolket, og om hvilken kunnskap/bakgrunnsinformasjon som ligger til grunn for tolkningen.

«Can» refererer til den enkelte aktørs mulighet til å ta beslutninger og forme sine omgivelser. Herunder om aktøren har kapasitet til å gjennomføre en implementeringsprosess. Kapasitet kan forstås på flere måte, som for eksempel ressurser som penger, personale, kompetanse og utstyr, men også som tilgjengelig informasjon, lokal forankring og handlingsrom.

«Will» har sammenheng med den enkelte aktørs bevissthet og eksplisitte preferanser. Om aktøren er villig til å gjennomføre en implementeringsprosess. Dette kan handle om bevisst motstand mot prosessen hos aktøren, men kan også handle om å ta hensyn til de som konsekvensene av prosessen involverer.

«Choices» representerer aktuelle prosesser, som for eksempel problemløsninger og konflikthåndteringer, samt kommunikasjonsprosesser med andre aktører og resultatet av disse.

5.0 Metode

I dette kapitlet gjør jeg rede for min forforståelse, aktuell forskningsdesign og valg av metode. Deretter beskrives relaterte etiske aspekter, utvalgs-kriterier og valg av respondenter. Videre presenteres gjennomføringen av forskningsintervjuene og analyseprosessen. Avslutningsvis belyses reliabilitet og validitet.

5.1 Forforståelse

Som det fremkommer av min problemstilling, ønsker jeg å frembringe kunnskap om førstelinjelederens rolle i en implementering av en konkret forskrift. I forkant av utformingen av problemstillingen har jeg gjort meg mange erfaringer (ettersom jeg arbeider ved en legevakt), og hatt mange tankeprosesser som har inneholdt antakelser om hvordan førstelinjelederens rolle erfares av den fagpersonen som innehar rollen. Jeg innehar da et «uten ifra perspektiv» (et perspektiv som er formet av min og andres subjektivitet), hvor jeg ut fra egne observasjoner og andres videreformidlede utsagn har skapt meg et virkelighetsbilde. Dette har dannet bakgrunn for mine tankemessige konstruerte hypoteser. Ettersom dette har vekket faglig nysgjerrighet hos meg, har jeg et ønske om å få frem en virkelighetsbeskrivelse av en slik førsteleders rolle i implementeringen av akuttmedisinforskriften. Det vil si hvordan virkeligheten oppfattes hos hver enkelt av førstelinjelederne som deltar i undersøkelsen. Virkeligheten kalles i forskning for empirien, og det er i empirien jeg skal utfordre mine antagelser, spørsmål og hypoteser (Jacobsen, 2005).

«Basic research is motivated by interest in a phenomenon and has as its goal the extension of knowledge.» (Merriam & Tisdell, 2016, s. 3)

Det grunnleggende for alle undersøkelser er å skaffe til veie ny eller utvidet kunnskap. Jeg har ikke gjennom denne undersøkelsen hatt mål om å få frem noen helt ny kunnskap, men ønsker å tydeliggjøre og kanskje utdype, allerede eksisterende kunnskap. Hensikten er en beskrivende tilnærming av mine funn, og ikke ha fokus på forklaring/årsak.

5.2 Forskningsdesign

I følge Merriam og Tisdell (2016) er det som kjennetegner forskning, at alle leddene i prosessen blir gjort på en systematisk måte. Dette gjelder da innsamlingen av data, behandlingen av den innsamlede dataene og presentasjonen av innsamlet data. Dessuten er det helt avgjørende å beskrive hvilke svakheter i resultatene som foreligger. Jacobsen (2005) skriver at hele poenget med å inneha kunnskap om forskningsmetode er å kunne identifisere og gjøre rede for slike svakheter.

Gjennomfører man en undersøkelse, så er undersøkelsen en metode til å samle inn data som skal være representative for virkeligheten (empiri). Metode blir omtalt som et «hjelpemiddel» til å frembringe en virkelighetsbeskrivelse. Merriam og Tisdell (2016) understreker at empirien må være valid (relevant og gyldig) og reliabel (troverdig og pålitelig).

Når mennesker studeres, angående hva de gjør, tenker og opplever, er resultatene mindre generelle, mer tidsavgrensede og kontekstavhengig enn naturvitenskapelige undersøkelser. Innen naturvitenskapelige undersøkelser er observasjon, objektivitet og allmenngyldige lovmessigheter sentrale begreper. Slik sett er min undersøkelse innenfor «den fortolkningsbaserte retningen». Fokuset vil således bli på legevaktførstelinjeledernes subjektive fortolkning og meningsutforming av virkeligheten. Jeg har med dette som bakgrunn, slik Merriam og Tisdell (2016) understreker viktigheten av, stilt meg selv følgende spørsmål: Hvilken fremgangsmåte er da den beste til å bidra til at jeg kan få innblikk i virkeligheten, gjennom min datainnsamling? Svaret på dette er å intervju førstelinjelederne.

5.3 Kvalitativ metode

Selv om førstelinjeleders rolle tilsynelatende er i fokus i min problemstilling i denne masteravhandlingen, så opererer absolutt ikke førstelinjelederen i et vakuum. Situasjonen er heller totalt motsatt, hvor førstelinjelederen befinner seg i en kontekst med mange ulike parallelt pågående prosesser. Således kan det anses riktig å kunne si at en åpen og kvalitativ tilnærming er en passende for min planlagte undersøkelse:

«Qualitative researchers are interested in understanding how people interpret their experiences, how they construct their worlds, and what meaning they attribute to their experiences.» (Merriam & Tisdell, 2016, s. 6)

Videre omtaler Merriam og Tisdell (2016) kvalitative metoder hvor nærhet (liten distanse mellom forsker og forskerobjektet) anses som betydningsfullt når det gjelder å tilegne seg forståelse for forskningsobjektets virkelighetsoppfattelse. På den annen side anses det av betydning å ha en viss avstand til forskningsobjektet for å kunne beholde et videre perspektiv og beholde en objektiv og analytisk holdning.

Jacobsen (2005) argumenterer for «en pragmatisk tilnærming» i forhold til valg av kvalitativ- eller kvantitativmetode i forbindelse med en undersøkelse. Med dette som betydning av at den ene metoden ikke nødvendigvis er bedre enn den andre, men at metodene anses som utfyllende og supplerende ovenfor hverandre.

Samtidig argumenteres det for at det til slutt gjerne er den aktuelle problemstillingens formulering som avgjør om man skal benytte kvalitativ- eller kvantitativ metode i en undersøkelse. Slik jeg ser det, underbygger dette at min beskrevne problemstilling vil best bli belyst ved bruk av kvalitativ metode.

Med induktiv metode menes «fra empiri til teori» (Jacobsen, 2005, s. 29). Idealet er «åpen tilnærming» og «åpent sinn» i forkant og underveis i datainnsamlingen, for deretter bearbeide- og systematisere innsamlede data, og utforme teorier. Dette skulle sikre at utarbeidede teorier i mest mulig grad var fritatt fra forventninger og forutinntatthet. Induktiv metode har på sin side blitt kritisert for å være umulig å gjennomføre i praksis. Dette ettersom psykologisk forskning viser at ingen personer (forskere) er i stand til å fange opp all relevant informasjon, samt at alle har utviklet et unikt «kognitivt filter» som avgjør hva man anser som betydningsfullt i forkant av datainnsamlingen, men som også vil påvirke hvilke data som anses betydningsfulle underveis i undersøkelsen. Deduktiv metode er tradisjonelt sett mest knyttet opp mot kvantitativ forskning, mens induktiv metode er knyttet opp mot kvalitativ forskning (Merriam & Tisdell, 2016).

Underveis i utarbeidelsen av denne besvarelsen, og mitt foreliggende utførte arbeid mot denne masteravhandling, har jeg hele tiden tenkt at min undersøkelse

kommer til å bli gjennomført med en induktiv metode. Dette da den blir kvalitativ gjennom intervjuer av førstelinjeledere. Underveis i skriveprosessen har jeg ikke vært enig med meg selv om den faktisk kommer til å bli induktiv, ettersom jeg har innsett at jeg er i behov av en grundig teoretisk forankring. Dette da jeg opplevde at jeg ikke hadde kunnskap om den aktuelle problemstillingen i den grad som jeg tidligere trodde. Dette har altså medført at jeg har søkt opp mer teoretisk kunnskap, men også uformelt snakket med personer jeg kjenner som tidligere hatt direkte erfaring med implementering av forskrifter i helsevesenet på førstelinjeledernivå. Det bør også tillegges at jeg i over tjue år har arbeidet ved den ene av legevaktene i Østfold, og kanskje kan det argumenteres med at den forforståelsen jeg har dannet meg gjennom dette, i seg selv kan være nok for å kalle min tilnæringsmetode for deduktiv.

Når dette er sagt så oppsummerer Merriam og Tisdell (2016) at kvalitativ forskning har følgende hoved karakteristika (fritt oversatt); fokuset er å forstå meningen av erfaring, forskeren er hovedinstrumentet i innsamlingen av data og analysen av denne, prosessen er induktiv og en rik beskrivelse karakteriserer sluttproduktet (Merriam & Tisdell, 2016, s. 21).

Kvalitative studier trenger ikke kun innbefatte forskningsintervjuer, men også observasjoner og dokumenter (Merriam & Tisdell, 2016). Jeg vurderte om jeg også skulle inkludere førstelinjeledernes stillingsinstruks i studiet mitt, men valgte å utelate disse dokumentene. Dette etter samråd med veileder tidlig i prosessen hvor planen for forskningsstudiet ble utarbeidet. Vurderingen gikk da i favør av kun forskningsintervjuer grunnet at av at fokus for forskningsprosjektet var førstelinjeledernes subjektive oppfatning, og det ble antatt at dokumenter med stillingsbeskrivelser ikke utdyper dette.

5.4 Etiske aspekter

En rekke etiske retningslinjer bør følges i ethvert forskningsprosjekt. Brinkmann og Kvale (2017) beskriver krav om informert og fritt samtykke, informasjon om forskningsprosjektet, konfidensialitet, konsekvenser, forskerens rolle og korrekt gjengivelse av data som betydningsfulle elementer som bør bli hensyntatt (Brinkmann & Kvale, 2017).

Jeg kontaktet mine valgte respondenter først per telefon. Dette for å innhente deres emailadresse, samt å gjøre dem oppmerksom på at de vil motta en email fra meg som beskriver mitt kommende forskningsprosjekt (informasjonsskriv). Under denne telefonsamtalen ga jeg tydelig beskjed om at de ikke umiddelbart trengte å ta stilling til om de ønsket å delta eller ikke, men at de kunne lese gjennom kommende email, samt ta seg tid til å tenke seg om før de besvarte min forespørsel. Når dette er sagt responderte umiddelbart samtlige av de 5 intervjuobjektene at de ønsket å stille opp. Dermed avtalte vi under telefonsamtalene tidspunkt for intervju. De fikk beskjed om at de hadde mulighet til å innhente flere opplysninger fra meg, enten per email eller telefon. Dette for å sikre at de skulle være godt informert om forskningsprosjektet, at de fikk tid til å kunne vurdere fordeler og ulemper ved å delta, samt at de ikke opplevde noen press til å måtte svare positivt til deltakelse. Det ble avtalt med samtlige at jeg skulle få overlevert underskrevet samtykkeerklæring i forbindelse med at vi møttes i intervjusituasjonen.

Forskningsprosjekt ble meldt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig –datatjeneste (NSD). Dette i forkant av at jeg tok kontakt med mine planlagte utvalgte respondenter. NSD vurderte at kravet om konfidensialitet var ivaretatt, og godkjente dermed forskningsprosjektet 03.01.2019 (vedlegg 3).

I forbindelse med utarbeidelsen av dette forskningsprosjektet har jeg tenkt at krav om anonymitet og konfidensialitet ville bli vanskelig å imøtekomme. Dette da jeg i problemstillingen navngir fylket hvor undersøkelsen utføres, og dermed hvilke legevakter som inngår i undersøkelsen, som igjen betyr at førstelinjelederne som deltar i undersøkelsen lett kan identifiseres. Likevel anser jeg at det foreligger mulighet for å bevare kravet til konfidensialitet. Dette ved at det ikke vil komme frem i presentasjonen av dataene hvem av førstelinjelederne som har uttalt hva. Jeg kommer således ikke angi, for eksempel at «respondent 1 uttalte følgende», men i stedet skrive «en respondent uttalte». Dette etter at jeg underveis i utarbeidelsen av kapitlet opprinnelig omtalte respondentene 1-5 ut fra hvem som hadde uttalt hva. Ved å se flere av uttalelsene fra samme respondent i sammenheng, kunne man muligens ha identifisert hver enkelt av respondentene. Etter samråd med min veileder landet jeg derfor på overnevnte om at sitatene ikke skulle knyttes opp til konkrete respondenter.

Samtidig har jeg hatt betenkeligheter i forhold til det Brinkmann og Kvale (2017) omtaler som konsekvenser. Her altså konsekvenser for respondenten. Det at jeg fra tidligere har, eller har hatt, en relasjon til tre av respondentene. Har dette medført at de ga informasjon til meg som de ellers ikke ville ha gjort? Har dette medført en forutinntatt holdning til undersøkelsen fra respondentenes side og/eller min side? Når et muntlig intervju blir skrevet ned blir språket omgjort. Muntlig og skriftlig språk er to ulike medier, og det skjer, ifølge Brinkmann og Kvale (2017), en slags oversettelse i den forbindelse. Derfor er korrekt gjengivelse ved sitater viktig for å sikre korrekt gjengivelse av hva som faktisk ble sagt i intervjuet. Likevel har sitater som blir gjengitt fra respondentene i denne masteravhandlingen, til dels blitt omskrevet (fjerne muntlige uttrykk og formuleringer) slik at de fremstår presentable i skriftspråk, men samtidig med en tilstrebelse mot at de beholder sitt opprinnelige meningsinnhold. I tillegg tenker jeg at vi som personer har en egen måte å ordlegge oss på, og ved kun fem respondenter kan det medføre at respondentene kan bli knyttet opp mot konkrete sitater av potensielle lesere av oppgaven, som kjenner respondentene. Med også dette som bakgrunn, har jeg ved noen anledninger valgt å omgjøre sitatene. Dette medfører igjen en fare for meningsendring, men jeg vurderer at dette kan forsvares så lenge leseren nå har blitt gjort oppmerksom på dette, samtidig som jeg med min bevissthet ovenfor faren, tilstreber at meningsendring i minst mulig grad skal forekomme.

Noen raske googlesøk ville vist at samtlige av førstelinjelederne ved legevaktene i tidligere Østfold var kvinner. Respondentene kan derfor bli omtalt som «hun» uten at dette medfører noen redusert personvern. Derimot er respondentenes nærmeste ledere av ulikt kjønn, og disse har derfor fått en kjønnsnøytral beskrivelse som «hun/han» i teksten for ivaretagelse av personvernet til respondentene.

Alle dataene som ble innsamlet i denne planlagte undersøkelsen ble tatt opp elektronisk, transskribert og er vedlagt denne masteravhandlingen. Etter endt sensur vil de elektroniske lagrede lydfilene bli slettet.

5.5 Utvalgskriterier og valg av respondenter

Hvorfor valgte jeg å henvende meg til legevaktene i daværende Østfold fylke? Dette fordi Østfold var et relativt lite fylke arealmessig, med korte avstander mellom de ulike fem legevaktene. På den måten var dette for meg tidsbesparende med kort reisevei, slik at jeg ikke trengte å ta meg fri hele dager fra jobben, men kunne planlegge intervjuene som en del av min arbeidsdag. Dette omtaler Merriam og Tisdell (2016) som «convenience sampling», eller bekvemmelighetshensyn.

«In quality research, the individuals to be studied are selected according to their relevance to the research topic» (Flick, 2015, s. 81).

Å velge respondenter som har det beste utgangspunktet for å belyse problemstillingen er viktig. Således er det lurt å gå direkte til «kilden» for å få førstehåndsinformasjon. I mitt spesifikke tilfelle er problemstillingen i seg selv svært så konkretiserende (styrende) med tanke på valg av respondenter. Dette ettersom det fantes fem legevakter i tidligere Østfold fylke, hvorav hver enkelt hadde en førstelinjeleder. Jeg hadde et ønske om at intervjuobjektene innehadde stillingen som førstelinjeleder på det tidspunktet de ble intervjuet. Dette da jeg ønsket å få frem deres opplevelse mens de fortsatt befant seg i implementeringen av akuttmedisinforskriften.

Innenfor kvalitative undersøkelser er ikke antall respondenter avgjørende, men at man får relevant nok data til at problemstillingen kan bli besvart. Merriam og Tisdell (2016) bruker utsagnet «Reaching a point of saturation or redundancy» (Merriam & Tisdell, 2016, s. 101). Med dette mener de, slik jeg forstår det, at man kommer til et punkt hvor det ikke lenger kommer informasjon (data) fra nye respondenter, som man ikke allerede har. Således har undersøkelsen nådd et metningspunkt, og all ny data blir overflødig. For å vite når man har kommet til dette metningspunktet må dataene analyseres underveis i undersøkelsen. Noe dataene ikke ble i denne studien.

I følge Jacobsen (2005) er det et poeng å ha et avgrenset utvalg av respondenter. Dette da man i kvalitativ forskning bruker lang tid å samle inn data, samt at man raskt sitter med mye informasjon og detaljer, som utgjør en betydelig mengde som er vanskelig å håndtere (analysere) på en adekvat måte.

Dette er forenlig med at jeg i min undersøkelse ønsket å gå i dybden ved å intervju fem førstelinjeledere ved legevakt. Det å gå i dybden beskrives som et forsøk på å få frem flest mulig detaljer og nyanser, samt tilstrebe å tilegne seg en mest mulig helhetlig forståelse av intervjuobjektet og konteksten objektet er en del av.

I den forbindelse benyttet jeg meg av noe Jacobsen (2005) omtaler som «små n-studier» (Jacobsen, 2005, s. 93). Små n-studier benyttes når et spesifikt fenomen ved et få antall enheter (fem til ti) skal studeres. Dette med mål om å belyse fenomenet fra ulike perspektiver. Fokuset blir altså intervjuobjektets oppfatning av fenomenet som skal studeres, og det fra ulike ståsteder, både sted og tidsmessig. Sted, ved at jeg planlegger å intervju førstelinjeleder ved fem ulike interkommunale legevakter. Tidsmessig, ved at de fem ulike legevaktene sannsynlig ikke har kommet nøyaktig like langt i implementeringen av akuttmedisinforordningen. Ved at jeg valgte ulike legevakter kan jeg oppnå å en rikere beskrivelse av førstelinjeleders rolle enn om jeg studerte en legevakt alene.

5.6 Gjennomføring

Den opprinnelige planen var å gjennomføre intervjuene høsten 2018, og levere masteroppgaven juni 2019. Høsten 2018 begynte jeg i en ny jobb (som leder for første gang) som krevde svært mye av min tid og mentale oppmerksomhet, og jeg fikk derfor tillatelse fra Høgskolen i Østfold til å utsette innleveringen til november 2019. I løpet av mars 2019 ble intervjuene gjennomført, mens de først ble transkribert i uke 40. Dermed måtte jeg på ny få utsatt innlevering, 15. mai 2020. Samtidig fikk jeg, etter forespørsel, fra NSD (se vedlegg 4) og respondentene (per epost) tillatelse til å utsette slettingen av datamaterialet til høsten 2020.

5.6.1 Intervjuguide og forskningsintervjuer

«The succes of an interview depends on the nature of the interaction between the interviewer and the respondent and on the interviewer`s skill in asking good questions.» (Merriam & Tisdell, 2016, s. xiii)

Jeg valgte å utarbeide en intervjuguide for et såkalt semistrukturert intervju (Merriam & Tisdell, 2016). Dette da jeg ønsket å ha en fleksibilitet underveis i

intervjuene til å komme med oppfølgingsspørsmål og tilpasse rekkefølgen på spørsmålene ut i fra hvordan intervjuets forløp. Samtidig ønsket jeg at intervjuguiden skulle være tydelig retningsgivende styrt av problemstilling og forskningsspørsmål. Jeg ønsket at spørsmålene skulle være såkalte «gode intervju spørsmål»: «Overall, good interview questions are those that are open-ended and yield descriptive data, even stories about the phenomenon.» (Merriam og Tisdell, 2016, s. 120)

Teorikapittelet var utgangspunktet for utarbeidelsen av intervjuguiden (se vedlegg 1). Underveis i denne utarbeidelsen opplevde jeg at det var et foreliggende behov av å ha en samtale med en person som hadde en tilsvarende rolle som mine kommende respondenter. Dette da jeg ville forsikre meg om at spørsmålene i intervjuguiden var forfattet på en slik måte at de skulle gi meg den informasjonen som jeg ønsket. Derfor kontaktet jeg min tidligere leder på Fredrikstad- og Hvaler legevakt med det mål å kunne bedre skape meg en forståelse av en førstelinjeleders rolle. Vi gjennomførte en cirka times lang åpen samtale med fokus på hvordan hun hadde opplevd å være i rollen som førstelinjeleder ved legevakten over en periode på over 10 år, før hun gikk over i en annen administrativ stilling for cirka 2 år siden. Underveis i samtalen gjorde jeg notater som senere ble et viktig utgangspunkt for korrigerende av spørsmålene i intervjuguiden. Denne samtalen er ikke gjengitt i denne masteroppgaven på annen måte enn som en del av forarbeidet til intervjuguiden.

Det ble altså gjennomført intervjuer med fem respondenter. Dette i styrt rekkefølge ut fra når jeg kom i telefonisk kontakt med vedkommende, samt når vedkommende hadde ledig tid på kalenderen. Intervjuene varte fra 33 minutter til 60 minutter. Av de fem respondentene kjenner jeg fra tidligere 3 av dem (min nåværende leder, en tidligere samarbeidspartner og en tidligere kollega). Det er verdt å nevne at intervjuene med disse respondentene varte i 38-, 45- og 60 minutter, mens intervjuene med de to respondentene jeg ikke kjente varte i 33- og 34 minutter. Sånn i ettertid ser jeg at det ikke var noen betydelig form for «utenomprat» i de intervjuene som tok lengere tid, og heller ikke flere «probes, follow-up questions, exploration», som Merriam og Tisdell (2016) kaller oppfølgingsspørsmål. Oppfølgingsspørsmål har, ifølge Merriam og Tisdell (2016), til hensikt å søke mer informasjon, eller klarhet, i hva respondenten nettopp har

sagt. Jeg opplevde selv at jeg fra første intervjuet var oppmerksom på at jeg ikke skulle følge intervjuguiden slavisk med tanke på rekkefølgen på spørsmålene. Det viste seg raskt at respondentene svarte på flere av spørsmålene samtidig, og da unnlot jeg å stille de spørsmålene som allerede var blitt besvart, og heller ba om at de utdypet svarene sine. Underveis og i ettertid opplever jeg at intervjuguiden inneholder adekvate spørsmål, og at spørsmålene har gitt meg den informasjonen som jeg hadde til hensikt å innhente.

Respondentene hadde ikke på forhånd sett intervjuguiden. Dette var et bevisst valg da jeg ønsket at respondentene skulle svare der og da, og ikke gjengi noe de på forhånd hadde forberedt. Riktig nok hadde de på forhånd fått tilsendt informasjonsbrevet (se vedlegg 2) som inneholdt både problemstilling og forskningsspørsmålene, slik at de var forberedt på tematikken.

Samtlige av intervjuene foregikk uforstyrret på respondentenes kontor ved den aktuelle legevakt, og jeg opplevde at samtlige av respondentene hadde satt av tilstrekkelig tid (på forhånd avtalt inntil 1 time).

Merriam og Tisdell (2016) refererer til Patton (2015), som skriver at dersom spørsmålene er utformet med ord som gir mening til respondenten, og reflekterer respondentens verdensbilde, så vil dette kunne øke kvaliteten på dataene i løpet av intervjuet. Jeg opplevde at nettopp dette var til min fordel i intervjuene, at samtlige av respondentene merket; at jeg hadde førstehåndskunnskap om legevakt og at vi hadde felles fagspråk og forståelse.

5.6.2 Transkribering og metoderefleksjon

«Uansett hvor åpen forskere forsøker å være, vil de ikke klare å få med seg alt som skjer i et intervju. Alle undersøkelser har sine blindsoner...» (Jacobsen, 2005, s. 38).

Både Merram og Tisdell (2016) og Brinkmann og Kvale (2017) understreker viktigheten av å ta notater underveis i intervjuene eller straks etter gjennomført intervju, samt å transkribere hvert intervju underveis som de gjennomføres. Dette for å kunne starte analysen av innkommet data raskest mulig, samt ha mulighet til å kunne korrigere spørsmålene i intervjuguiden underveis.

Planen var nettopp å ta notater underveis i intervjuene, men det ble ikke gjennomført da jeg opplevde det som vanskelig å være aktiv lyttende samtidig som jeg skulle skrive notater/kommentarer. Sånn i ettertid tenker jeg at jeg brukte all mitt fokus på å ikke gå glipp av hva respondentene sa, slik at jeg ikke skulle miste muligheten til å komme med et utforskende oppfølgingsspørsmål, samt å unngå å komme i forlegenhet ved å stille et spørsmål som respondenten allerede hadde besvart i forbindelse med et annet spørsmål. I etterkant av intervjuene kunne jeg ha gjort meg notater, og jeg hadde penn og notatblokk liggende i bilen, men jeg opplevde der og da ikke et behov for dette. Det ettersom jeg vurderte at intervjuene var tydelige og talte for seg selv. Jeg forstår i ettertid at dette var feil vurdert fra min side. Da man i tillegg vet at det tok cirka 6 måneder fra intervjuene ble gjennomført til transkriberingen tok plass, kan man tenke seg at mye ikke notert informasjon har gått tapt underveis. Dette medfører i verste fall delvis riktighet. Dette da jeg flere ganger under denne tidsperioden har hørt på samtlige av intervjuene, og på den måten har startet en mental bearbeiding av dataene underveis. Dette kom tydelig til hjelp, da jeg satt startet transkriberingen, ettersom jeg var svært godt kjent med intervjuene etter å ha hørt dem flere ganger i forkant.

Transkriberingen foretok jeg altså selv, og det tok fem hele dager av høstferien min 2019. Jeg valgte å notere alt som skjedde underveis for å få frem prosessene i intervjuene. Med dette mener jeg ord og uttrykk som ja, nei, mm, eh og latter. På den måten synliggjøres flyten og pauser i intervjuene. Tekstdokumentene ble linjenummerert for å lette systematiseringen av teksten, samt merket med hvor lang tid intervjuet hadde vart. Jeg kalte meg selv for «I», som står for intervjuer. Respondentene kalte jeg for R1, R2, R3, R4 og R5. De ble nummerert etter hvilken kronologisk rekkefølge de ble intervjuet.

5.7 Analyseprosessen

Analyseprosessen har båret preg av at jeg har hatt ønske om å få besvart problemstillingen gjennom adekvate temaer utarbeidet fra dataene. Dette samtidig som jeg har tilnærmet meg datamaterialet ut fra studiens teoretisk ståsted.

«... making sense of all this material can be a daunting task for novice and experienced researchers alike!» (Merriam og Tisdell, 2016, s. 8)

Både Jacobsen (2005), Merriam og Tisdell (2016) og Brinkmann og Kvale (2017) understreker at man etter kvalitative undersøkelser sitter igjen med en betydelig mengde datamateriale, som medfører en tidskrevende analyseprosess. Derfor argumenteres det for at en reduksjon av mengde data gjennom analyse og fortolkning er en nødvendighet innen kvalitative studier. Med fortolkning menes for eksempel å se etter likheter, ulikheter, meninger, årsaker og sammenhenger (Jacobsen, 2005).

I arbeidet med analyseprosessen har jeg i en betydelig grad fulgt de seks trinnene som Merriam og Tisdell (2016) presenterer som «The step-by-step process of analysis» (s.204). Som tidligere nevnt hadde jeg hørt gjennom intervjuene flere ganger på forhånd før jeg transkriberte dem (over en periode på flere måneder). Derfor hadde jeg inngående kjennskap til intervjuene, og underveis i transkriberingen gjenkjente jeg raskt uttalelsene som jeg hadde bitt meg merke i (opp mot mine forskningsspørsmål og valgt teori) under all lyttingen. Da intervjuene var skriftliggjort og skrevet ut på ark, leste jeg gjennom intervjuene og markerte disse uttalelsene med markeringspenn. Dette med ulike farger opp mot felles relevans. Dette samtidig som jeg skrev koder i margin, samt noterte disse kodene i en tabell. Deretter gjennomgikk jeg alle intervjuene med mål om å ha en generell datareduksjon . For hvert enkelt intervju plukket jeg ut alle besvarelser, eller deler av disse, som jeg anså som relevante for min studie og mine forskningsspørsmål, eller som vekket min oppmerksomhet av foreløpig uviss grunn, og satte dette inn i intervjuspesifikke tabeller markert med linjenumre. Deretter samlet jeg data på tvers av intervjuene og satt disse inn i felles tabeller med overskrift ut fra felles kategori. Dataene ble her fortsatt markert med aktuell respondent og linjenummer. Slik jeg forstår det omtales det sistnevnte som «constant comparativ method» av Merriam og Tisdell (2016, s. 208). Dette har på ingen måte vært en lineær prosess, men prosess hvor jeg har beveget meg ut og inn av de enkelte intervjuene, ut og inn av kodene og kategoriene, frem og tilbake mellom intervjuene, og frem og tilbake mellom teorien, forskningsspørsmålene og datamaterialet.

Figur 3 nedenfor viser et eksempel på meningsfortettet tabell med relevante utsagn. Respondenten er her anonymisert ved at respondentens nummer er erstattet med «N».

Rn	Rn 60-62	...vi har ikke alt på stell, men vi jobber for fullt med at alle skal få tatt det akuttmedisinske kurset. Både på lege nivå og sykepleier nivå.
	Rn 68-69	...vi har hatt vanskeligheter med å få gjennomført kursa.

Figur 3; Eksempel på meningsfortettet tabell.

5.8 Reliabilitet og validitet

«All researchers are concerned with producing valid and reliable findings.»

(Merriam og Tisdell, 2016, s. xiv)

Mitt mål var å gjennomføre-, analysere- og fortolke undersøkelsen med en betydelig grad av åpenhet ved at alle valg underveis i prosjektet blir beskrevet eksplisitt slik at det er mulighet for å utøve kritisk vurdering ovenfor dem, samt at leseren har detaljer nok til å se at beskrevne funn og konklusjoner «make sence». Dette ut fra Merriam og Tisdell (2016) beskrivelse av validitet og reliabilitet.

Jeg har hatt bevissthet på at jeg har undersøkt en tematikk som påvirker meg selv som ansatt sykepleier i helgestilling på en legevakt. Denne nærheten til en legevaktorganisasjon, som medarbeider i over tjue år, gir meg god kjennskap til legevakt. En slik kjennskap gir fordeler i forbindelse med at et fenomen beskrives og analyseres. Samtidig kan en slik nærhet påvirke min objektivitet, og utfordre mitt forskerperspektiv (Merriam & Tisdell, 2016).

5.8.1 Reliabilitet

Reliabilitet er et annet ord for pålitelighet. I denne sammenhengen er reliabiliteten knyttet opp mot min kvalitative undersøkelse, og nærmere bestemt hvordan undersøkelsen er utformet, hvordan innsamlingen foregikk og hvordan dataene ble analysert og fortolket, samt presentert (Merriam & Tisdell, 2016). I kvalitative undersøkelser er det umulig å kontrollere kvalitative data slik det er i en

kvantitativ undersøkelse (Flick, 2015). Dette da forskeren selv instrumentet for innsamlingen og bearbeidelsen av dataene. Således vil resultatene av en undersøkelse bli preget av hvem forskeren er som person, ved at forskeren har egne verdier og en forforståelse, samt i hvilken kontekst undersøkelsen foregår i. Derfor er reliabiliteten i kvalitative undersøkelser altså primært knyttet opp mot nøyaktigheten i utførelsen av undersøkelsen og bearbeidelsen av innkommet data, samt en tilstrebelse av objektivitet i analysen og beskrivelsen (presentasjonen) av innkomne data. Eller felles forfattet data, som Brinkmann og Kvale (2015) omtaler data i kvalitativ intervjuforskning.

Generaliserbarheten av funn i kvalitative undersøkelser er i betydelig grad diskutert i all litteratur jeg har brukt i kapitel 5. Her Merriam og Tisdell (2016), Jacobsen (2005), Flick (2015) og Brinkmann og Kvale (2015). Ut i fra dette vil jeg her bruke hva Jacobsen (2005) omtaler som teoretisk generalisering. Teoretisk generalisering omhandler hvordan man som forsker kan, ut fra noen få observasjoner eller intervjuer, lage en beskrivelse av virkeligheten (en teori) eller av sammenhenger mellom fenomener. Gyldigheten av slike beskrivelser (eller teorier) i andre kontekster enn de som ble studert, beskrives som «vanskelig å slå fast» (Jacobsen, 2005, s. 96).

Datamaterialet jeg har analysert og i denne masteroppgaven presentert, bærer således til en viss grad preg av meg som person og min erfaringsbakgrunn. Dette til tross for at jeg etter beste evne har bevisstgjort meg selv i alle undersøkelsens ulike ledd, min erfaringsbakgrunn fra legevaktarbeid og bekjentskap til tre av respondentene.

5.8.2 Validitet

Validitet er et annet ord for gyldighet og troverdighet. I denne sammenheng er validiteten knyttet opp mot min kvalitative undersøkelse, hvor det da er på sin plass å stille spørsmålet om jeg har undersøkt det jeg ønsket å undersøke og om funnene jeg presenterer senere i masteroppgaven er gyldige i virkeligheten. Min undersøkelse bestod av intervjuer hvor jeg satt ansikt til ansikt med mine respondenter. I denne sammenhengen hadde jeg mulighet til å korrigere mine spørsmål, og stille oppfølgingsspørsmål; for å forsikre meg om jeg har forstått

respondenten riktig, få utdypet tematikken, for å finne ut av uklarheter og for å unngå misforståelser. På denne måten kunne jeg tilstrebe validitet (Merriam og Tisdell, 2016).

Antall respondenter i min undersøkelse var kun fem i antall. Alle fem representerte hver sin organisasjon i ulike kommuner, men innenfor samme fylke. Om jeg ville ha fått avvikende svar dersom jeg økte utvalget kan jeg ikke med sikkerhet uttale meg om, men jeg våger likevel å hevde at utvalget var stort nok til å identifisere likheter i informasjonen jeg fikk, samt at dette har medvirket til å utforme noen antagelser som svar på min problemstilling.

6.0 Presentasjon av funn

I dette kapitlet presenterer jeg funn fra intervjuene jeg hadde med de fem førstelinjeledere ved legevaktene i daværende Østfold fylke. Det har vært et stort poeng for meg å ha størst mulig bredde i svarene, og derfor har jeg brukt svar fra alle respondentene.

«The overall interpretation will be the researcher`s understanding of the participants understanding of the phenomenon of interest.» (Merriam og Tisdell, 2016, s. 25).

Hva er det jeg formidler, og hva er det jeg ikke formidler i mine funn i denne studien? Studien har ikke gitt meg innblikk i hvordan sykepleierne og legene ved legevaktene ser på førstelinjelederens rolle og handlingsrom i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften. Studien har heller ikke gitt meg innblikk i hvordan førstelinjeledernes nærmeste ledere og de respektive kommunenes øvrige administrative- og politiske ledelse ser på førstelinjelederens rolle og handlingsrom i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften. Dermed formidler jeg ikke min tolkning av deres virkelighetsforståelse. Det jeg formidler i denne studien er min tolkning av førstelinjelederens opplevelse av den virkeligheten de befinner seg i mens de utøver sin rolle som førstelinjeleder i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften på en legevakt i tidligere Østfold fylke.

«...a category is the same as a theme, a pattern, a finding, or an answer to a research question» (Merriam og Tisdell, 2016, s. 204).

Resultatet av analyseprosessen ble følgende kategorier:

- Begrenset fleksibilitet
- Naturlig integrering
- Forventninger ovenfra versus forpliktelse ovenfra.
- Endringsagent, lobbyist og lojal ovenfor forskriften.

Kategoriene bidrar, slik jeg ser det, til å besvare mine forskningsspørsmål, og dermed min problemstilling:

Hvilken rolle (og handlingsrom) hadde avdelingslederne (førstelinjelederne) i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften ved legevaktene i tidligere Østfold fylke?

Jeg har valgt å disponere presentasjon av resultatene ved at jeg besvarer hvert av mine to forskningsspørsmål. Dette for å tilstrebe en oppdeling som gjør forskningsmaterialet oversiktlig.

1. Hvordan beskriver og forstår førstelinjeleder sitt handlingsrom i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften?

2. Hvordan beskriver og forstår førstelinjeleder sin rolle i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften?

6.1 Hvordan beskriver og forstår førstelinjeleder sitt handlingsrom i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften?

Under dette punktet presenteres funnene tilhørende kategorien; begrenset fleksibilitet.

Under intervjuene ble det ikke fra min side tatt noen initiativ til å definere hva jeg legger i begrepet handlingsrom, eller hvordan teoridelen av denne masteravhandlingen kommer til å gjøre rede for begrepet. Respondentene ble heller ikke spurt om hva de legger i begrepet, før de ble stilt spørsmål tilknyttet dette. Dermed er dette forskningsspørsmålet belyst med utsagn om begrepet handlingsrom uten at det foreligger en avklaring om respondent og intervjuer har samme forståelse av begrepet.

Slik jeg oppfattet svarene til samtlige av respondentene, la de følgende i begrepet handlingsrom da de besvarte mine spørsmål om; hvilke beslutninger kan jeg som førstelinjeleder ta, og hvilke ressurser (økonomiske og personellmessige) disponerer jeg, uten først å få avklart dette med min nærmeste leder.

6.1.1 Begrenset fleksibilitet

Spørsmålene om handlingsrom ble, slik jeg ser det, besvart av respondentene med to ulike fokusområder. Et fokusområde som omhandlet hvilket handlingsrom de som førstelinjeledere hadde ovenfor daglig ordinær drift av legevakten, og et

fokusområde som omhandlet implementeringen av akuttmedisinforskriften. Uttalelsene omhandlende handlingsrom tilknyttet daglig drift av legevakten, er det vanskelig å komme utenom. Dette da akuttmedisinforskriften på flere måter griper inn i den daglige driften.

Når det gjaldt avklart ordinær bemanning, opplevde alle respondentene at de hadde stort handlingsrom med tanke på å besørge at alle vakter til enhver tid var bemannet. Dette også ved akutt sykdom som medførte dyrere bemanningsløsninger:

Jeg har et ganske stort handlingsrom. Dette fordi jeg har jo hele tiden presset på meg at jeg ikke kan stå her uten lege, for eksempel. Jeg kan ikke stå her uten sykepleier. Så jeg har et handlingsrom til å kunne sette inn hva det måtte være av overtid, forskyvninger, på kort varsel, altså jeg har ikke noen behov av å måtte gå å spørre min leder over meg.

En av respondentene beskrev et større handlingsrom enn de andre. Det medførte at hun hadde mulighet til å øke bemanningen ut over ordinær avtalt bemanning. Dette i den hensikt å se om sykefraværet ble redusert, og at det på den måten likevel ikke medførte økte driftskostnader.

...ja jeg har en del frihet da jeg har en leder (hun/han) som er veldig raus. Så jeg har en stor frihet til å drifte på en måte etter hvordan jeg synes er greit, men så har man jo det økonomiske premissene som man må forholde seg til.

En annen respondent hadde et handlingsrom som medførte at hun periodevis kunne øke bemanningen for å se om dette medførte at legevakten kom bedre ut på rapporteringen om responstid på telefon. Akuttmedisinforskriften gir et krav om at legevaktene skal besvare 80% av alle telefonhenvendelser innen 2 minutter. Det kommer månedlige rapporter fra Bliksund (leverandør av IKT-løsninger i nødetater) omhandlende dette.

Jeg tenker at det er fritt frem, sånn som for eksempel å leie inn ekstra for en periode for å sjekke om vi øker svarprosenten på telefonen. Jeg står fritt til det.

Atter en annen respondent hadde fått dokumentert at økt sykepleierbemanning hadde medført økt svarprosenten på telefonen, og hadde dermed fått handlingsrom til å fortsette denne bemanningen.

I forhold til det å besvare samtalene innen 2 minutter. Altså 80 prosent av anrop skal jo besvares innen 2 minutter. Det målet innfrir vi ikke. Det har blitt bedre. Vi lå vel på rundt 60 prosent når vi starta.

Akuttmedisinforskriften er tydelig på at all legevaktpersonell, med direkte eller indirekte pasientkontakt, skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin, samt nettkurs i håndtering av volds- og overgrepssatte pasienter. I forhold til gjennomføring av disse kursene fortalte tre av respondentene at tilnærmet samtlige sykepleiere hadde gjennomført kursene. De to andre respondentene fortalte at manglende kurstilbud, samt sykefravær hos egne ansatte, hadde medført at det fortsatt var noen sykepleiere som ikke hadde gjennomført akuttmedisinkurset. Fire av respondentene uttrykte at de hadde handlingsrom til å besørge at alle legevaktansatte gjennomførte disse kursene. En av respondentene uttrykte det slik:

Det vi derimot ikke har noen problemer med er hva som er lovpålagt, altså etter forskriften. Dette med akuttkurs. Det har ikke vært noen problem. For det er lovpålagt, altså det skal du bare gjennomføre.

En av respondenten opplevde at hun ikke hadde handlingsrom til å sende alle sykepleierne på kurs.

Økonomiske begrensninger er det vel. Altså man ser jo det at man kunne tenkt seg det å sendt enda flere på kurs.

Årsaken til dette fortalte hun, var økonomisk betinget. Riktig nok får kommunen refundert kostnaden for kursavgift og lønn av kursdeltakerne, men oppdekking av udekkede vakter, som er en naturlig konsekvens av at noen er på kurs, må kommunen betale selv.

På mitt spørsmål om handlingsrom tilknyttet handlingsrom ut over ordinær daglig drift og kursing av ansatte tilknyttet akuttmedisinforskriften, svarte tre respondenter følgende:

Ja, jeg har jo ingen myndighet til å, til å bestemme eller vedta noe som helst, og ikke økonomi heller til det, men jeg er pådriver for å få satt det på dagsorden da.

...det er jo ikke et stort handlingsrom jeg har. Ting må jo løftes og godkjennes på en måte da.

Altså jeg har jo ikke noe, hva er det man kaller det, myndighet, økonomisk myndighet.

Mens to andre respondenter svarte:

...så har vi ganske stort handlingsrom innafor ramma vår da. Det er jo alltid en ramme som styrer, ikke sant.

...jeg opplever at det er ganske fritt til en viss grad med begrensninger. Det handler selvfølgelig om økonomi.

Denne «ramma» og «økonomiske begrensninger» som disse to respondentene her refererer til, blir av de samme to respondentene beskrevet som hindringer andre steder i intervjuene.

Således avdekker materialet at det forelå noe forskjell på hvordan respondentene opplevde sitt handlingsrom tilknyttet implementeringen av akuttmedisinforskriften. Samtidig opplever jeg at samtlige av respondentene uttrykte, enten direkte eller indirekte, at handlingsrommet tilknyttet implementeringen av akuttmedisinforskriften som helhet var for begrenset. Det må understrekes at det ikke har blitt gjennomført noen konkret sammenlignende kartlegging for å avdekke om det foreligger formel ulikhet i handlingsrommet, eller om dette kan omtales som subjektiv ulikhet i handlingsrommet.

En informant var opptatt av å få frem at to av sykepleierne ved den aktuelle legevakten hadde tatt videreutdanning, en som legevaktsykepleier og en som akuttsykepleier. Dette etter oppmuntring fra henne som førstelinjeleder, og hvor arbeidsgiver hadde dekket lønn og alle andre utgifter i forbindelse med utdannelsen.

6.2 Hvordan beskriver og forstår førstelinjeleder sin rolle i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforordningen?

Under dette punktet presenteres funnene tilhørende kategoriene; naturlig integrering, forventninger ovenfra versus forpliktelse ovenfra, endringsagent, lobbyist og lojal ovenfor forordningen.

6.2.1 Naturlig integrering

Et av mine første spørsmål til respondentene var om de kunne fortelle om sin utdanningsbakgrunn, deres daværende stillingsbenevnelse og hvor lenge de hadde innehatt stillingen som førstelinjeleder ved respektive legevakt. Førstelinjelederne hadde følgende stillingsbenevnelser; avdelingsleder (3/5), teamleder (1/5) og legevaktleder (1/5). Samtlige hadde grunnutdanning som sykepleier, fire hadde videreutdanning innen ledelse og alle var opplagt kvinner.

Forskningsintervjuene ble gjennomført i perioden fra februar til mars 2019. Akuttmedisinforordningen ble publisert i 2015. Tre av respondentene hadde innehatt stillingen i et tidsintervall på mellom 1,5 år til 2,5 år. En av disse hadde stilling som sykepleier og fagsykepleier i forkant ved samme legevakt. De to andre var rekruttert fra en annen organisasjon utenfor respektive kommune. En av respondentene hadde innehatt lederstillingen i 5 år, og hadde før dette stilling som både sykepleier, fagsykepleier og stedfortreder ved samme legevakt. En av respondentene hadde innehatt stillingen som leder i 8 år. Hun kom da fra en annen stilling i samme kommune, uten tilknytning til legevakten. Således kan det oppsummeres med at to av respondentene er rekruttert fra egen legevaktorganisasjon, og to av lederne innehadde lederstillingen i forkant av at akuttmedisinforordningen fikk sin virkende kraft i 2015.

Med ovenstående som bakgrunn var det to av lederne som hadde erfaring med å inneha førstelederstillingen ved legevakt både før og under pågående implementering av akuttmedisinforordningen. Begge ga uttrykk for at de på forhånd hadde fått vite om at det var en forskrift på vei, ettersom dette hadde vært et tema på legevaktkonferanser de hadde deltatt på. I tillegg kom det en skriftlig henvendelse fra Helsedirektoratet med informasjon. Forskriften ble da raskt en naturlig del av disse to respondentenes arbeidshverdag.

Den ene av respondentene som hadde stillingen i forkant av at akuttmedisinforskriften kom, underbygger denne kategoriens benevnelse.

Det har bare føyet seg inn i våre oppgaver.

En av respondentene som ble ansatt som førstelinjeleder ved legevakten etter at akuttmedisinforskriften var virksom, sa det på denne måten:

Det har vært en ting som har vært der fra jeg kom. Den har ikke kommet inn for meg. Den har bare vært der.

En annen av respondentene fortalte hvordan hun sammen med kommuneoverlegen har arbeidet med forskriften.

Daværende kommuneoverlege og jeg tok tak i akuttmedisinforskriften, og begynte å jobbe med den, for å se på hva vi ikke hadde på plass og hva som måtte på plass. Og så ble vi omorganisert ikke veldig lenge etterpå, og da forsvant støtten fra kommuneoverlegen, i stor grad. Da falt det veldig mye tilbake på meg igjen da. Å holde det varmt.

Respondenten understreket at det ved omorganiseringer har medført at viktige lagspillere (i implementeringen av akuttmedisinforskriften) har fått nye ansvarsområder, noe som har gjort at nye stier må tråkkes opp flere ganger.

Alle respondentene nevner Utvalg for akuttberedskap i Østfold (heretter kalt UFAB). Fire av respondentene deltar selv i UFAB (respondenten som ikke deltar lar fagsykepleier representere aktuell legevakt). I følge en av respondentene er dette et fora hvor akuttmedisinforskriften «veldig ofte» er et tema. I den forbindelse diskuteres det «...veldig ofte resurser, altså økonomiske ressurser».

Slik jeg oppfatter denne respondenten ønsker hun å fortelle at samtlige av de deltakende førstelinjelederne ved legevaktene i tidligere Østfold fylke opplevde, gjennom akuttmedisinforskriften, å ha en stor utfordring ettersom det ikke medfulgte øremerkede økonomiske ressurser sentralt fra.

Dersom man skal besvare ovenstående forskningsspørsmål uten å tenke på situasjonen før akuttmedisinforskriften kom, men ta utgangspunkt i intervju tidspunktet, og således belyse spørsmålet ut fra hvordan forskriften samlet sett påvirker rollen som førstelinjeleder, var samtlige av respondentene naturlig

nok i posisjon til å kunne uttale seg om dette. Jeg finner det her naturlig å tilnærme meg spørsmålet med noen beskrivende utsagn, fra tre av respondentene, i forhold til hvordan forskriften på et generelt grunnlag påvirket rollen som førstelinjeleder:

...vi har det jo oppe i mente og tenker på det hele tiden. Rett og slett.

Ja det er ingen andre som drar i den, for det er ingen andre som har kunnskap om den.

...hvis jeg skal tenke at jeg har ansvaret for alt som står der, så har jeg trøbbel altså.

Ut fra disse uttalelsene påvirket akuttmedisinforskriften respondentenes rolle i en betydelig grad. Dette både når det gjaldt oppmerksomhet, ansvarsfølelse og handlinger.

6.2.2 Forventninger ovenfra versus forpliktelse ovenfra.

På spørsmålet i intervjuguiden «Hva forventer dine ledere av deg?» var svarene todelt i karakter. Noen beskrivelser var generelle, mens andre var mer spesifikt rettet mot akuttmedisinforskriften.

Ut i fra beskrivelsene nedenfor opplevde respondentene at de hadde et stort arbeidspress, og at det er forventninger om at de leverte fortløpende, da spesielt i med tanke på driftsrelaterte oppgaver. De generelle svarene var som følgende eksempler, her fra tre av respondentene:

...jeg tror kanskje at min leder forventer at ting skal gå helt smertefritt, og at hun/han hører minst mulig om oss.

...det er jo også det administrasjonen eller ledelsen over sier, at beklager, men takler du det ikke, så får du finne deg noe annet da.

... da må man ofte ty til kvelden for å tilfredsstille de forventningene som er oppover.

Her ser vi et eksempel på en «Intet nytt er godt nytt-kultur». En av respondentene har sannsynlig vært i dialog med sin leder omhandlende forventningene hun har på seg, og har fått beskjed (enten direkte eller indirekte) om at hun kan bytte

arbeidsplass dersom ikke takler dette. Kveldsjobbing er ikke uvanlig for en annen av respondentene. Hun utdypet dette med at hun prioriterte å være i kontakt med personalgruppen dagtid, slik at dette ikke gikk på bekostning av administrativt arbeid, samt at møter tok mye av tiden hennes på dagtid.

Beskrivelsene tilknyttet forventninger i forhold til akuttmedisinforordningen var, fra tre av respondentene:

Det at jeg følger det som er av forskrifter, og at jeg klarer å holde de folka som skal være på jobben til sånn omtrentlig rett økonomisk drift.

...så forventer hun/han nok at jeg sier ifra når jeg ser at ting ikke er bra her nede, da for eksempel i forhold til oppfølging akuttmedisinforordningen.

...de forventer at jeg har det daglige oppsynet, og at jeg følger med såpass at jeg kan melde ifra når forskriften ikke blir ivarettatt.

Det kan se ut til at det var tydelige forventninger ovenfra om at akuttmedisinforordningen følges, og at det ble meldt fra om «når» (ikke dersom) den brytes. Dette er i stor kontrast til at materialet vitner om at det var manglende forankring av forskriften i minst tre av respondentenes respektive kommuner. Her følger uttalelser fra fire ulike respondenter.

...det er det som har vært utfordringen. Det å få forankret forskriften. Det har blitt sånn ad hoc jobbing på en måte. Det å få personer med myndighet til å håndtere og ta ansvar for prosessen.

...akuttforordningen er ikke forankret i kommunen politisk.

...jeg har ingen som helst viten om det er forankret hos kommunalsjefen i det hele tatt, men jeg går ut fra det.

...jeg føler at de oppover i systemet sitter ikke på eierforhold til en akuttmedisinforordning på samme måte som vi som sitter nede i virkeligheten gjør.

Ledelsen uttrykte altså en tydelig forventning om at akuttmedisinforordningen følges ovenfor disse respondentene, men samtidig tok de ikke selv ansvar for forskriften ved å legge forholdene til rette slik at respondentene i realiteten hadde en mulighet til å imøtekomme deres forventninger. Det foreligger flere relevante

sitater fra fire av respondentene som beskriver denne motsetningen mellom forventninger og forpliktelser fra deres ledelse. For å underbygge tyngden i dette funnet vil jeg her fremheve sitater fra disse respondentene fortløpende nedenfor.

De tar den (akuttmedisinforskriften) heller som en ideell veileder verden, men ikke som at dette er faktisk vårt ansvar. Min sjef (hun/han) føler jeg nok kanskje ser det, men økonomien går foran. Ja vi ser at det er en forskrift, men det har vi ikke penger til.

Vi har den samme bemanningen i dag som vi hadde i 1994. Det som har endret seg siste år siden jeg har blitt leder her, er at vi, vi opp bemanner noe i høytidene.

Det er derfor jeg vil at kunnskapen (om akuttmedisinforskriften) skal ut, slik at jeg slipper å sitte med det ansvaret alene. For det er jo ikke mitt ansvar, det er jo kommunens.

Vi løfta det veldig mange ganger uten at det skjedde noen ting, men nå har vi fått ting på plass. Vi har fått ting i system på egenhånd her, men ikke forankret oppover.

En av respondentene forteller at hun opplevde at akuttmedisinforskriften var forankret i hele organisasjonen. Samtidig sa respondenten senere i intervjuet at legevakten, per intervjutidspunktet, ikke tilfredstilte akuttmedisinforskriftens krav om bemanning, samt at hun ga inntrykk av at det er grunnet økonomiske begrensninger flere av legevaktpersonellet ikke hadde fått deltatt på akuttmedisinkurs.

6.2.3 Endringsagent, lobbyist og lojal ovenfor forskriften

Den ovenfor beskrevne motsetningen, fra fire av respondentene, blir i betydelig grad styrende på respondentenes rolle som førstelinjeleder i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften. Det medførte en streben etter å få gehør for hva som mangler, hvilke behov som er udekket, hvilke punkter i forskriften som brytes, og det å komme med dokumentasjon som underbygger disse påstandene. Dette gjennom uformelle og formelle samtaler med nærmeste

leder, gjennom opplysningsarbeid i forhold hva som faktisk forskriften omhandler, gjennom skriftlig dokumentasjon, ved indirekte trusler om tilsyn fra fylkesmannen og gjennom lobbyvirksomhet ved å knytte til seg fagpersoner i nøkkelstillinger. Ved omorganiseringer har flere av respondentene erfart at arbeidet ofte ble satt på vent, at det ikke skjedde noe videre, og at de da måtte starte dette arbeidet på nytt. Her følger sitater fra fire ulike respondenter.

Vi følger jo ikke standarder i forhold til bemanning i forhold til veileder da. Der er vi ikke, men jeg må jo presisere det, og jeg skriver veldig mye. Jeg prøver å dokumentere, og sende i linje.

Så jeg prøver å påvirke da. Å snakke så godt jeg kan oppad i systemet i forhold til viktigheten av å legge til rette slik at vi skal kunne implementere akuttmedisinforskriften.

...jeg kommer litt til kort, men jeg tenker at da må jeg snu litt på det og si hva er det vi faktisk ikke oppfyller. Hva er det som gjør at vi bryter forskriften. For det er de jo opptatt av. Hvis man bryter noe, for da kan det jo komme tilsyn, og så kan man få ettersyn, Det opplever jeg at jeg må gjøre.

Jeg har vært pådriver hele veien...å få videreformidlet og å få satt forskriften på dagsorden i kommunen...vi har brukt mye både tid og ressurser på å sette oss på dagsorden i det kommunale systemet.

For myndigheten min ligger ikke der at jeg kan sette i gang oppdrag eller organisere. Jeg må ha med meg ledelsen i kommunen for å få satt i gang, for å få det organisert på en annen måte, og det har krevd... Det har krevd mye.

Samtidig som respondentene brukte mye av sin tid til å annonsere manglende imøtekommelse av akuttmedisinforskriften i legevaktorganisasjonen, opplevde respondentene veien til sin nærmeste leder som kort, med foreliggende mulighet for åpen kommunikasjon og godt samarbeid. Fire av respondentene beskrev nærmeste leder som deres nærmeste lagspiller i noe som kan oppfattes som «kampen mot øvrig ledelse» i kommunen.

Min virksomhetsleder har stor tillit til meg... Jeg «spiller ball med hun/han» i forhold til hva som skal prioriteres.

Vi har en god dialog.

Når jeg serverer hun/han det. Dette er akutforskriften. Dette når vi ikke opp til. Dette mangler vi. Her er de tiltakene jeg kan se for meg. Så tar hun/han det alvorlig.

Vi har det veldig kort mellom linjene. Det fungerer veldig bra. Vi har akuttmedisinforskriften oppe, og vi diskuterer den jevnlig.

Gradvis har respondentenes påvirkningsarbeid oppover i legevaktorganisasjonen gitt resultater. Dette primært med tanke på akuttmedisinforskriftens krav til sykepleietjenesten på legevakta, som samtlige av respondentene er ansvarlige for. Angående ansvaret legetjenesten på legevakta, så lå ansvaret delvis hos tre av respondentene. I ulik grad ble samtlige av respondentene likevel involvert i oppfølgingen av legene som arbeidet ved legevakta. Dette da de hadde det daglige ansvaret for driften, og var selv tilstede på legevakten hvor ulike utfordringer fortløpende måtte bli løst. Fire av respondentene fortalte at de hadde fagsykepleier som var til stor hjelp, men utfordringene var at fagsykepleierne, i ulik stillingsprosent, inngikk i turnus. På den måten begrenses mulighetene for å bruke fagsykepleier i fagutviklingsarbeid og driftsrelaterte oppgaver.

Et annet poeng er hva som skjer med budskapet på veien til toppen hvor avgjørelser tas. En av respondentene uttrykte det slik:

Alt skal gå linjevei, og da må jeg skrive notater, som de som er mange hakk over meg kan ta med seg videre, og det er da jeg er redd for at informasjonen blir vannet ut på veien. Hvorfor skal jeg gi rapport til min sjef, som skal til sin sjef, som skal til sin sjef, som skal der ifra til rådmann og inn. Hjertet er mistet på veien opp. Altså engasjementet og hjertet for saken. For det er så mange saker, og da er den bare en av mange. Det er utfordringa med en stor organisasjon.

Samtidig som respondentenes iherdighet i å påvirke kommunens ledelse har medført gradvise endringer i riktig retning, for å imøtekomme akuttmedisinforskriften, så var to av respondentene tydelig når de beskrev hvordan de møtes i rollen som endringsagent av kommunens ledelse.

...jeg har hørt uttalelser som at noen forskrifter må vi bryte. Vi klarer ikke innfri alt. Sånn er det bare. Det har jeg fått som svar i møter.

...man vil og kjenner på alt man skal gjøre, men ikke får gjort for rammene ligger ikke der. Så vi føler nok at kommunen kanskje ikke har tatt innover seg hva akuttmedisinforskriften sier at vi skal gjøre.

På direkte spørsmål, til en av respondentene, om de ulike ledernivåene i organisasjonen hadde innsikt i hvor de står nå og om hva som kreves videre, svarte respondenten kontant «nei». Samme respondent har fortalt tidligere i intervjuet om at hun har brukt både mye tid og krefter på å informere de ulike nivåene i organisasjonens ledelse. En annen av respondentene uttalte, «...det handler om personer...». Slik jeg oppfattet det, var dette for å understreke at implementeringen av akuttmedisinforskriften, påvirkes av hvilke personer som innehadde samarbeidene stillinger i organisasjonens ledelse. Dette erfart med bakgrunn i omorganisering og personalutbyte.

En av respondentene fortalte at hennes leder hadde forventning om at hun holdt seg faglig oppdatert, og at hun selv deltok på akuttmedisinkurset.

...at jeg også holder meg faglig oppdatert og i gang, samt er med på det som skal skje.

Som førstelinjeleder er man ofte i kontakt med yrkesgruppers fagorganisasjoner. Dette spesielt ved legevakter da det gjelder utarbeidelse av turnus-/vaktplaner, som skal godkjennes av alle parter. Dette gjelder både ovenfor sykepleiere og leger. Tre av respondentene ble direkte spurt om samarbeidet med Norsk sykepleierforbund og Norsk legeförening i forbindelse med akuttmedisinforskriften. Disse respondentene omtalte samarbeidet som godt.

...jeg synes det er helt kjempefint samarbeid med sykepleierforbundet, og de som er tillitsvalgt for legene også. Jeg synes det er en god dialog

Vi samarbeider jo med fagforbunda hele tiden, for vi har dem med i alle prosesser. Så på lik linje med alt annet så er med der også. De får si sitt, hva de tenker og hva de føler.

...jeg opplever, om vi ikke alltid er enige, så har vi et godt samarbeid og ønsker det samme.

Den utarbeidede intervjuguiden (vedlegg 1) som ble brukt i forskningsintervjuene inneholder ingen spørsmål som inneholder begrepet lojalitet. Intervjuguiden ble,

som også tidligere nevnt, ikke fulgt slavisk, og naturlige oppfølgingsspørsmål ble både stilt i tillegg til intervjuguidens innhold og noen ganger i stedet for intervjuguidens spørsmål. Ingen av disse oppfølgingsspørsmålene inneholdt begrepet lojalitet direkte. Likevel ser jeg at datamaterialet inneholder besvarelser fra fire av respondentene som indirekte beskrev her nevnte begrep. Dette gjelder flere av allerede gjengitte uttalelser i dette kapitlet (kapitel 6.0 med underkapitler), som jeg ikke velger å gjenta her. Samlet sett så oppfatter jeg altså at uttalelsene i sum, fra hver enkelt av disse fire respondentene, beskriver et tilnærmedesvis felles bilde av deres lojalitet. Dette er i denne kontekst, en lojalitet ovenfor akuttmedisinforskriften (altså lovverket).

Samtidig kom det frem i alle fem respondentenes utsagn knyttet til deres sykepleiefaglige medarbeidere, at de var opptatt av deres arbeidsvilkår og trivsel på jobb ved respektives legevakt. Alle respondentene var opptatt av å påpeke at «døra til mitt kontor står alltid åpen», og de omtalte sykepleiernes innsats i denne konteksten med endringer med troverdig takknemlighet. Samtidig fremstod det for meg at fire av respondentene hadde kunnskap på detaljnivå om medarbeidernes arbeidsoppgaver.

7.0 Drøfting

I dette kapitlet drøfter jeg funnene som ble presentert i forrige kapittel. Dette ved hjelp av den teorien som er brukt for å ramme inn problemstillingen. På samme måte som forrige kapittel brukes mine to forskningsspørsmål til å disponere drøftingene:

1. Hvordan beskriver og forstår førstelinjeleder sitt handlingsrom i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften?
2. Hvordan beskriver og forstår førstelinjeleder sin rolle i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften?

7.1 Hvordan beskriver og forstår førstelinjeleder sitt handlingsrom i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften?

Funnkategorien begrenset fleksibilitet blir drøftet under dette punktet.

7.1.1 Begrenset fleksibilitet

Legevaktene i tidligere Østfold fylke har etter at akuttmedisinforskriften ble publisert i 2015 befunnet seg i en sammenheng hvor organisasjonene har fått nye normative krav på seg. Dette representerer en kontekst, hvor det ifølge Espedal og Kvitastein (2012), er ekstra betydningsfullt at leder har en påvirkningsmulighet. Dette da leders autonomi og handlingsrom er viktig for organisasjonens samlede læring. Handlingsrom innbefatter hva Lundquist (1987) beskriver som et individs kapasitet i en innovasjonsprosess (endringsprosess). Underforstått om førstelinjeleder har handlingsrom til å kunne ta de beslutningene som skal til i en slik sammenheng som dette, hvor akuttmedisinforskriften skal implementeres. To av respondentene uttaler at de opplever å ha et stort/fritt handlingsrom innenfor en ramme/begrensinger, mens tre andre respondenter uttaler eksplisitt at de har begrenset handlingsrom i sammenhengen med implementeringen av akuttmedisinforskriften. Da det er sagt, så mener jeg at respondentenes uttalelser tilknyttet til kategoriene i kapittel 6.2/7.2 vitner om at alle fem respondentene har et begrenset formelt handlingsrom. Minst fire av disse inntar en rolle hvor de bruker mye tid på å dokumentere og formidle manglende forutsetninger og behov for mere økonomiske ressurser. Samtidig skal det sies at dette viser at

respondentene har en aksept fra sin nærmeste leder, som kan beskrives som et handlingsrom, for å bedrive denne aktiviteten.

Førstelinjeleder har ifølge Augustinsson og Ericsson (2015) en unik mulighet til å være kommunikator mellom de ulike rommene i en organisasjon. Dette stemmer godt overens med hva alle fem respondentene signaliserer. Samtidig påpeker respondentene at kommunikasjonen formelt oppover i ledelsen er begrenset til nærmeste leder. Unntaksvis har tre av respondentene møtt toppledelsen i møter sammen med sin leder hvor akuttmedisinforordningen har vært et av flere temaer på agendaen, og hvor relevante beslutninger har blitt tatt. Dette er også i tråd med studien til Augustinsson og Ericsson (2015) sine resultater. Dette utdypes noe i kapittel 7.2.1.

Handlingsrommet som førstelinjeleder ved en legevakt vil bli oppfattet ulikt av hvilken person som innehar rollen. Dette ut fra personens samlede kompetanse og personlige ståsted (Espedal & Kvitastein, 2012). Etter at alle fem forskningsintervjuene var gjennomført, og jeg hadde fått et inntrykk av alle respondentene gjennom våre møter og gjennom deres svar på mine spørsmål, har jeg flere ganger tenkt på hvordan besvarelsene på spørsmål tilknyttet temaet handlingsrom ville ha vært dersom respondentene hadde byttet arbeidsgiver med hverandre. Dette spesielt med tanke på to av respondentene, hvor jeg opplevde at den ene fremsto nærmest bakbundet og resignert i sin rolle, mens den andre fremsto uredd og taktisk lur i sin fremtreden. På denne måten kunne ledernes eventuelle ulike subjektive handlingsrom komme til syne. Et moment jeg kort ønsker å nevne er, dersom en respondent som førstelinjeleder innehar begrenset endringskapasitet, kan personen rettferdiggjøre sine manglende igangsetting eller gjennomføring av endringer i legevaktorganisasjonen, ved å gjemme seg bak et begrensende formelt handlingsrom.

En av respondentene påpekte at hun hadde støtte i legevaktorganisasjonens øvre ledelse til å gjennomføre nødvendige tiltak for å imøtekomme kompetansekravene ovenfor sykepleierne. Dette da disse kravene ble definert som lovpålagt av hennes ledere. For den som kjenner akuttmedisinforordningen som helhet, kan dette vitne om at denne legevakts øvre ledelse har en betydelig manglende innsikt i forskriftens øvrige innhold.

Oppsummert tolker jeg respondentenes uttalelser slik at fire av dem opplever å ha tilnærmet nok handlingsrom dersom man kun forholder seg til kompetanseutviklingen som er påkrevet ovenfor sykepleierne i akuttmedisinforordningen. Dersom man velger å tilnærme seg implementeringen av akuttmedisinforordningen som helhet, uttrykker tre av respondentene eksplisitt at de har et begrensende handlingsrom, mens to av respondentene gir uttrykk for dette implisitt gjennom deres samlede uttalelser. Dette begrensende handlingsrommet påvirker i betydelig grad rollen den enkelte respondent har i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforordningen. Dette drøftes videre i påfølgende kapittel.

7.2 Hvordan beskriver og forstår førstelinjeleder sin rolle i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforordningen?

Under dette punktet drøftes funnkategoriene; naturlig integrering, forventninger ovenfra versus forpliktelse ovenfra, endringsagent, lobbyist og lojal ovenfor forordningen. Dette ikke ved deres tillagte benevnelser, men med deres beskrivelser og poenger. Forskjellen fra forrige kapittel at jeg her har valgt å trekke kategoriernes innhold inn i en drøfting som struktureres av innovasjonsprosessen, som tidligere i oppgaven beskrives som en spiralformet endringsprosess med fasene; initiering, implementering og videreføring (Roland & Westergård, 2015).

7.2.1 Initieringsfasen

I initieringsfasen skal organisasjonen forberedes med klar og tydelig informasjon til alle involverte parter, samt at forholdene skal praktisk og ressursmessig legges til rette for endring (Roland & Westergård, 2015). Ved at akuttmedisinforordningen ikke er forankret i kommunenes toppledelse, slik minst tre av respondentene opplyser, ligger ikke forutsetningene til rette i sin helhet, hverken ressursmessig eller praktisk, for å gjennomføre implementering av akuttmedisinforordningen. Slik jeg tolker det har disse respondentene, samt en til, tatt rollen som lobbyister grunnet denne manglende forankringen. Dette ved at de dermed ikke har muligheten til å arbeide med utgangspunkt i en legevaktorganisasjon som har hele akuttmedisinforordningen inkludert i organisasjonens overordnede mål og strategier (Iversen & Raa, 2001). I stedet må de ta for seg enkeltdeler av forordningen, som de

etappevis arbeider for å få støtte fra toppledelsen til å gjennomføre. Ved at førstelinjeledernes kunnskapsformidling begrenses av lederlinja, og uttynnes oppover organisasjonen, vil de ulike ledernivåene få ulik kunnskapsgrunnlag i initieringsfasen. En av respondentene uttalte at hennes nærmeste leder ikke hadde forutsetninger for å forstå hva akuttmedisinforskriften innebar rent praktisk for driften av legevakten. At hun i klartekst måtte eksemplifisere dette slik at lederen fikk en forståelse på linje med henne selv. Ettersom respondentene opplever at de primært har mulighet til å kommunisere med toppledelsen gjennom sin nærmeste leder, må etableringen av en felles driftsforståelse på dette ledernivået anses som essensielt i denne konteksten. Ved at både saken i seg selv og engasjementet («hjertet») til saken uttynnes oppover mellom lederlinjene, så minner dette nærmest om hviskeleken hvor flere personer sitter i ring og skal hviske et budskap til hverandre for så at siste personen sier budskapet høyt. Hva har hendt med budskapet på veien? Har poenget blitt borte? Er betydningen blitt endret underveis? Blir således avgjørelser i kommunenes toppledelse, i forhold til akuttmedisinforskriften, tatt på sviktende faglig grunnlag? Studien til Augustinsson og Ericsson (2015), hvor de har sett på førstelinjeledere i helse- og omsorgsorganisasjoner sine erfaringer, bekrefter at førstelinjeledere ikke har påvirkningskraft i betydningsfulle beslutningsprosesser ved at de ikke har tilgang til møter med toppledelsen hvor beslutningene blir tatt. Kommer avgjørelser tatt i toppledelsen i kommunen tilbake til førsteledernivå? Samme studie besvarer sistnevnte spørsmål ved at det ikke alltid er tilfelle. Dette spørsmålet kan ikke besvares med utgangspunkt i datamaterialet i min studie.

Jeg oppfatter denne situasjonen som bakvendt fra hva jeg selv er vant med ellers i mitt yrkesliv. Jeg er vant med at endringsprosesser kommer fra toppen av en organisasjon, hvor førstelinjeleder, som har ledergruppas støtte (Cronfalk et al, 2014), skal involvere medarbeiderne sine ved å gi dem informasjon, fordele roller og ansvar i endringsprosessen. Dette slik at alle medarbeiderne forstår hva som skal gjøres og hvordan endringen er tenkt gjennomført (Roland & Westergård, 2015), og at de gjennom deltagelse får et eierforhold til endringen. Dette kan erfaringsmessig bidra til å redusere motstanden hos enkeltpersoner og generelt i medarbeidergruppa. Alle respondentene sier at de har et godt samarbeid med fagorganisasjonene, både ovenfor sykepleierne og legene. Motstanden fire av

respondentene beskriver er derimot oppover i organisasjonens toppledelse. Respondentene som førstelinjeledere og endringsagenter må således snu sin oppmerksomhet vekk fra medarbeiderne, for å bruke både tid og krefter på å få med seg sin nærmeste leder, og dernest organisasjonens toppledelse i endringsprosessen.

Respondentene som hadde rollen som førstelinjeleder ved to av legevaktene før akuttmedisinforskriften ble publisert, oppgir at de anså det helt naturlig for dem å ta ansvar for dens innhold, og dermed integrere den inn i sitt ansvarsområde. Fire av respondentene opplyser at de opplever at det er i hovedsak de som sitter med kunnskap om forskriftens innhold og krav, og at det dermed er de som kjenner på ansvaret ved at de innehar en posisjon hvor de kan observere og kartlegge om kravene er imøtekommet i den daglige driften. Et eksempel på dette er, som den ene respondenten fortalte, at hun og kommuneoverlegen tok for seg akuttmedisinforskriften og dens innhold punktvis og sammenlignet dette opp mot de faktisk foreliggende forhold ved deres legevakt. Dette vitner om en systematisk kartlegging. Et konkret eksempel på et slikt punkt i akuttmedisinforskriften er dens normative kompetansekrav både ovenfor sykepleierne og legene. Dette medfører at det må, til enhver tid, foreligge en samlet oversikt over den formelle kompetansen hos all helsefagligpersonalet ved legevaktene. Dette krever, hva Laudal og Mikkelsen (2016) omtaler som kompetansekartlegging, for å identifisere virksomhetens nåværende kompetanse og sammenligne dette opp mot fremtidige kompetansekrav. Dermed er virksomhetens kompetansebehov for å imøtekomme akuttmedisinforskriftens normative kompetansekrav identifisert. Med slik kartlegging som utgangspunkt, kan kompetanseutviklingen planlegges og styres på en strategisk måte. Her tatt hensyn til legevaktens døgnkontinuerlige drift. Dette omtaler Sandervang og Skalstad (2001) som strategisk kompetansestyring.

En av respondentene påpekte at arbeidet med implementeringen av akuttmedisinforskriften var avhengig av hvilke personer som innehar de ulike rollene som ledere i organisasjonen. Dette er i tråd med Lundquist (1987) sin beskrivelse av enkeltindividets betydning i en implementeringsprosess. Respondenten påpekte dette i en sammenheng hvor hun beskrev hennes samarbeid og påvirkningsarbeid oppover i legevaktorganisasjonen, hvor målet var å få

personer i nøkkelposisjoner på lag, gjennom å skape en felles virkelighetsforståelse. På den måten fjerne motstand ved å la disse personene føle seg involvert. Ved personalutbytte eller omorganisering, opplevde respondenten at saken ble liggende, slik at hun måtte starte arbeidet på nytt ovenfor den eller de nye personene.

I situasjoner, som beskrevet ovenfor, kan det forstås slik at nøkkelpersoner som har gjennomgått en initieringsfase hvor de har fått formidlet- og ervervet kunnskap, erstattes av nye personer som ikke har tatt del av denne initieringsfasen. Således vil de starte opp i denne fasen når kanskje andre deler av legevaktorganisasjonen har gått videre til implementeringsfasen. Dette kan sees på som samtidige spiralformede prosesser hvor ulike deler av organisasjonen befinner seg ulike steder i innovasjonsprosessen (Roland & Westergård, 2015).

7.2.2 Implementeringsfasen

Roland og Westergård (2015) beskriver implementering som fase to i en spiralformet endringsprosess. Denne fasen omtales som uttalt kompleks. Her skal endringer ha funnet sted gjennom at visjoner, ideer og teorier har blitt omsatt til faktisk praksis i organisasjonen. I en organisasjon, som befinner seg i en implementeringsfase, har alle berørte aktører sin egen tolkning av hva som skal gjennomføres. Dette ut fra den enkeltes aktørs kunnskap/bakgrunnsinformasjon (Lundquist, 1987). Her aktualisert med tanke på kunnskapen om, og tolkningen av akuttmedisinforskriftens innhold, men også forståelsen av hva en forskrift er. Fire av respondentene viser med sin aktive lobbyvirksomhet, i form av formell dokumentering og rapportering og uformell alliansebygging, at de har forstått betydningen av at deres kommunale organisasjons ulike lederledd innehar kunnskap om akuttmedisinforskriftens innhold, men også betydningen av at de ulike lederleddene i mest mulig grad deler respondentens egen tolkning av innholdet. Likevel opplever samtlige respondenter at det foreligger ressursmessige begrensninger i den grad at akuttmedisinforskriftens normative krav ikke kan imøtekommes i praksis. Slik jeg ser det, vitner dette enten om kommunikasjonssvikt oppover i disse kommunale organisasjonene, eller at den kommunale ledelsen overprøver fagpersonenes tolkning av forskriftens innhold.

Atter en annen mulig forklaring er at den kommunale ledelsen er enige i respondentenes fortolkning av akuttmedisinforordningens innhold, men har en ulik forståelse av hva en forordning er. Er det slik at kommunale toppledere i tidligere Østfold fylke ikke innehar kunnskapen om at en forordning faktisk er likestilt med en lov, eller er det slik at kommunale toppledere i tidligere Østfold fylke med full bevissthet velger å bryte en forordning? En av respondentene forteller om en episode hvor hun i et møte med ledelsen fikk nettopp beskjed om at «enkelte forordninger må man bryte».

Tre av respondentene formidler at deres ledere har en tydelig forventning om at akuttmedisinforordningens krav blir fulgt i driften av respektive legevakt. Samtidig er det slik at alle respondentene opplever at forholdene ikke har blitt lagt til rette ressursmessig for at det i virkeligheten kan skje. Dette vitner om at tre av respondentenes nærmeste ledere enten ikke har innblikk i legevaktens daglige drift, ikke har satt seg inn i hva akuttmedisinforordningen i realiteten innebærer for legevaktorganisasjonen, eller begge deler. Dette til tross for at samtlige respondenter beskriver sin rolle, direkte og/eller indirekte, som lobbyist i legevaktorganisasjonen de representerer. Både i begynnelsen og underveis i innovasjonsprosessen, beskriver fire av respondentene, at informasjonsformidling om akuttmedisinforordningen oppover i lederlinja har vært en betydelig del av deres rolle. Dette kan sees på som en betydelig tidstyv, som medfører at respondentene i mindre grad får tid til å ha endringsagentrollen ovenfor sine medarbeidere, samt mulighet til selv å holde seg faglig oppdatert. For nettopp tid beskrives som en mangelvare i studien på førstelinjeledere til Augustinsson og Ericsson (2015). Der beskrives det at «every day work», altså driftsmessige oppgaver, opptok så mye av deres tid at fagutvikling hos personalet og førstelinjelederne selv ble mangelfull. Fire av respondentene oppgir å ha fagsykepleier som bistår dem i kompetanseutviklingsarbeidet. utfordringen er at fagsykepleierne kun i varierende grad er fristilt fra turnus. Ved at fagsykepleierne hadde blitt fristilt fra turnus, hadde respondentene fått en betydelig ressursmessig fordel med blant annet kompetanseutviklingsarbeidet i virksomheten. Den ene respondenten som ikke har fagsykepleier, uttrykte at hun lenge har arbeidet for å få midler til å ansette dette.

En av respondentene oppgir at hennes nærmeste leder forventer at hun holder seg faglig oppdatert. Dette, blant annet ved at hun også deltar på kursrekka

akuttmedisinforskriften initierer. En annen respondent oppgir at hun må arbeide mye administrativt hjemme på kveldstid ettersom hun bevisst prioriterer å arbeide sammen med sine medarbeidere i pasientrettede oppgaver. Cronfalk et al (2014) sin studie på førstelinjeledere i palliative omsorgssentre oppgir at manglende kunnskapsnivå om faget var til hinder for førstelinjelederen kunne ta fullt lederansvar i en implementeringsfase. Samtidig beskriver Augustinsson og Ericsson (2015) at dobbeltrollen som administrator og praktiker blant førstelinjeledere er i ferd med å endres til kun å være leder og administrator. Slik jeg oppfatter samtlige av respondentenes beskrivelser er det liten tvil om at ledelses- og administrasjonsoppgaver tar flertallet av deres arbeidstimer.

Som førstelinjeledere arbeider ikke respondentene i et vakuum. De befinner seg mellom arbeidstakerne og organisasjonens øvrige ledelse. Cziraki et al (2014) omtaler førstelinjeleder som limet i organisasjonen, og Kramer et al (2007) beskriver rollen som den mest utfordrende i helseorganisasjoner. To av respondentene hadde tidligere arbeidet som sykepleiere ved samme legevakt som de nå var førstelinjeleder for, og samtlige av respondentene hadde sykepleiefaglig utdanningsbakgrunn. Disse faktorene gjør, ifølge Augustinsson og Ericsson (2015), at man som førstelinjeleder kan la lojaliteten til personalgruppen bli tungtveiende. Som tidligere nevnt, fikk ikke respondentene spørsmål omhandlende lojalitet direkte, men da det gjelder fire av respondentenes samlede besvarelser, kom det, slik jeg oppfatter det, tydelig frem at disse respondentene har en betydelig lojalitet ovenfor akuttmedisinforskriften. Alle fem respondentene likestiller forskriften med en lov, som riktig er, og påtar seg ansvaret ved å skulle imøtekomme den. For disse fire overnevnte respondentene fremstår det, etter min oppfatning, som helt uforståelig at toppledelsen setter økonomien fremfor loven. Samtidig er det slik at respondentene i rollen som førstelinjeleder representerer arbeidsgiver, og at de dermed skal være lojale ovenfor avgjørelser tatt av sin ledelse som medfører at forholdene i legevaktorganisasjonen ikke ligger til rette for en helhetlig implementering av akuttmedisinforskriften. Dette representerer en rollekonflikt for fire av respondentene. Samtidig må det nevnes her, igjen, at tre av de samme respondentenes nærmeste leder eksplisitt uttrykker at akuttmedisinforskriften skal følges. Således taler disse tre respondentenes ledelse med to tunger, to motstridende budskap.

Det fremstod for meg at fire av respondentene hadde detaljkunnskap om sine medarbeideres spesifikke arbeidsoppgaver. Dette medfører en betydelig fordel i forbindelse med tilretteleggelsen- og gjennomføringen av implementeringen av akuttmedisinforskriftens ulike krav. Hales og Knowles (2003) sin studie viser at kvinnelige førstelinjeledere har bedre kunnskap om deres arbeidstakeres konkrete arbeidsoppgaver enn menn. Ettersom alle respondentene i min studie er kvinner, er det, som tidligere nevnt, vanskelig å hverken bekrefte eller motargumentere dette.

Akuttmedisinforskriftens krav om at samtlige legevaktansatte med pasientkontakt skal gjennomgå en definert kursrekke er forenlig med Dysvik og Kuvaas (2015) sitt syn på at en virksomhet tjener på nettopp alles deltagelse. Dette ved at holdningene og adferden til flertallet av medarbeiderne vil bli påvirket. Når det gjelder gjennomført kursrekke, hos sykepleiepersonalet, sier fire av respondentene at de tilnærmet er i land, mens en av respondentene sier at de henger noe etter grunnet sykdom i personalet og begrensede økonomi. Ved at sykepleiepersonalet slutter eller tar permisjon fra sin stilling ved legevakten, må nytt sykepleiefaglig personale ansettes og kurses (dersom den nyansatte da ikke har tatt kursene fra tidligere). Dette medfører at kompetanseheving er et fortløpende tiltak parallelt med driften i all overskuelig fremtid. Dermed også en fortløpende økonomisk kostnad det må kalkuleres med. Det gjelder naturligvis også ovenfor legene som arbeider ved legevaktene. Her må det påpekes at Roland og Westergård (2015) understreker at gjennomføring av kompetansehevingstiltak i seg selv ikke definerer en implementering. Først når den nyervervede kompetansen brukes i praksis av personalet, kan det sies å ha blitt en endring, en implementering. Altså både en varig endring av legevaktpersonalets kunnskaper, holdninger og praktiske ferdigheter (Lai, 2003). Når kompetansen har blitt institusjonalisert er man ifølge Roland og Westergård (2015) over i videreføringsfasen. Dette kan ta fra to til fem år for hver enkelt endring som er gjennomført.

7.2.3 Videreføringsfasen

Videreføringsfasen er, som tidligere beskrevet, en forlengelse av implementeringsfasen. Her er endringene, eller ny kompetanse, en integrert del av

organisasjonens arbeidspraksis ved at den er lokalt tilpasset, samt at nyansatte opplæres fortløpende både formelt og uformelt kollegaers erfaringer. Eventuell tidligere motstand hos personalet er nå borte (Roland & Westergård, 2015). Som nevnt ovenfor kan dette ta to til fem år. Slik jeg ser det er respondentenes ledelse med på å forlenge dette tidsintervallet. Ved tidspunktene for gjennomføringen av forskningsintervjuene var det gått cirka fire år siden akuttmedisinforskriften ble publisert. Underveis har det riktig nok kommet enkelte tidsfristutsettelse fra Helsedirektoratet ovenfor kompetansekravene av legevaktpersonellet, slik at legevaktene hadde fått bedre tid på seg til å ha gjennomført kompetanseutviklingstiltakene (Regjeringen, 2018).

Manglende støtte fra toppladelsen til minst tre av respondentene, kan ha medført at implementeringen av momenter i akuttmedisinforskriften har blitt utsatt i tid. Dette ved at disse respondentene ofte må bruke tid på å skaffe seg støtte fra ledelsen ovenfor enkeltdeler av akuttmedisinforskriftens innhold. Således blir det brukt mye tid i initieringsfasen på disse enkeltdelene, og oppstarten av implementeringen utsettes i betydelig grad sammenlignet med dersom det forelå en generell støtte til forskriften som helhet. Et samlet inntrykk var at alle fem respondenter stod klare, med fagorganisasjonene i ryggen, til å iverksette implementeringstiltak straks de fikk tillatelse til dette.

En av respondentene sa det på følgende måte; Gi oss penger og stor frihet til å organisere, så skal du se at vi får til ting.

Dette utsagnet opplever jeg som godt oppsummerende for hvordan minst tre av respondentene opplever sin legevaktvirksomhets situasjon. De opplever å bli holdt tilbake av sin egen ledelse da de selv ivrer til å ville bidra til å gjøre legevakten til et trygt og kompetent sted hvor lokalbefolkningen kan komme ved behov for somatisk og/eller psykisk øyeblikkelig hjelp. Samtidig som personalet trives i et godt faglig stimulerende arbeidsmiljø. De ønsker å representere en legevakt som har en standard som imøtekommer dagens faglige- og forskriftsmessige krav.

8.0 Avslutning

Forskningsprosjektet mitt hadde som hensikt å få en økt forståelse for hva det innebærer å inneha rollen som førstelinjeleder ved legevaktene i tidligere Østfold fylke i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften.

I dette kapitlet oppsummerer jeg drøftingene fra mine to forskningsspørsmål i den hensikt å besvare oppgavens problemstilling. Deretter kommer jeg med noen betraktninger rundt hvem som kunne ha nyttiggjort seg funnene i denne studien, hvilke valg jeg har tatt underveis i arbeidet med oppgaven, og videre noen tanker rundt fremtidig forskning tilknyttet oppgavens tema.

8.1 Svar på problemstilling, begrensninger og videre forskning

Problemstillingen er som følger; Hvilken rolle (og handlingsrom) hadde avdelingslederne (førstelinjelederne) i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften ved legevaktene i tidligere Østfold fylke?

Legevaktene i tidligere Østfold fylke blir, som landets legevakter for øvrig, i stor grad påvirket av variabelen «omverdenen» i Leavitt-Ry-modellen (Ry Nielsen & Ry, 2002). Legevaktene og Helsedirektoratet deltar i samme organisatoriske felt hvor Helsedirektoratet er lovregulerende og samarbeidene ovenfor landets legevakter. Alle respondentene opplever at manglende økonomiske ressurser er til hinder for å kunne imøtekomme Helsedirektoratets normative kompetansekrav som kommer til uttrykk gjennom akuttmedisinforskriften. Denne mangelen på øremerkede økonomiske ressurser fra sentralt hold blir på mange måter definerende på respondentenes rolle i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften. Dette ved at det blir vanskelig å planlegge implementeringsprosessen under urealistiske begrensende økonomiske rammer, samt at respondentenes tidsressurs, som kunne primært blitt brukt i rollen som endringsagent nedover i organisasjonene, i stedet i betydelig grad blir brukt som lobbyist med mål om økt tilførsel av økonomiske ressurser fra egen kommunal organisasjon. Samtidig opplever fire av respondentene at de har et kontekstuellt begrenset handlingsrom.

Slik jeg tolker samtlige av respondentenes beskrivelser, har de alle som førstelinjeledere ved legevaktene i tidligere Østfold fylke, en avgjørende rolle i

implementeringen av akuttmedisinforskriften. Dette er forenlig med Augustinsson og Ericsson (2015) sine studier på førstelinjeledere under endringsprosesser ved helse- og omsorgsorganisasjoner.

I etterkant av at studien er gjennomført, dataene analysert og funnene er kategorisert, samt at funnene er drøftet ved hjelp av oppgavens teoretiske rammeverk, stiller jeg meg selv spørsmålet om min problemstilling er besvart. På det spørsmålet vil jeg svare ja. Ja på den måten av at jeg sitter igjen med mye ny kunnskap om-, gode detaljerte beskrivelser av- og en betydelig bedre innsikt i førstelinjeledernes rolle og handlingsrom i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften ved legevaktene i tidligere Østfold fylke. Samtidig ser jeg at denne innsikten åpner opp for nye relevante spørsmål som ville gitt ytterligere datamateriale slik at problemstillingen kunne blitt grundigere besvart.

Under punktet omhandlende reliabilitet (5.8.1) refereres det til at det i litteraturen foregår en diskusjon om funn i kvalitative undersøkelser er generaliserbare. I denne masteroppgaven har jeg kommet med beskrivelser ut fra fem respondenters ståsted i en definert kontekst. Jeg refererte til Jacobsen (2005) i nevnte punkt; Gyldigheten av slike beskrivelser (eller teorier) i andre kontekster enn de som ble studert, beskrives som «vanskelig å slå fast» (Jacobsen, 2005, s. 96). Kan vi likevel si noe generelt ut fra funnene i denne studien, da vi vet at funnene er høyst kontekstuelle? Kan studien bidra til å gi respondentenes ledere, eller førstelinjelederes ledere ved legevakter generelt, økt innsikt i interne organisatoriske prosesser som er til hinder for at akuttmedisinforskriften følges? Kan studien påberope seg å inneha funn som sier noe om hvordan forskrifter (lovverk) i den kommunale helsesektoren nedprioriteres med økonomiske begrunnelser av toppledelsen? Ut fra mitt ståsted opplever jeg at studien har, ved hjelp av respondentenes beskrivelser, laget et kikkhull i en lukket dør i fem legevaktorganisasjoner, hvor det vises med kikkhullets begrensende synsfelt, forhold som burde være til interesse for mellom- og toppledere i disse-, og øvrige legevaktorganisasjoner.

Denne masteroppgaven har både styrker og svakheter. Nedenfor beskriver jeg kort noen av disse.

Jeg valgte å intervju fem førstelinjeledere, som til sammen var alle førstelinjelederne ved legevaktene i tidligere Østfold fylke, hvor av jeg arbeider i en helgestilling ved en av legevaktene. En av respondentene er således min nærmeste leder, en respondent har jeg arbeidet sammen med tidligere og en av respondentene har jeg samarbeidet med i forbindelse med en tidligere jobb. Disse kjennskapene til tre av respondentene og min innsikt i tematikken, kan ha påvirket min forskning. Innsikten jeg har i tematikken og kjennskapen jeg har til tre av respondentene kan ha medført at jeg har kommet dypere i studien, men dette kan også ha medført at jeg har latt egne antagelser påvirke min tilnærming.

Masteroppgaven ville muligens blitt styrket dersom jeg hadde intervjuet førstelinjeledere ved flere legevakter, og ved legevakter med en større geografisk spredning. Begrensingen for dette var økonomi og tid, altså bekvemmelighetshensyn.

Videre gir studien kun en beskrivelse fra førstelinjeledernes ståsted, altså førstelinjeledernes opplevelse av virkeligheten. Således ville intervjuer med deres ledere i tillegg ha belyst problemstillingen fra et annet ståsted.

Avslutningsvis så unnlot undertegnede å ta notater i forbindelse med forskningsintervjuene, samt at samtlige av intervjuene ble først transkribert omtrent seks måneder etterpå. På den måten gikk jeg glipp av muligheten til å korrigere intervjuguiden underveis. Både Merriam og Tisdell (2016) og Brinkmann og Kvale (2017) understreker fordelene med å ta notater og transkribere etter hvert gjennomført intervju.

For videre forskning ville det vært interessant å sett på om publiseringen av den nasjonale veilederen i februar 2020, Legevakt og legevaktsentral (Helsedirektoratet, 2020), medfører noen endring da det gjelder førstelinjeledernes rolle i forbindelse med videre implementering av akuttmedisinforskriften. Dette som en oppfølgingsstudie ved de samme legevaktene som i denne studien.

Samtidig er det nærliggende å tenke på den aktuelle situasjonen hvor Covid-19 viruset har påvirket driften ved mange av landets legevakter denne våren, og hvor førstelinjelederne ved mange av legevaktene har måtte endret og utvidet driften. Her står atter igjen førstelinjelederne i en kontekst hvor deres organisasjon er i endring. Denne gangen nesten «over natten». Hvordan påvirker dette deres rolle

som førstelinjeleder. Medfører dette tilførsel av økonomiske og personalmessige ressurser? Hemmer eller fremmer dette videre implementering av akuttmedisinforskriften?

Litteratur

Akuttmedisinforskriften. (2015). *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.* (FOR-2015-03-20-231). Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-03-20-231>

Arbeidsmiljøloven. (2020). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv* (LOV-2020-03-20-8). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>

Aspøy, T. M. & Tønder, A. H. (2012). *Utredning om forskning på voksnes læring. En litteraturgjennomgang.* Oslo: Norges forskningsråd

Augustinsson, S. & Ericsson, U. (2015). *The role of first line managers in healthcare organisations: A quality study on the work life experience of ward managers.* Journal of Research in Nursing, Vol. 20 (4), 280-295.

Blase, K. A., van Dyke, M., Fixsen, D. L. & Bailey, F. W. (2012). *Implementation science: Key concepts, themes, and evidence for practitioners in educational psychology. Implementation science for psychology in education.* New York: Cambridge University Press

Brinkmann, S. & Kvale, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal.

Boglund, A., Hällsten, F. & Thilander, P. (2013). *HR-transformasjon på svenska. Om organisering av HR-arbete.* Lund: Studentlitteratur.

Brockbank, W., Ulrich, D., Ulrich, M. & Younger, J. (2012). *HR from the outside in: Six competencies for the future of human resources.* USA: The McGraw-Hill Companies.

Brønstad, A., Hårberg, G. B. & Paulsen, T. M. (2017). *Roller.* Fagartikkel. Hentet fra <https://ndla.no/subjects/subject:24/topic:1:183732/topic:1:184713/resource:1:4068>

Cronfalk, B., Håkanson, C., Henriksen, E., Norberg, A., Ternestedt, B. & Sandberg, J. (2004). *First-Line Nursing Home Managers in Sweden and their*

Views on Leadership and Palliativ –care, The Open Nursin Journal, 204, 8, 71-78.

Cziraki, K., Mckey, C., Peachey, G., Baxter, P. & Flaherty, B. (2014). *Factors that facilitate Registered Nurses in their first-line nurse manager role*, *Journal of Nursing Management*. 2014, 22, 1005-1014.

Dinordbok.no. *Pivotal*. Hentet fra <https://www.dinordbok.no/engelsk-norsk/?q=pivotal>

Dysvik, A. & Kuvaas, B. (2016). *Lønnsomhet gjennom menneskelige ressurser* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Espedal, B. & Kvitastein, O. A. (2012). *Rom for læring: Betydning av handlingsrom for ledelse*. Fagartikkel; Magma 08.

Filstad, C. (2010). *Organisasjonslæring: Fra kunnskap til kompetanse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Flick, U. (2015). *Introducing research methodology* (2. utg.). London: Sage Publications Ltd.

Flottorp, S. (2016). *Implementering av retningslinjer*. Kunnskapssenteret i FHI. Hentet fra <http://www.hib.no/contentassets/45dbf221e3b34452875f8e68a46a055f/signeflottorp.pdf>

Fullan, M. (2007). *The new meaning of educational change* (4.utg.). New York: Teachers Collage Press.

Hales, C. & Knowles, D. (2003). *Gendering First-Line Management: Roles*. *Management Research News*, 2003, 26, 9. Health Research Premium Collectionpage, 31-32.

Helsebiblioteket. (2019). *Begreper*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/224513/definisjoner>

Helsedirektoratet. (2020). *Legevakt og legevaktsentral: Nasjonal veileder*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/veiledere/legevakt-og-legevaktsentral>

- Helsedirektoratet. (2015). *Regelverk for tilskuddsordning: Oppfølging av akuttmedisinforskriften.*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Documents/Tilskudd/Oppfølging%20av%20akuttmedisinforskriften%20-%20regelverk.pdf>
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet.* Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/lar/forord?hideme=true>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Kurs i akuttmedisin.* Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/akuttmedisin/akuttmedisinforskriften/kurs-i-akuttmedisin>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld. 47 (2008-2009)) Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Iversen, S. & Raa, A. (2001). *Strategisk kompetanseutvikling.* Statskonsult.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2.utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet. (1998). *Kompetansereformen* (St.meld. 42 (1997-98)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-42-1997-98-/id191798/>
- Kramer, M., Maquire, P., Schmalenberg, C., Brewer, B., Bruke, R., Chmielewski, L...Waldo. M. (2007). *Nurse manager support: What is it? Structures and practices that promote it?*. *Nursing Administration Quarterly*, 2007, 31 (4), 325-340.
- Lai, L. (2013). *Strategisk kompetanseledelse* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Laudal, T. (red.) & Mikkelsen, A. (2016). *Strategisk HRM 1: Ledelse, organisasjon, strategi og regulering* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.

- Laudal, T. (red.) & Mikkelsen, A. (2016). *Strategisk HRM 2. HMS, etikk og internasjonale perspektiver* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Lehmann Nielsen, V. & Winther, S. C. (2010), *Implementering af politik* (2. oppl.). Århus: Gyldendal Akademisk.
- Lundquist, L. (1987). *Implementation Steering: An Actor-Structure Approach*. Lund: Studentlitteratur.
- Merriam, S. B. & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative Research: A guide to design and implementation*. Jossey – Bass, John Wiley & Sons. Inc
- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. (2020). *Nettkurs i akuttmedisin for legevaktpersonell*. Hentet fra <https://kurs.uni.no>
- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. (2020). *Nettkurs i volds- og overgrepshåndtering for legevaktpersonell*. Hentet fra <https://kurs.uni.no>
- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. (2017). Rapport nr. 5-2017: *Kompetanse i legevakt og legevaktsentral - implementering av akuttmedisinforskriften*. Hentet fra <http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/17307/Nklm-rapport-5-2017.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. (2016). *Legevaktorganisering i Norge*. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2016. Hentet fra http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/12957/Legevaktorganisering%20i%20Norge2016_endelig%20versjon_rev_febr2017_Marie.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. (2014). Rapport nr. 7-2014: *Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelig hjelpetilbud i kommunene*. Hentet fra https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/8919/Nklm_rapport%207-2014.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. (2009). Rapport nr. 1-2009: «... er hjelpa nærmast!»: *Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt*. Hentet fra <http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/6251/Handlingsplan.pdf?sequence>

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. (2005). *Årsmelding 2005*.

Hentet fra

https://uni.no/media/manual_upload/Aarsmelding_Legevaktmed_2005.pdf

Nilsen, L. (2014). *Høie: Ulik behandling større problem enn overbehandling*.

Dagens medisin, 24.04.2014. Hentet fra

<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2014/04/24/hoie-ulik-behandling-storre-problem-enn-overbehandling/>

Nordhaug, O. (1990). *Læring i organisasjoner: Utvikling av menneskelige ressurser*. Oslo: Tano Aschehoug.

NOU 2003: 16. *I første rekke: Forsterket kvalitet i en grunnopplæring for alle*.

Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2003-16/id147077/>

Patton, M. Q. (2015). *Quality research and evaluation methods* (4. utg.).

Thousands Oaks, CA: Sage

Regjeringen. (20.04.2018). *Forlenger overgangsordningen for kompetansekrav*

for leger i legevakt. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/forlenger-overgangsordningen-for-kompetansekrav-for-leger-i-legevakt/id2598549/>

Regjeringen. (20.05.2008). *Nøkkelkompetanser for livslang læring*. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/sub/eos-notatbasen/notatene/2007/sep/nokkelkompetanser-for-livslang-laring/id2430725/>

Roland, P. & Westergård, E. (2015). *Implementering: Å omsette teorier, aktiviteter og strukturer i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ry Nielsen J.C. & Ry, M. (2002). *Anderledes tanker om Leavitt: En klassiker i ny belysning*. København: Nyt fra Samfundsvidenskabene.

Sandervang, A. & Skalstad, E. (2001). *Humankapital & kompetanseøkonomi:*

Investering i kompetanse og synliggjøring av humankapitalen. Oslo:

Kommuneforlaget.

Sosial- og helsedepartementet. (2000). *Om akuttmedisinsk beredskap* (St.meld. 43 (1999–2000)). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/6d416043caa545e1ace76fef809637f8/no/pdfa/stm199920000043000dddpdfa.pdf>

Store norske leksikon. *Forskrift*. Hentet fra <http://snl.no/forskrift>

Steiro, T. J. & Torgersen, G. E. (2009). *Ledelse, samhandling og opplæring i fleksible organisasjoner*. Stjørdal: Læringsforlaget DA.

Storvik, A. G. (2014). *Leger drukner i retningslinjer*. Dagens medisin, 17.10.2014. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2014/10/17/leger-drukner-i-retningslinjer/>

Vedleggsoversikt

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Forespørsel om å delta i undersøkelsen

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 4: NSD, ny sluttdato for forskningsperiode

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide

Bakgrunnsspørsmål:

- Fortell litt om din utdannings- og yrkesmessige bakgrunn.
- Stilling
- Antall år med lederansvar
- Ansvarsområde

Førstelinjelederrollen:

- Fortell om din rolle som førstelinjeleder i (legevakt)organisasjonen.
- Hadde du rollen som førstelinjeleder ved legevakten da akuttmedisinforskriften kom i 2015?
- Hva forventer dine ansatte av deg?
- Hva forventer befolkningen av deg?
- Hva forventer dine ledere av deg?
- Hva forventer du av deg selv?

Kunnskap om akuttmedisinforskriften:

- Hvordan fikk du og de ulike delene/nivåene av (legevakt)organisasjonen informasjon/kunnskap om akuttmedisinforskriften?
- Har det vært organisert intern og/eller eksternt kunnskapsformidling? Formelle møter? Uformelle møter? Tilfeldige møtepunkt? Har du, i så fall, som førstelinjeleder hatt en rolle i dette?

Implementering av akuttmedisinforskriften:

- Hvilke oppgaver og ansvarsområder har du som førstelinjeleder i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften?
- Har implementeringsprosessen av akuttmedisinforskriften påvirket din rolle som førstelinjeleder? I så fall hvordan?
- Opplever du at implementeringsprosessen er forankret i ledelsen, hos sykepleierne og hos legene? Har du hatt noen rolle i forbindelse med dette? I så fall på hvilken måte?
- Hvordan vil du beskrive kommunikasjonen mellom organisasjonens ulike nivåer i forbindelse med implementeringsprosessen? Er denne kommunikasjonen bevisst planlagt, eller tilfeldig?

-Hvor står din organisasjon i implementeringsprosessen av akuttmedisinforskriften per i dag, og hvordan ser du for deg veien videre i implementeringsprosessen?

-Har det vært, eller foreligger det noen samarbeid med Østfolds andre legevakter i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften? I så fall hvordan, og på hvilket nivå?

Handlingsrom:

-Hvordan vil du som førstelinjeleder beskrive ditt handlingsrom i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften? Muligheter? Begrensninger?

Andre momenter?

-Er det momenter tilknyttet akuttmedisinforskriften, og denne studiens tema du anser burde vært berørt?

Vedlegg 2: Forespørsel om å delta i undersøkelsen

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Hvilken rolle (og handlingsrom) har avdelingslederne (førstelinjeførerne) i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften ved legevaktene i Østfold ”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å beskrive hvilken rolle og handlingsrom førstelinjeførerne ved legevaktene i Østfold har i forbindelse med implementeringen av «Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.» (heretter kalt akuttmedisinforskriften) i egen organisasjon. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet ved min masteroppgave ved Høgskolen i Østfold, er å se på førstelinjeførernes rolle og handlingsrom i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften ved legevaktene i Østfold. Bakgrunnen for problemstillingen er at akuttmedisinforskriften for tiden er under implementering ved alle landets legevakter, og dermed anser jeg det som tidsriktig å ha fokus på førstelinjeførernes rolle under implementeringen av denne.

Jeg har innhentet opplysninger om hvem som er førstelinjeførere ved Østfolds fem legevakter, og har tatt kontakt med hver enkelt av dere for å informere om studien i håp om at samtlige av dere vil dele med seg av sine erfaringer.

Problemstillingen i masteroppgaven er: Hvilken rolle (og handlingsrom) har avdelingslederne (førstelinjeførerne) i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften ved legevaktene i Østfold?

Problemstillingen er operasjonalisert i følgende tre forskningsspørsmål: Hvordan har implementeringsprosessen av akuttmedisinforskriften påvirket rollen som førstelinjefører? - Hvilke oppgaver og ansvarsområder har førstelinjefører i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften? Hvordan beskriver og forstår førstelinjefører sitt handlingsrom i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Dette er et forskningsprosjekt i forbindelse med at undertegnede student gjennomfører mastergradsstudie ved Høgskolen i Østfold. Høgskolen i Østfold er således ansvarlig for forskningsprosjektet. Prosjektansvarlig og veileder er førsteamanuensis Elise Øby, tlf 91747727.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Ettersom undertegnede student har ønske om å ha Østfold fylke som fokusområde for forskningsprosjektet, har du som førstelinjeleder ved en av legevaktene i Østfold blitt kontaktet for å delta i prosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du vil bli individuelt intervjuet av undertegnede student. Intervjuet vil ta cirka 60 minutter. Intervjuet vil inneholde spørsmål omhandlende din faglige- og yrkesmessige bakgrunn, formidling av informasjon omhandlende akuttmedisinforskriften (internt og ekstern ved din legevakt), forankring av akuttmedisinforskriften innen din organisasjon, samt din rolle og ditt handlingsrom i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften.

Intervjuet vil bli tatt opp på digitallyddopptaker, og det vil bli gjort notater fra intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Ved behandlingsansvarlig institusjon, Høgskolen i Østfold, er det kun undertegnede student og undertegnede veileder som har tilgang på innsamlede data.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data, innsamlet datamateriale blir lagret på passordbelagt «sky» på norsk server, og lydopptaker og intervjunotater blir holdt innelåst.
- Det er undertegnede student som skal samle inn, bearbeide og lagre data.

Utover den skriftlige masteroppgaven vil det ikke bli gjort noen publikasjon av det innsamlede datamaterialet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.21.2019. Samtlige lydopptak vil bli slettet ved prosjektets slutt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,

- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Østfold har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskolen i Østfold ved veileder Elise Øby, tlf 91747727.
- Vårt personvernombud: Martin Gautestad Jakobsen
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Elise Øby
prosjektansvarlig
og veileder

Trond Einar Grønvik
student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hvilken rolle (og handlingsrom) har avdelingslederne (førstelinjelederne) i forbindelse med implementeringen av akuttmedisinforskriften ved legevaktene i Østfold?», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, 31.12.2019.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

NSD Personvern

03.01.2019 12:36

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 476864 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 03.01.2019. Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2019.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE

REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet

(art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Belinda Gloppen Helle Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 4: NSD, ny sluttdato for forskningsperiode

NSD Personvern

17.12.2019 11:37

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 476864 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt: NSD har vurdert endringen registrert 26.11.2019. Vi har nå registrert 01.09.2020 som ny sluttdato for forskningsperioden.

NSD vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

Med vennlig hilsen NSD

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1).