

Sindre Skjærbusdal Lassesen

John Jian Sheng Luo

Styring ved en legevakt

- En casestudie av legevakta i Trondheim

Control at an out-of-hour primary health care

- A Case study of the out-of-hours primary health care in Trondheim

MASTEROPPGAVE - Økonomi og administrasjon/siviløkonom

Trondheim, Mai 2018

Hovedprofil: Økonomistyring

Veiledere: Kari Nyland og Per Christian Ahlgren

Samarbeidsbedrift: Legevakta i Trondheim



NTNU

Handelshøyskolen

NTNU har intet ansvar for synspunkter eller innhold i oppgaven.

Framstillingen står utelukkende for studentens regning og ansvar

Forord

Denne masteroppgaven er den avsluttende delen av vår mastergrad i økonomi og administrasjon ved NTNU Handelshøyskolen med økonomistyring som hovedprofil. Oppgaven er skrevet våren 2018 og tilsvarer 30 studiepoeng.

Formålet med masteroppgaven har vært å studere hvilke styringssystem som brukes i den interkommunale legevakten i Trondheim. Gjennom dokumenter fra legevakten og intervjuer med relevante informanter fra Legevakta, Trondheim kommune og en av samarbeidskommunene har vi fått solid empiri til å besvare problemstillingen.

Dette har vært et utfordrende, men også svært givende arbeid. Vi har gjort flere interessante funn og føler vi sitter igjen med mer innsikt i en del av norsk helsetjeneste.

Vi ønsker å takke Per Christian Ahlgren og Kari Nyland som har vært våre veiledere under oppgaven. De har bidratt med konstruktive tilbakemeldinger, innspill og skapt fruktbare diskusjoner rundt vårt arbeid. Vi ønsker også å takke våre informanter som tok seg tid til å delta i vår studie.

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens egen regning

Trondheim, 24. Mai 2018

Sindre Skjærbusdal Lassen

John Jian Sheng Luo

Sammendrag

Denne studien er et case-studium av den interkommunale legevakta i Trondheimsområdet (Legevakta). Studien er gjort med formål om å beskrive dagens styringssystem, hvordan styringsmekanismer brukes og hvordan dagens system har blitt slik ved enheten. I 2015 utførte Fylkesmannen i Sør-Trøndelag et tilsyn ved Legevakta etter en periode med intern uro ved enheten som etterhvert gikk utover pasientsikkerheten. Rapporten kom med kritikk av driften ut i fra en påstand om at Legevakta manglet systemer for styring, ledelse og kontroll. Legevaktordningen er en viktig tjeneste innen helsesektoren hvor det ikke er forsket mye på styring av legevakter i Norge. På bakgrunn av dette synes vi det var interessant å studere hvordan organisasjonsstyringen ved Legevakta er. Dette undersøkte vi ved følgende problemstilling:

"Hvordan kan vi beskrive dagens styringssystem ved Legevakta?"

- En casestudie av legevakta i Trondheimsområdet

Empirien som er samlet inn i denne studien er gjort via et kvalitativt design gjennom dokumentstudier og i alt syv dybdeintervjuer med utvalgte informanter. Fem av intervjuene er gjort med ansatte fra Legevakta, og to informanter fra henholdsvis Trondheim Kommune som eierkommune og en informant fra samarbeidskommunene.

I denne studien har vi fire funn. Det første funnet viser at styringssystemet ved Legevakta består av ulike styringsmekanismer, herunder administrativ styring, sosial styring og selvkontroll. I årene etter tilsynet har det kommet en ny akuttmedisinforskrift med førende prestasjonsmål, samt at Legevakta har tatt i bruk nye styringsverktøy. På den måten ser det ut til at det er en dreining i retning økt administrativ styring ved Legevakta. Det andre funnet er at den administrative styringen er med på å underbygge og støtte opp under den sosiale styringen. For å forstå hvordan styringssystemet har blitt slik det er i dag har vi i det tredje funnet sett på betydningen av et sjokk og hvordan nye krav fra eiere kan forklare dette. I det fjerde funnet finner vi at de ansatte er positive til styringsverktøyene presentert som administrativ styring i kraft at de ikke kommer i konflikt med profesjon. Ut i fra dette konkluderer vi med at ved Legevakta eksisterer det et mangfold styringsmekanismer som må sees som en helhet, da de fungerer sammen uten å ødelegge faglig autonomi.

Abstract

This study is a case study of the inter-municipal out-of-hours primary healthcare in the Trondheim area (Legevakta). The study is aimed at describing the current management control system, how management control mechanisms are used and how the current system became the way it is today. In 2015, the County Governor of Sør-Trøndelag performed an inspection at Legevakta after a period with internal turmoil in the unit. The report criticized Legevakta for its lack of systems for management and control. Legevakta is an important service in healthcare and which has not been a subject of research in Norway. Due to this, we thought it would be interesting to study the organizational management control at Legevakta. We conducted a research with the use of following research question:

How can we describe today's management control systems at Legevakta?

- A case study of the out-of-hours primary healthcare in Trondheim area

We gathered empirical evidence through a qualitative design with document studies and a total of seven in-depth interviews with key informants. Five of the informants were from Legevakta, whilst one of the two remaining informants was from the host municipality of Trondheim, and the other informant from one of the cooperating municipalities.

In our study we have four findings. The first finding shows that Legevakta's management control system consists of different management control mechanisms, which are administrative control, social control, and self-control. In the years following the inspection, a new emergency-medical regulation and new management tools have been implemented into Legevakta. Consequently, there has been an increase in administrative control at Legevakta. The second finding suggest that administrative control helps support social control. We have in our third finding revealed the effects of a shock and how new demands from owners have explained the management system as it is today. Through our fourth finding we have discovered that the employees are positive to the increased administrative control. The reasoning is that the management controls that comes with administrative control does not cause tension with professional focus. Based on this, we conclude that it diversity in management control mechanisms exists at Legevakta which needs to be viewed as a whole as they function together without destroying professional autonomy.

Innholdsfortegnelse

Forord	I
Sammendrag	II
Abstract	III
Tabelloversikt	V
Figuroversikt	V
1. Innledning	1
1.1 Aktualisering	1
1.2 Problemstilling og avgrensning	3
1.3 Struktur for oppgaven	4
2. Teori	5
2.1 Et rammeverk for organisatorisk styring	5
2.1.1 Administrativ styring	7
2.1.2 Sosial styring	8
2.1.3 Selvkontroll	8
2.1.4 En symbiose av styringsformer	9
2.2 Faktorer som driver endring	9
2.3 Økonomistyring i offentlig sektor	11
2.3.1 New Public Management	12
2.3.2 Styring i helsesektoren	13
2.4 Ny-institusjonell teori	14
2.4.1 Tre institusjonelle søyler	15
2.5 Oppsummering av teorikapittel	16
3. Metode	18
3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted	18
3.2 Forskningsdesign og metode	19
3.2.1 Forskningsdesign	19
3.2.2 Forskningsmetode	20
3.3 Dybdeintervju	20
3.3.1 Utvalg	20
3.3.2 Koding av respondenter	21
3.3.3 Gjennomføring av intervju	22
3.3.4 Intervjuguide	23
3.4 Dokumentstudier	24
3.5 Analyse av data	24
3.6 Metodekvalitet	24
3.6.1 Reliabilitet	24
3.6.2 Validitet	25
3.6.3 Ekstern gyldighet	26
3.7 Etske hensyn	27
4. Empiri	28
4.1 Legevaktordningen i Norge	28

4.2 Beskrivelse av case	29
4.2.1 Den interkommunale legevakta i Trondheimsområdet	29
4.2.3 Organisering	31
4.2.4 Eierstyring; Administrativt utvalg, fagutvalg og brukerutvalg.....	33
4.2.5 Tilsynsrapport.....	34
4.2.6 Hensyn til drift og økonomi	37
4.3 Styringssystemer	41
4.3.1 Koordinering av arbeid og daglig styring.....	41
4.3.2 Daglig interaksjon mellom over- og underordnet.....	42
4.3.3 Styring av pasientstrøm	42
4.3 Rapportering	48
4.3.1 Intraorganisatorisk rapportering	48
4.3.2 Interorganisatorisk rapportering	51
5. Analyse	55
5.1 En dreining mot administrativ styring	55
5.1.1 Administrativ Styring	56
5.1.2 Sosial styring og selvkontroll	58
5.2 Administrativ styring understøtter sosial styring.	60
5.3 Sjokk og nye krav fra eiere påvirker styringsform.	62
5.4 Ansatte godtar økt administrativ styring	63
6. Konklusjon	66
6.1 Implikasjoner	67
6.2 Studiens sårbarhet	68
6.3 Videre forskning	69
7. Referanseliste	71
8. Vedlegg	77
8.1 Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet	77
8.2 Intervjuguide ansatt ved Legevakta	79
8.3 Intervjuguide ansatt ved Legevakta	81
8.4 Intervjuguide ansatt ved Legevakta	83
8.5 Intervjuguide eierkommune	85
8.6 Intervjuguide samarbeidskommune	87

Tabelloversikt

Tabell 1: Koding av respondenter	22
Tabell 2: Ulike styringsmekanismer	56

Figuroversikt

Figur 1: Mønsteret av organisatorisk styring (Hopwood (1974)).....	6
Figur 2: Organisasjonskart – Legevakta.....	32

1. Innledning

1.1 Aktualisering

"Trondheim kommune, som vertskommune for Legevaktsamarbeidet i Klæbu, Malvik, Melhus, Midtre Gauldal og Trondheim, har ikke forsvarlige systemer for styring, ledelse og kontroll med virksomheten. Det foreligger betydelig risiko for svikt i tjenesteytingen"

Dette sitatet er hentet fra Fylkesmannen i Sør-Trøndelag sin rapport skrevet av Parrow og Hegvold (2015) om et tilsyn av Legevakten i Klæbu, Malvik, Melhus, Midtre Gauldal og Trondheim i 2015 (heretter Legevakta). Rapporten var nedslående og viste en stor sårbarhet i driften av Legevakta. Ifølge Den norske legeforening (2015) preges norske legevakter av svak organisering, og er en enhet som har blitt forsømt av politikere i lang tid. Da tilsynet kom, oppstod det diskusjoner på et kommunalt nivå rundt mer ressurser og midler til Legevakta. Det gjaldt ikke kun økonomiske midler, men også midler i form av kunnskap og hjelp og støtte til å drive Legevakta (Informant L1).

I Norge utgjør kommunene en stor del av offentlig sektor. Der staten har mange forvaltnings- og tilsynsoppgaver, har kommunene ansvar for utdannings- og velferdstjenester. Tjenestene kommunene "produserer" er ofte målbare, men spørsmål om hva som påvirker dem eller har ansvaret for dem kan være uklart (Johnsen, 2005). Et av områdene kommunen har ansvar for i Norge er legevaktstjenesten. Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsloven, 2011) § 3-1, § 3-2 første ledd punkt 3 og § 3-5, skal kommunen sikre og ivareta et tilbud om øyeblikkelig hjelp hele døgnet, gjennom en øyeblikkelig hjelpetjeneste inklusive legevakt, og medisinsk nødmeldetjeneste (Helse og omsorgsdepartementet, 2014). Norge er kjent for å ha et av verdens beste helsetilbud. The Institute of Metrics and Evaluation (IMHE) målte i perioden 1990-2015 helsetjenesten i 195 land, og rangerte den norske helsetjenesten som den fjerde beste i verden (The Lancet, 2017). Dette indikerer at den norske befolkningen er vant til gode helsetjenester og stiller høye krav til kvalitet og tilgjengelighet. Disse kravene er høye både mot spesialist- og primærhelsetjenesten, og dermed også tilgangen på akuttmedisinske tjenester i kommunen. Krav til kvalitet og tilgjengelighet i helsetjenestene byr på flere utfordringer, både på faglig-, politisk- og økonomisk plan kan det oppstå styringsutfordringer. Dette i form av at man på lang sikt skal effektivisere og optimalisere, og samtidig tenke på å levere tjenester til

pasienter som forventer omsorg, trygghet og tilfredsstillende behandling i møte med helsesektoren.

I 2015 kom et utvalg (NOU:17, 2015) med en rapport hvor de skulle beskrive et helhetlig system som skal ivareta befolkningens behov for trygghet ved akutt sykdom. Rapporten kom også med en rekke forslag til hvordan man kunne effektivisere den akuttmedisinske tjenesten utenfor sykehus. I den akuttmedisinske tjenesten ligger blant annet legevakt og legevaktsentral. Generelt slår utvalget fast at det er forsket for lite på akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Det er en mangelfull kunnskap om virkninger av et økt prehospital innsats. Blant annet står det i rapporten:

"Datagrunnlaget for styring og utvikling av de prehospitaltjenester er begrenset. Kvalitetsindikatorer som måler kvaliteten på pasientbehandling og forløp mangler. Elektroniske løsninger og enhetlig metode mangler for registrering av data mangler og fører til uønsket merarbeid for helsepersonellet." (NOU:17, 2015, s. 19).

Et godt statistikkgrunnlag blir trukket fram som viktig med hensyn på planlegging for den enkelte enhet, forsknings- og utviklingsarbeid, og kvalitetsforbedring i den enkelte virksomhet. Gode data fra driften er beskrevet som viktig for den kommunale politiske og administrative ledelsen når de skal fatte viktige beslutninger. I utredningen foreslås det blant annet at kvalitetsmål og krav skal rettlede dimensjoneringen av legevaktstjenester i kommunene.

Den nye akuttmedisinforskriften trådte i kraft samme år som utvalget ovenfor kom med sin rapport (Akuttmedisinforskriften, 2015). Den erstatter to tidligere forskrifter (Forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus, 2005 og Forskrift om funksjonskrav til kommunikasjonsutstyr, 2001) og etablerte nye retningslinjer for blant annet kompetanse, trening og nye målbare prestasjonskrav som blant annet legevakter og legevaktsentraler må forholde seg til. Dette vil da bli med å påvirke styringen innenfor en legevakt.

Formålet med denne studien er å utforske hvordan en legevakt styres, hvilke styringsmekanismer som benyttes i praksis og hvordan de er vokst fram. For å forstå dette har vi valgt å gjennomføre en casestudie ved Legevakta i Trondheimsområdet. Som skissert over fikk Legevakta en nedslående rapport om egen organisasjon i 2015 og har i de siste årene jobbet med å endre organisasjonen og innføre tiltak for å rette opp det som ble påpekt. NOU:17 (2015)

peker på at det har vært liten forskning på legevakter og andre enheter i den akuttmedisinske tjenesten. Derfor synes vi det virket interessant å gjøre en slik studie.

Motivasjonen for studien er at en legevakt er en viktig tjeneste innenfor helsesektoren. Organiseringen av disse tjenestene er noe som er av høy viktighet for innbyggerne og er samtidig noe som får et stort fokus på politisk og administrativt nivå i kommunen, både med hensyn til tilgjengeligheten og kvaliteten på helsetjenestene, men også fordi disse tjenestene er blant de mest kostbare kommunale helsetjenestene. På bakgrunn av dette og tilsynsrapporten som avdekker at Legevakta ikke har forsvarlige systemer for styring og kontroll og ledelse, har vi ønsket å gjennomføre en dyptgående beskrivelse av styringssystemet i legevakten i Trondheimsområdet. En annen årsak er begrunnet i at vi ikke har funnet tidligere forskning på styring av legevakter i Norge. Det er derfor et behov for flere empiriske studier som beskriver og analyserer styringssystem i ulike helsetjenester og hvordan disse vokser fram og brukes i en lokal kontekst.

1.2 Problemstilling og avgrensning

Tema for denne masteroppgaven er organisasjonsstyring i en offentlig kommunal enhet. Moderniseringen av offentlig sektor som kom på 1980-tallet går under samlebetegnelsen New Public Management (heretter NPM) og har endret måten man ser på styring i offentlige enheter. NPM har ført til at offentlige enheter har adoptert styringssystemer fra privat sektor samt implementert målstyring og prestasjonsmåling innenfor offentlige organisasjoner for å bli mer effektive. Dette kan riktig nok skape dilemmaer og utfordringer inn mot styring i helsesektoren som preges av sosiale og individuelle normer. Vi vil i oppgaven beskrive hvordan styringssystemet til Legevakta er og samtidig se hvordan styringssystemet har blitt slik det er i dag. Problemstillingen vi har kommet fram til er følgende;

"Hvordan kan vi beskrive dagens styringssystem ved Legevakta?"

- En casestudie av den interkommunale legevakta i Trondheimsområdet

For å besvare problemstillingen har vi fokusert på dimensjoner rundt utforming, utvikling og bruk av styringssystemet. Her fokuserer vi på hvilke konkrete styringsmekanismer som er utviklet og benyttet i styringen av Legevakta. Vi er interessert i å se hvordan disse styringsmekanismene praktiseres av ledere og andre involverte innad i Legevakta og på det kommunale nivået. Videre skal vi gå dypere inn i hvordan Legevakta har endret

styringssystemet i etterkant av tilsynsrapporten som kom i 2015. Herunder fokuserer vi spesielt på deres arbeid med å endre styringspraksis og styringssystem for å forbedre tjenesteytingen i Legevakta. Vi håper det hjelper oss med å forstå hvordan denne utviklingen har skjedd.

Oppgaven har et kvalitativt design i form av en case-studie hvor empiriske data er samlet inn fra dybdeintervju med ansatte på Legevakta samt to representanter fra eierkommunene. Vi har også benyttet oss av dokumentstudier som et supplement som var viktig både i empiri og utvikling av intervjuguider. Vårt analysenivå er på internt nivå hva gjelder styring på selve Legevakta. For å gi leseren en kontekstuell ramme og bedre innsikt i hvordan styringsnivået over enheten vi studerer påvirker den interne styringen, vil vi gi en kortfattet beskrivelse av nivået over Legevakta, det kommunale og interkommunale samarbeidet om Legevakta.

1.3 Struktur for oppgaven

I neste kapittel presenterer vi det teoretiske rammeverket som ligger til grunn for å svare på vår problemstilling. Hovedgrunnlaget for teorien vår er Hopwood (1974) sitt rammeverk for organisasjonsstyring. Vi bruker Hopwood (1974) som et teoretisk skjelett til å beskrive de ulike styringsmekanismene som vi finner i styringen av Legevakta. Det åpner opp for å diskutere sammenhenger mellom ulike styringsmekanismer og muliggjør en beskrivelse av et helhetlig bilde av styringssystemet. Videre legger vi til teori som blant annet økonomistyring i offentlig sektor, New Public Management og institusjonell teori. Denne litteraturen benyttes å diskutere styringssystemet ved Legevakta i lys av eksisterende kunnskap om bruken av styringsmekanismer, og lar oss diskutere utviklingen i styringssystemet og mulige årsaker til slike endringer. I kapittel 3 tar vi for oss metode. Her starter vi med å presentere vårt vitenskapsteoretiske ståsted, før vi begrunner forskningsdesign og metode, samt presenterer valg av datagenerering. Vi avslutter kapitlet med å diskutere metodekvalitet og etiske betraktninger. Etterfølgende kapittel er empirikapitlet hvor vi presenterer all vesentlig informasjon og detaljer om case og empirisk data som vi samlet inn under intervjuene og i dokumenter vi har fått tilgang til. Kapitlet starter med en introduksjon til legevaktordningen i Norge, samt den nye akuttmedisinforordningen som kom i 2015. Studiens femte kapittel er analyse. Her analyseres og drøftes våre funn ut fra vårt teoretiske rammeverk. Dette for å svare på vår problemstilling. Oppgaven avsluttes med et kapittel som inneholder konklusjon, diskusjon av sårbarhet og forslag til videre forskning. Til slutt kommer henholdsvis kildeliste og vedlegg.

2. Teori

I dette kapitlet vil vi redegjøre for de teorier vi har valgt å anvende for å besvare vår problemstilling. Først presenterer vi organisatorisk styring hvor vi fokuserer på Hopwood (1974) sitt rammeverk for organisasjonsstyring. Videre belyser vi fire faktorer som driver endring i lys av Burns og Baldvinsdottir (2007). Deretter presenterer vi økonomistyring i det offentlige og knytter det imot New Public Management og kjennetegn og utfordringer med økonomistyring i helsesektoren. Før vi oppsummerer teorikapitlet, avslutter vi med å supplere teorigrunnet med ny-institusjonell teori.

2.1 Et rammeverk for organisatorisk styring

I litteraturen eksisterer det ulike forståelser, definisjoner og måter å inndele organisasjonsstyring i (Merchant og Otley, 2007). Ledelsesbaserte styringssystemer er regler og formelle systemer som ledelsen i en virksomhet implementerer. Disse er for å styre atferd eller resultat, og kan komme i form av budsjett, struktur, prestasjonsmåling og rekruttering (Carlsson-Wall, Kraus og Lind, 2011; Abernethy og Chua, 1996). Kjente teorier og modeller om organisasjonsstyring fra et ledelsesperspektiv finner vi blant annet i Simons (1995) sine "Levers of Control", som beskriver hvordan ledere kan implementere formelle styringssystemer for å implementere strategi. Ouchi (1992) ser fra sitt ledelsesperspektiv på hvordan man kan bruke resultat, atferd og klan-styring for å styre en organisasjon. Disse betegner Hopwood (1974) som administrativ styring.

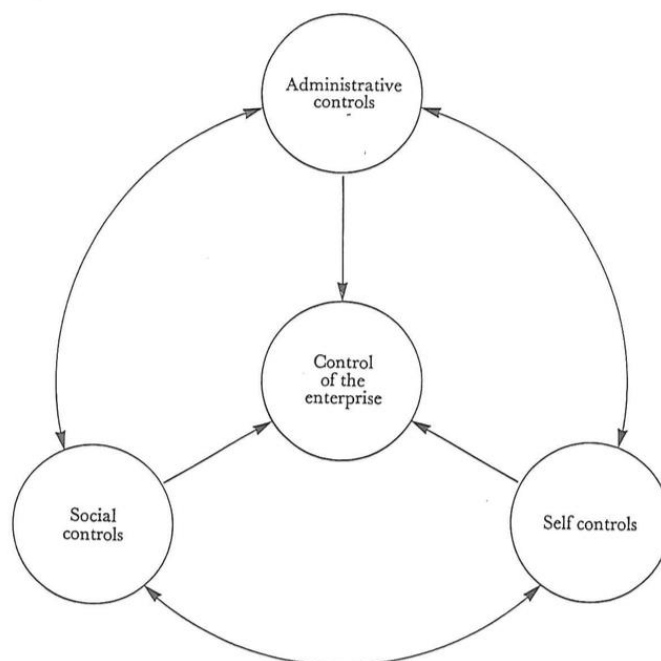
Styring i organisasjoner, kommer ikke alltid fra ledelsen, men også som såkalt "non-managerial controls" (Nyland, Morland og Burns, 2017). I en organisasjon vil relasjonen mellom ansatte også utvikle former for styring. Normer som oppstår innad i en gruppe kan spille en stor rolle på atferd, og kan bli vanskelig for ledelsen å holde styr på (Abernethy og Stoelwinder, 1995; Vosselman og Meer-Kooistra, 2009).

Organisasjonsstyring kan være ledelsesbasert eller vokst fram blant ansatte i en organisasjon. Teoretikere har sett at styring i organisasjoner kan sees på som en pakke. Det vil si at styring framstår som en kombinasjon av flere styringsmekanismer som til sammen danner styringen i en organisasjon (Hopwood, 1974; Malmi og Brown, 2008). Her inngår styringssystemer og mekanismer som ledelsen enkelt kan påvirke og styre, samt styring som oppstår i organisasjonen som ledelsen ikke kan påvirke i like stor grad. Dette fordi en organisasjon består

av mange ulike styringssystem og mekanismer, og disse kan ikke studeres isolert, de må sees som en helhet om man skal forstå hvordan en organisasjon styres (Malmi og Brown, 2008).

En legevakt er en kompleks organisasjon å forholde seg til når det kommer til styring. Dette fordi innholdet i tjenestene legevakta leverer er unik. Derfor er det ønskelig å ha en bred tilnærming til styring når man studerer organisasjoner knyttet til helse og omsorg (Abernethy og Stoelwinder, 1995; Abernethy, 1996) For vår analyse av styring hos Legevakta har vi benyttet oss av Hopwood (1974) sin teori om organisasjonsstyring.

Hopwood (1974) diskuterer tre ulike mekanismer ledelsen må reflektere over i sin organisasjonsstyring. Kontroll og styringssystemer har ofte ulike tilnærminger etter hvilken profesjon man bruker som kontekst. Hopwood (1974) eksemplifiserer dette ved at ingeniører, regnskapsførere, sosiologer og psykologer har ulike tilnærminger når det kommer til styring i virksomheter, og hvordan de oppfatter organisasjonsstyringen. I vår studie vil vi anvende Hopwood (1974) sitt rammeverk for å analysere og beskrive organisasjonsstyringen til Legevakta. Kraus (2007) også rammeverket til Hopwood (1974) da han fulgte interorganisatorisk styring mellom to aktører i svensk eldreomsorg. Vi vil videre beskrive de ulike styringsmekanismene som inngår i Hopwood (1974) sitt rammeverk. Disse er henholdsvis administrativ- og sosialstyring, samt selvkontroll, se figur 1.



Figur 1: Mønsteret av organisatorisk styring (Hopwood (1974))

Pilene mellom de tre styringsmekanismene viser til at organisasjonsstyringen består av et samspill mellom disse. Utgangspunktet er at man må se at alle tre formene for styring utøver press på styringen i en organisasjon. Man kan ikke se på disse isolert og uavhengig av hverandre, da styringsmekanismene virker sammen, slik pilene i figur 1 representerer (Hopwood, 1974; Carlsson-Wall, Kraus og Lind, 2011).

2.1.1 Administrativ styring

Selskaper og organisasjoners ledelse kan i sin organisasjonsstyring ta i bruk formelle regler og standarder for å regulere adferden til sine mellomledere og ansatte (Hopwood, 1974). Disse formelle styringsmekanismene kan brukes for å øke sannsynligheten for at organisasjonenes overordnede krav og ønsker dominerer individuelle ønsker. Administrative styringsmekanismer fokuserer mer på konsekvensene av handlinger, enn handlingene selv. På den måten er man med å styre atferden til de ansatte. Det er mange forskjellige eksempler på hva administrativ styring er, men det kan for eksempel være planer, budsjett, standarder, og andre styringsverktøy. Sentralt i prestasjonsmålingen står regnskapsførere, og andre kontrollører som følger opp og måler organisasjonen basert på de styringsmål ledelsen setter. Poenget er at det er designet for å strukturere beslutningstaking i organisasjonen (ibid). Ved å spesifisere hva bedriften måler eller styrer etter, skal det ta bort usikkerhet blant bedriftens ansatte i form av at ansatte og mellomledere ser sammenhengen mellom handlingen i det de utfører, og hvordan det slår ut i forhold til organisasjonens mål (Hopwood, 1974).

Selv om en organisasjon består av en formell administrativ styring, vil miljøet og rammebetingelsene til en organisasjon alltid endres. Hopwood (1974) betegner dette i form av at organisasjoner lever i et dynamisk miljø. Dermed kan bedrifter også ta i bruk administrativ styring som er mer uformell og mindre påtrengende. I stedet for å kun måle utfallet av en handling i etterkant, kan bedriften være frampå og øke innflytelse i forkant. Disse formene for administrativ styring regnes ikke som like "harde", men har likevel påvirkning. Disse kan komme i form av kulturelle skift som kan styres gjennom målbevisst rekruttering, jobbtrening og bevisst sosialisering (Abernethy og Chua, 1996). Dermed skaffer man seg de "rette" holdningene gjennom å rekruttere ansatte med de samme verdiene, kompetansen eller ferdigheter som er ønsket av organisasjonens ledere. Denne formen for administrativ styring kan også i sin tur redusere behovet for formell administrativ styring (Hopwood, 1974). Andre former for mer uformell administrativ styring går på kommunikasjon i form av for eksempel

språk og sjargong innad i bedriften. På den måten kan ledelsen ha noe påvirkning på sosial styring.

2.1.2. Sosial styring

Sosial styring utvikler seg ofte fra delte verdier og gjensidig forpliktelse overfor en gruppe, og foregår på alle nivåer i en organisasjon. En form for sosial styring som eksemplifiseres i Hopwood (1974) er hva som skjer om normer i gruppen eller bedriften ikke følges. Om ikke atferden endres vil det medlemmet som avviker fra normene risikere å bli utstøtt av gruppen, som en form for sanksjon. Styrken av sosial styring kan variere fra virksomhet til virksomhet og variere innad i en bedrift også. Grupperes atferd og presset hvert medlem opplever er påvirket av teknologiske og administrative ordninger som definerer rollene og relasjonene i en organisasjon. Andre ting som også påvirker er produkt- og arbeidsmarkedet som danner en miljø-kontekst samt personkarakteristikker, verdier og holdninger gruppemedlemmer responderer til.

Det å ha en formell eller administrativ styring fungerer ikke like disiplinerende overfor alle. Derfor kommer sosial styring inn som en faktor som påvirker organisasjonsstyring (Hopwood, 1974). Medlemmer av organisasjonen reagerer ulikt i form av at en type administrativ styrings- og kontrollmekanisme kan ha helt ulik effekt på to forskjellige grupper eller individer. Dette fordi den som kontrollerer og de(n) som blir kontrollert har en form for sosial relasjon med hverandre. På grunn av at alle individer i en organisasjon har en sosial relasjon med sin over- eller underordnede vil motivasjon og forventning ha en signifikant effekt på utfallet av kontrollprosessen (Hopwood, 1974).

2.1.3 Selvkontroll

I en organisasjon som består av mennesker er det viktig å ikke neglisjere det individuelle. Selvkontroll omhandler nettopp dette, og ser på at den enkelte ansatte sitt ståsted og tilnærming til sin rolle og profesjon. Dette kan ha stor påvirkning på atferd og organisasjonsstyringen (Hopwood, 1974). Videre omhandler selvkontroll også individets normer og verdier i en organisasjon. Hopwood (1974) trekker fram både Maslow's behovspyramide og Herzberg sine kilder til motivasjon, som kilder til på hvordan selvkontroll er en del av organisasjonsstyringen. Poenget er at selvkontroll ikke er eksplisitt berørt av den virksomhetsstyringen som føres (Busch, 2004), men heller hvilke individuelle normsett som ligger til grunn for handling. Noen ansatte og mellomledere

prioriterer heller iboende interesser enn materielle goder og vice versa, og derfor bør ledelsen forsøke å finne hva som motiverer de ansatte. Materielle goder kan komme i form av finansiell godtgjørelse eller annet, mens iboende interesser er ting som gir egenverdi (Hopwood, 1974). For å forstå selvkontroll på det individuelle plan i organisasjoner, må man ha en evne til å forstå ansatte og deres behov og atferd i ulike situasjoner og kontekster (ibid).

2.1.4 En symbiose av styringsformer

Hopwood (1974) mener for foretak som er usikre og komplekse ikke bare kan styres ved administrativ styring. Effekten som oppnås ved administrativ styring må sees i sammenheng med selvkontroll og sosial styring. I så måte er dette noe som bør iakttas av Legevakta da man finner sterke profesjoner i helsesektoren med verdier knyttet til blant annet omsorg (Pettersen *et al.*, 2008). Hvordan ledelsen lykkes med å styre adferd på, må sees som et samspill mellom det som kommer under administrativ styring, sosial styring og selvkontroll, se figur 1. Ofte kan uformelle administrative styringsmekanismer også gå under sosial styring (Hopwood, 1974). I desentraliserte organisasjoner vil organisasjoner ha mulighet til å benytte seg av den kompetansen de besitter i form av at de har et større handlingsrom og lite formell styring. Motsatt ser man i sentraliserte organisasjoner hvor man har en økt administrativ styring (Busch, 2004).

2.2 Faktorer som driver endring

Ledere drives til å søke ny informasjon og nye måter å organisere seg på for at virksomheten skal overleve. Dette gir konsekvenser for måten man gjør økonomistyring på (Burns og Baldvinsdottir, 2007). For å forklare endring peker Burns og Baldvinsdottir (2007) på fire faktorer som driver endring for en virksomhet. Endringene har innvirkning på hvordan profesjoner rettet inn mot økonomistyring må tilpasse sitt arbeid for å beholde sin relevans på. Vi vil også argumentere for at disse fire faktorene ikke bare trenger å sees fra ståstedet til en profesjon, men at man kan løfte analysenivået til organisasjonsnivå for å forklare hvorfor hele organisasjoner endrer seg som de gjør.

Globalisering:

I de siste 20 årene har globalisering spilt en stor rolle for måten styring foregår på (Burns og Baldvinsdottir, 2007). Økt distribusjonsnettverk, raskere og billigere transport og real-time informasjon gjennom internett har gjort at konkurransen for bedrifter har gått fra nasjonal til

internasjonal konkurranse. Markedet for en bedrift blir mye større når det er ingen internasjonale barrierer mellom land. Følgene for en bedrift er at livssyklusen til produktene de produserer blir kortere, og at kunden får mange flere alternativ å velge mellom. Dette hardner konkurransen og gjør at bedrifter må fokusere på kvaliteten på det de leverer, samt ha fornøyde kunder. Effekten er at organisasjoner har kortere perioder med konkurransefortrinn. Slike konkurransefortrinn må nå bli utnyttet raskt ved hjelp av rask reaksjonstid. Ledelsen av dagens bedrifter krever raskere, men fortsatt relevant informasjon, og en større adgang til global informasjon som dagens IT-systemer kan anskaffe (ibid).

Teknologi:

Teknologisk framgang har gjort at ting går raskere (Burns og Baldvinsdottir, 2007). Dette har endret måten man jobber på internt i bedrifter, hvor for eksempel manuelle oppgaver nå er automatisert via en robot og maskiner som gjør jobben raskere og billigere enn mennesker. Teknologien er viktig, men teknologien har også resultert og fortsatt forsaker en intensiv organisatorisk endring.

Teknologiske hjelpemidler vi bærer med oss i dag og som vi tar som en selvfølge i det daglige hadde man ikke for 15-20 år siden. Tidligere etableringer av kontorbasert teknologi som skrivemaskin, kopimaskin har allerede resultert i massive endringer i mønsteret av organisatorisk innflytelse, makt og autoritet. I nyere tider har det også vært endringer innen hvordan produkter og tjenester blir levert til kundene. Slike endringer krever nye former for informasjon av ledelsen. For en bedrift har også teknologi gjort at man har et mye større informasjonsgrunnlag (Burns og Baldvinsdottir, 2007).

Regnskapsskandaler:

Skandaler i finans og regnskap oppstår fra tid til annen, og har stor påvirkning for måten man driver økonomistyring i en bedrift (Burns og Baldvinsdottir, 2007). Slike skandaler og den etiske svikten som er begått misbraker og bryter ned tillit man har til økonomistyring i virksomheter. Tilliten man har til økonomistyring og den informasjonen de gir blir undergravd når man avdekker slike skandaler (Copeland, 2005). Slike skandaler fører til at man får endrede premisser og føringer i måten man jobber på, blant annet i form av økte reguleringer. Dette er nye reguleringer som antyder streng dokumentasjon og kontinuerlig evaluering av effektiviteten av drift. Her refererer Burns og Baldvinsdottir (2007) til skandaler som Enron,

WorldCom og Tyco med flere, som har ført til innføring av lover som Sarbane-Oxley Act i 2002 og 8th Company Law Directive in the European Union i 2005. I forbindelse med økonomiske kriser og økonomisk usikkerhet har organisasjoner en tendens til å stramme inn på økonomistyring i form av mer fokus på effektivisering og å holde budsjett (Kraus, 2007; Johansson og Siverbo, 2014)

Bedriftens trender:

Trender som over tid endres kan ha innvirkning på bedriften og dens behov (Burns og Baldvinsdottir, 2007). For eksempel opplevde man på 1970-tallet en trend hvor virksomheter gjorde store oppkjøp over hele verden og dannet store globale konglomerater. Dette førte til endringer i hvordan organisasjoner sorterte og brukte informasjon internt. Utover 90-tallet gikk man i motsatt retning av hva man gjorde på 70-tallet. Den nye trenden var nedbemanning og en desentralisering i virksomheten og mer autonomi som gjorde at man kunne gi en raskere respons til kunder. Samtidig begynte også en økt privatisering i offentlig sektor. Andre trender man så var større nettverk av bedrifter, hvor man samarbeidet både horisontalt og vertikalt i kjeder (Bolman og Deal, 2009). Nettverkene gjorde at man for eksempel kunne dele på kostnader relatert til forskning og utvikling. Her kommer også outsourcing inn, som gjorde at virksomheter kunne sette bort oppgaver som bedriften måtte gjøre men som ikke ga direkte verdi til produksjonen av varer og tjenester. For eksempel kan dette være at man outsourcer regnskapsføring til andre bedrifter. Ved at organisasjoner følger trender kan de etter hvert bli mer like hverandre i styring, drift og ledelse. Denne homogeniseringen som skjer ved å følge trender, som gjør bedrifter mer like, er noe som blir forsøkt forklart i ny-institusjonell teori (Scott, 2014). Offentlig sektor har i de siste tiårene vært igjennom store endringer som har ført til klare likhetstrekk med styringsformene man finner i privat sektor. Dette vil vi presentere i neste delkapittel.

2.3 Økonomistyring i offentlig sektor

Ifølge Busch, Johnsen og Vanebo (2009) skiller privat forvaltning seg vesentlig fra offentlig forvaltning. I private organisasjoner er målet hovedsakelig å generere høy avkastning til eierne, mens for offentlig sektor er det ofte andre premisser til grunn, i form av ønske om mer sosial likhet og rettferdighet. Ofte står man ovenfor ikke-finansielle mål som er vanskelig å kvantifisere (ibid). Flere dimensjoner må tas i betraktning, da alt ikke kan måles i penger, som for eksempel i helsesektoren hvor det kan stå mellom liv og død (Broadbent og Gauhrie,

1992). Det er ofte flere interesser som må tas hensyn til for at organisasjoner i den offentlige sektor skal få legitimitet. Derfor kan det være riktig og rasjonelt at offentlige organisasjoner bruker mer midler enn det budsjettet tilsier (Pettersen *et al.*, 2008). Busch, Johnsen og Vanebo (2009, s.14) karakteriserer økonomistyring i offentlig sektor som:

"Økonomistyring i det offentlige må fungere i en virkelighet med tvetydighet, målkonflikter, makt og politisk aktivitet, hvor økonomiens instrumentelle rasjonalitet stadig vil utfordres av andre rasjonaliseringsnormer som har like stor eller større legitimitet hos viktige interesser."

I det ligger det at man må se økonomistyring i offentlig sektor i en annen kontekst enn den man har i privat sektor. Derfor kan kanskje ikke alle løsninger og tankegodts for økonomisk styring i privat sektor overføres til offentlig sektor. Allikevel har man i løpet av de siste tiårene sett en endring i form av at styring i offentlig sektor går i retning av økonomiske og finansielle mål (Broadbent og Gauhrig, 1992). Slike endringer og reformer som trekker offentlig sektor i retning av privat sektor går ofte under paraplybetegnelsen New Public Management.

2.3.1 New Public Management

New Public Management (NPM) er en betegnelse for den endringen og reformene som er kommet innen økonomistyring i offentlig sektor fra 1980-tallet (Busch og Ramstad, 2006). NPM utfordret verdiene til offentlig administrasjon ved å tjene offentlige interesser med mer fokus på markedsstyring og prinsipper fra privat sektor (ibid). Fokuset i NPM vris fra input og prosedyrer over output i form av resultater (Christensen *et al.*, 2014). Kjennetegnene på New Public Management, som i Hopwood sitt rammeverk kan sammenlignes som formell administrativ styring, ble sammenfattet av Hood (1991) i det han kaller sine syv doktriner:

1. Den første doktrinen er ifølge Hood (1991) "hands-on" profesjonell styring som innebærer en delegert styringsmakt til synlige og sterke ledere i organisasjoner, hvor ideen er at ledelsen skal i økt grad være direkte involvert i organisasjonens aktiviteter.
2. Den andre doktrinen er eksplisitte standarder og mål på ytelse. Dette går på å definere kvantitative mål og indikatorer for suksess.

3. Større fokus på prestasjonsmål og resultat. Fokus på resultatmål gjøres ved å knytte ressursallokering og belønninger til målt ytelse.

4. Et skift mot oppdeling av enheter i offentlig sektor. Oppdeling av større enheter og introduksjon av strukturelle enheter som skaper en avstand til andre enheter. Videre innebærer det at enhetene blir delt inn i enheter som likner på privat foretak.

5. Økt konkurranse mellom offentlige og private organisasjoner, og mellom offentlige organisasjoner. Ved å ta i bruk og introdusere kontrakter og anbud i offentlig sektor skaper det økt konkurranse i offentlig sektor.

6. Et skift mot styringspraksiser implementert fra privat sektor. Dette gjøres ved å implementere styringspraksiser fra privat sektor som har vist seg effektive og til å gi gode resultater på organisasjonens mål.

7. Større fokus på effektiv bruk av ressurser. I det ligger det at organisasjoner etterstreber at produksjonen og tjenestene organisasjonen leverer skal være mer kostnads- og ressurseffektive.

De syv doktrinene nevnt over, har ikke utelukkende blitt positivt mottatt. En kritikk mot New Public Management er blant annet at det skaper en utfordring når det kommer til styring i organisasjoner. Dette i form av at fokus på den økonomiske logikken som New Public Management bygger på ved implementering kan komme i konflikt med profesjonslogikken som preger styring i helsesektoren (Jacobs, 1998; Simonet, 2013).

2.3.2 Styring i helsesektoren

I en analyse av de tre mekanismene i rammeverket til Hopwood (1974) som påvirker organisasjonsstyring kan det oppstå spenning mellom de ulike styringsmekanismene. Det er ikke nødvendigvis en knirkefri balanse. Ofte kan det oppstå konflikter og dilemmaer når organisasjoner i helsesektoren implementerer styring basert på New Public Management-reformen. Konflikter og spenninger kan blant annet oppstå i form av dilemmaet mellom ledelsens fokus på administrativ kontroll samt individuell ansvar for resultat, og den medisinske profesjonens fokus på profesjonelle verdier og normer (Jacobs, 1998). I lys av New Public Management-reformen viser Blomgren (2003) til at implementering av slike former for administrativ styring fører til ulik adopsjon av profesjonsyrker. Funn som peker mot lav grad

av innflytelse fra administrativ styring og dens påvirkning på profesjon finner man i blant annet Nyland og Pettersen (2004). De fant i sin studie av et sykehus at beslutninger knyttet til operasjonell drift ikke ble tatt på grunnlag av det som faller inn under formell administrativ styring. Jones og Dewing (1997) så i sin studie på sykehus i Storbritannia, hvor det etter en reform ble implementert mer formell administrativ styring enn det var tidligere. Funn viste at profesjonsyrkenes handling i større grad ble styrt gjennom selvkontroll og iboende verdier fokuset var på pasienter. Dermed fant man en svak kobling mellom administrativ styring og profesjonsstyring.

Andre funn tyder på en høy grad av implementering av formell administrativ styring. Kurunmäki, Lapsley og Melia (2003) og Kurunmäki (2004) fant at profesjoner i form av medisinsk personell i Finland adopterte mye formell administrativ styring. (Jacobs, 1998; Llewellyn, 1998) fant at ansatte i helsesektoren var mer positiv til implementering fordi det økte oppmerksomheten rundt ressursbruk, samtidig som det ikke var en trussel mot verdier og normer som ellers styrer beslutninger relatert til drift.

Motstanden som kan oppstå mellom implementering av effektive økonomiske tiltak og profesjonsgrupper kan føre til en de-kobling mellom omgivelser og de ansattes atferd. Røvik (1998b) mener at mange av endringene i offentlig sektor ofte befinner seg et sted imellom et behov for å effektivisere og behovet for å vise handlekraft. Dette er ifølge Busch og Ramstad (2006) også et sentralt poeng i ny-institusjonell teori.

2.4 Ny-institusjonell teori

Institusjonell teori gjorde seg gjeldende innen organisasjonsteori på 1970-tallet (Fallan og Pettersen, 2016). Forskerne begynte da å stille spørsmål rundt hva som virkelig var bakgrunnen for valg hos organisasjonene. Fra å ha en oppfatning av at organisasjoner og dens aktører tar rasjonelle valg basert på de klassiske økonomiske teoriene, så man heller mot at organisasjoner tilpasser seg omgivelsenes krav (Scott, 2014).

Ifølge Meyer og Rowan (1977) er det ikke nok at en organisasjon er effektiv, den må i tillegg ha legitimitet i omgivelsene. Legitimitet har en viktig betydning i institusjonell teori da den er en symbolsk verdi som blir synliggjort for eksterne aktører (Scott, 2008). Dette er i motsetning til materielle goder som kan brukes til å skape verdi gjennom å produsere nye produkter og tjenester innen organisasjoner. Organisasjoner som er legitime har sosial aksept og stor tillit

(ibid). Legitimitet er "en generalisert oppfatning at en organisasjons aktiviteter er ønskelig, ordentlig og passende innen noen sosialt konstruerte systemer av normer, verdier og definisjoner" (Scott 2008 s.59, vår oversettelse). Dermed må man oppføre seg slik markedet forventer, om man skal overleve langsiktig. Denne formen for konformitet med omgivelsene gjør ifølge Fallan og Pettersen (2016) organisasjonen avhengig av samfunnet rundt, samtidig som det skaper stabilitet. Dermed kan det oppstå en form for de-kobling mellom det som er uformell og formell struktur. De formelle strukturene blir opprettet fordi de er i tråd med dominerende myter i samfunnet, ikke fordi de nødvendigvis gjør den mer effektiv (ibid). Mytene kan da komme i form av tanker og ideer eller manualer basert på omgivelsene til en organisasjon (Meyer og Rowan, 1977). Dermed blir organisasjoner som er konforme med disse mytene, ansett som effektive og tillitsfull fra samfunnet rundt, noe som avgjør ressurstilgangen og legitimiteten til organisasjonene. Organisasjonen sine reelle aktiviteter kan være basert på uformelle strukturer som er frikoblet fra de formelle strukturene. Det er slike organisasjoner Meyer og Rowan (1977) omtaler som institusjonaliserte organisasjoner.

2.4.1 Tre institusjonelle søyler

Innen ny-institusjonell teori er beskrivelser av hvordan organisasjoner endrer og tilpasser seg de institusjonaliserte mytene et sentralt tema; ikke bare hvordan de oppstår eller opprettholdes (Fallan og Pettersen, 2016). Det vil si at man forsøker å finne forklaringer på hvorfor organisasjoner blir mer og mer homogene som følge av institusjonalisering. Forskere har ulike definisjoner og forklaringer på institusjoner, men vi vil ta utgangspunkt i Scott (2014) sine tre søyler. Scott (2014) tar utgangspunkt i, og bygger på DiMaggio og Powell (1983), og Meyer og Rowan (1977) sine tre mekanismer til institusjonell isomorfisme i det han omtaler som de tre institusjonelle søylene:

Den regulative søylen

Den regulative søylen tar for seg hvordan lover, regler og potensielle sanksjoner påvirker organisasjonen. Det er da som en form for tvingende styringsmekanisme (Scott, 2014). Med andre ord setter reguleringer grenser for, og føringer for, en organisasjon. Disse kan være formelle gjennom eksterne offentlig lovverk og forskrifter, eller forekomme internt i bedriften som innføring av nye styringssystemer.

At Legevakta må forholde seg til den nye Akuttmedisinforordningen (2015), eller rapportere mer detaljert styringsdata fordi eierkommuner ønsker det, er et eksempel på en regulativ institusjonalisering.

Den normative søylen

Den normative søylen sitt grunnlag er i retning moralsk styring. Her er verdier og normer gjeldende (Scott 2014). I verdiene ligger det hva som oppleves som rett å gjøre, og normer som hvordan ting skal gjøres. Dermed er denne søylen sterkt knyttet til kultur (Scott, 2014). Der den regulative søylen legitimeres med tvingende regler og lover og sanksjoner, er den normative søylen mer knyttet til forventninger av omgivelsene. Det er heller ikke grunnlag for sanksjoner, men heller ære/skam.

Den kulturkognitive søylen

Det sentrale i den kultur kognitive søylen er ifølge Scott (2014, s. 67): *"the shared conception that constitute the nature of social reality and create the frames through which meaning is made"*. Legitimering baserer seg altså her på en felles forståelse og oppfatninger i kulturen. Det vil si at man organiserer seg ut i fra hva omgivelsene oppfatter som riktig og akseptert. Grunnlaget for etterlevelse er dermed tatt for gitt og man søker ikke andre handlingsalternativ. For at organisasjoner skal overleve over tid, har man hatt ulike tilnærminger til hvordan organisasjoner tilpasser og endrer seg. Ifølge (Røvik, 1998) kan ny organisering eller innførsel av noe nytt i organisasjonen gjøres på bakgrunn av to motstridende årsaker. Man kan enten innføre styringssystem for å imitere og likne på andre, eller man kan gjøre det for å differensiere seg for å markere ulikhet, ut fra hva som er legitimt.

2.5 Oppsummering av teorikapittel

I det første delkapitlet så vi på organisasjonsstyring med utgangspunkt i Hopwood (1974) sitt rammeverk. I styringen av en organisasjon er det tre ulike typer styringsmekanismer som til sammen utgjør styringen av en organisasjon, det vil si at de ikke kan sees isolert; administrativ styring, sosial styring og selvkontroll. Administrativ styring kom i form av både formelle og uformelle mekanismer som ledelsen kan implementere i en bedrift. Formelle administrative styringsverktøy kan komme i form av prestasjonsmål og styringsverktøy, mens mer uformell administrativ styring kan være rekruttering, jobbtrening og jobbrotasjon. Sosial styring var de ansattes normer og de sosiale relasjonene som oppstår mellom individer og grupper i en organisasjon. Selvkontroll går på de ansattes iboende verdier og individuelle normsett som

ligger til grunn for handling. Dette teorigrunnlaget lar oss beskrive de ulike styringsmekanismene, samt å se koblingen mellom disse. Videre kan vi belyse hva som dominerer styringssystemet og se et helhetlig bilde av styringssystemet, og se delene i lys av hverandre.

Styring i organisasjoner kan endre seg. Med utgangspunkt i Burns og Baldvinsdottir (2007) har vi introdusert fire faktorer som fører til endring. Vi benytter oss av Burns og Baldvinsdottirs argumentasjon for å diskutere utviklingen i styringssystemet ved Legevakta i Trondheimsområdet, og bruker dette som en bakgrunn for å diskutere potensielle trekk ved denne utviklingen, for å kunne si noe om potensielle faktorer som har drevet denne utviklingen.

For å kontekstualisere endringene som har skjedd i styringssystemet i dette caset diskuterer vi også påvirkningen fra New Public Management og relaterte reformative bevegelser i offentlig sektor de senere tiårene. Hood (1991) presenterte syv doktriner som kan sees som kjennetegn på utviklingen i organiseringen av offentlig tjenesteyting. Disse utviklingstrekkene har i litteraturen skapt diskusjoner hvor NPM har blitt sett på som en utfordring mot etablerte profesjoner og deres faglige autonomi. I denne diskusjonen har økende administrativ styring blitt problematisert (Simonet, 2013), herunder har blant annet oppblomstringen av formelle økonomistyringsverktøy og prestasjonsmåling fått mye fokus. Vi ønsker i denne oppgaven å relatere erfaringene fra Legevakta og utviklingen i deres styringssystem til denne debatten for å diskutere om endringene i styringssystemet skaper lignende konflikter.

Avslutningsvis presenterte vi også ny-institusjonell teori med fokus på Scotts (2014) institusjonelle søyler. Dette danner et utgangspunkt for å diskutere hvordan organisasjoner endrer seg og tilpasser seg omgivelsene. I vår analyse benytter vi oss av denne litteraturen for å diskutere hva som kan ha drevet utviklingen i styringssystemet ved Legevakta.

3. Metode

I dette kapitlet skal vi redegjøre for våre metodiske valg og vi argumenterer for hvorfor disse valgene er relevant for å belyse vår problemstilling, gitt oppgavens omfang. Vi starter med å presentere vårt vitenskapelig ståsted, før vi beskriver design og metodevalg. Videre tar vi for oss dybdeintervju og dokumentstudier, før vi avslutter kapitlet med å diskutere metodekvalitet og etiske hensyn.

3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Før vi beskriver framgangsmåten i vår metode ønsker vi å redegjøre for vårt vitenskapsteoretiske ståsted. Viktige punkter når man driver forskning er synet på ontologi, epistemologi og metodisk ståsted. Det vil si hvordan vi ser verden og innhenter kunnskap om den. Dette er med å legge føringer for de metodiske valgene som tas i datainnsamlingen.

Gjennom vår kultur, faglig interesse og sosiale krets former vi vår oppfatning og tilegning av kunnskap. Vårt syn på verden og hvordan vi tolker verden på, er med å danne de metodiske valgene som vi forskere utfører. Ontologi, er definert av Nyeng (2004) som læren om det værende, det vil si hvordan verden ser ut. Disse kan betraktes som forutsetningene om sosiale fenomen vi tar med oss i et forskningsprosjekt. Epistemologien dreier seg om hvordan vi tilegner oss kunnskap (ibid).

Ytterpunktene i ontologien er positivisme og hermeneutikk (Nyeng, 2004). Vi kan forenklet si at positivismen handler om å forklare generelle lover formulert på en kvantitativ måte, mens hermeneutikken handler om å forstå mennesket med ord, hvor generelle lover ikke finnes (ibid). Slik vi anser det vil vår forskning hvor vi studerer organisasjonsstyring hos Legevakta være preget av informantenes meninger og opplevelser, noe som er fokuset i et fortolkende hermeneutisk paradigme og kvalitativ metode (Tjora, 2012). Sosiale fenomener må forstås ut ifra aktørenes egne erfaringer. Det er dette som er det fenomenologiske perspektivet ifølge Justesen og Mik-Meyer (2010). Ut i fra vårt ønske om å innhente empiri på bakgrunn av holdninger, meninger og opplevelser i Legevakta blir dette et egnet epistemologisk ståsted. Våre resultater vil dermed framstå som intersubjektiv i form av at vår tolkning og analyse er basert på informantenes tolkning av egne erfaringer (Nyeng, 2004). En egnet måte å innhente empiri på når man søker meninger og opplevelser, er i form av dybdeintervju (Tjora, 2012).

3.2 Forskningsdesign og metode

3.2.1 Forskningsdesign

For en forsker er det overordnede målet å bruke det forskningsdesignet som passer best til å svare problemstillingen (Edmonds og Kennedy, 2013; Jacobsen, 2015). Forskningsdesignet velges etter at problemstillingen har blitt formulert da problemstillingen avgrenser forskningsdesignet (Tjora, 2012).

Valget vårt av et intensivt casesdesign kommer av at vi ønsker å gå i dybden på en enhet, men ønsker å beskrive flere variabler (Jacobsen, 2015). Vår problemstilling er av en beskrivende karakter og legger til rette for et casestudium. Yin (2014, s. 16, vår oversettelse) definerer en casestudie som: "en empirisk undersøkelse som studerer et aktuelt fenomen i dybden og i dets virkelige kontekst, særlig når grensene mellom fenomenet og konteksten er uklar". Casen i seg selv er naturlig begrenset i omfang siden området vi fokuserer på er den interkommunale legevakta i Trondheimsområdet. Siden Legevakta har flere eierkommuner har vi valgt å inkludere noe av den interkommunale styringen som foregår et analysenivå over Legevakta. Dette fordi det griper inn i en av variablene vi ser på i Legevakta som er rapportering og gir dermed et mer helhetlig bilde av Legevakta som enhet. Innad i vår caseenhet har vi foretatt valg av informanter på bakgrunn av hvem vi tror kan belyse vår problemstilling best. Som det framgår senere i dette kapitlet endte vi på i alt syv dybdeintervjuer, samt dokumentstudier. Dermed kan vårt design defineres som intensivt der formålet er å gå i dybden og få fram beskrivelser i form nyanser og detaljer om det vi studerer (Jacobsen, 2015).

I det Jacobsen (2015) kaller utvalgsundersøkelser, er vår studie en tversnittstudie. Det vil si at vi studerer virkeligheten på kun et gitt tidspunkt. Jacobsen beskriver dette som å ta et "øyeblikksbilde" av virkeligheten. Jf. vår problemstilling er vi interessert i å beskrive virksomhetsstyringen i nåtid. I løpet av vår studie var våre informanter ofte fram og tilbake i tid og refererte til hvordan det var tidligere. Spesielt gjelder før og etter Tilsynet, som er nevnt i innledningen, som en viktig referanse våre informanter bruker i sin beskrivelse av dagen situasjon. Av det tallmateriale vi har brukt så har vi etterstrebet å bruke det siste som er så nære nåtiden som mulig. Der vi ikke har hatt tilstrekkelig tallmateriale har vi nøyet oss med å skriftlig referere til det og beskrive en eventuell trend.

3.2.2 Forskningsmetode

Etter valg av forskningsdesign er neste steg å velge en kvantitativ eller kvalitativ studie, eventuelt gjøre begge metodene som en metodetriangulering (Jacobsen, 2015). Et vanlig skille mellom kvantitativ og kvalitativ metode som Tjora (2012) trekker fram er gjerne at kvalitativ har mer vekt på å forklare og skape forståelse. Ved kvantitative tilnærminger er man "opptatt av å telle opp fenomener, det vil si å kartlegge utbredelse" (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2011, s. 35)

Da vi søker å gå i dybden og ønsker å beskrive styringen i Legevakta har vi valgt en kvalitativ studie. Disse årsakene kan også sees som overlappende til at vi endte opp med et intensivt design, som beskrevet over. Gitt vår problemstilling, var den beste måten å innhente empiri på i form av dybdeintervju. Dybdeintervju er vår eneste kilde til innhenting av primærdata i denne forskningen. Tjora (2012) nevner flere typer intervju som aktuelle måter å innhente empiri på, men gjennom dybdeintervjuet legger vi opp til at informanter får tid til å reflektere over de temaer vi er interessert i. På den måten skaper vi en fri samtale hvor informantene ikke er "presset opp et hjørne" i når det kommer til hva vedkommende skal svare.

Vi vurderer det dit hen at kvantitativ metode i form av et spørreskjema kunne vært mulig å gjennomføre, men da ville vi heller endt opp med å beskrive fenomenet, enn å forklare. En slik metode ville også gjort at vi kunne statistisk generalisere (Jacobsen, 2015). Men dette var ikke aktuelt for oss da vi ønsker en dypere innsikt om virksomhetsstyringen i vår case. En metodetriangulering i form av kvalitativ og kvantitativ metode kunne vært utført i vår case, men av hensyn til oppgavens omfang og disponibel tid for gjennomføring har vi ikke ansett dette som mulig.

3.3 Dybdeintervju

I innhenting av empiri brukte vi dybdeintervju til å hente primærdata. I det følgende delkapitlet vil vi redegjøre for dybdeintervjuene. Vi begynner med valg av informanter, før vi forteller litt om prosessen rundt koding av informantene våre. Videre vil vi beskrive litt rundt selve gjennomføringen av intervjuene samt prosessen med utforming av intervjuguidene.

3.3.1 Utvalg

Ved casestudier blir utvalget naturlig avgrenset innenfor den enheten vi studerer (Tjora, 2012). Utvalget vårt bestod av i alt syv informanter. Fem informanter arbeider på Legevakta, mens to informanter representerer eierkommunene som jobber tett på legevakta.

I rekruttering etter nye informanter benyttet vi Snøballmetoden (Ryen, 2002). Det vil si at man undersøker med informanter om de vet om andre aktuelle informanter innen temaet. En ulempe er riktig nok at det kan begrense variasjonen, men på en annen side kan dette sikre at vi får informanter som innehar god kunnskap om det vi lurte på. Det aller første intervjuet vårt kom i stand gjennom en av våre veiledere, da vedkommende har hatt forbindelse med informanten fra før. I dette intervjuet fikk vi navn på flere innad i Legevakten som kunne vite mer om aktuelle temaer vi spurte etter. I tillegg gjorde vi en egen vurdering etter organisasjonsstrukturen over Legevakta om hvem som kunne være relevant å intervju. På denne måten fikk vi rekruttert informanter som hadde god kjennskap til vår studie. Etter det første intervjuet ble de fire neste informantene kontaktet via e-post. Der presenterte vi studien og hvorfor vi mente vedkommende kunne være relevant å snakke med. Samtlige var raske til å svare og var positive til å stille opp. De to siste informantene fra henholdsvis verts- og samarbeidskommune ble kontaktet gjennom via veileder som kjente dem fra egen forskning.

I prosessen med å rekruttere nye informanter snakker Tjora (2012) om datametning. Det er når nye informanter ikke kommer med nye momenter i studien. Dette opplevde vi da vi intervjuet ansatte som jobbet på Legevakta. Det gikk på de fleste temaer og spørsmål vi tok opp om styring, rapportering, organisering, og tilsynet. I forhold til snøballmetoden kom vi til det punktet at informanter vi snakket med anbefalte oss å snakke med informanter vi allerede hadde intervjuet. Vi innså dermed at å intervju ytterligere ansatte ved Legevakta trolig ikke ville generere mer relevant empiri.

3.3.2 Koding av respondenter

Våre informanter er blitt kodet. Først og fremst er dette av hensynet til at flere av våre informanter ønsket anonymitet, samt at det forenkler vårt empiri- og analysekapittel. I informasjonsskrivet (vedlegg 1) står det: "... *Et eksempel kan være at en informant med lederansvar får tittel "A1", mens en uten lederansvar kan bli omtalt som "X2"*". På grunn av at flere av våre informanter stilte spørsmål ved anonymiseringen har vi valgt å gjøre samtlige informanter ytterligere anonyme. Det vil si at informanter som jobber på Legevakta har fått bokstaven "L" samt et tall, mens informanter fra verts- og samarbeidskommune har fått kode "K" og et tall. Kodingen i vår oppgave skiller dermed ikke på om vedkommende har lederansvar eller ikke.

Tabell 1. viser kodingen av våre informanter. Den viser også tid, sted og dato samt intervjuformat som ble benyttet under intervjuet.

Informanter:

Informant	Intervjuformat	Varighet	Sted og dato
L1	Ansikt til ansikt	58 min.	Legevakta, 25.01.18
L2	Ansikt til ansikt	43 min.	Legevakta, 13.02.18
L3	Ansikt til ansikt	1 time og 03 min.	Legevakta, 16.02.18
L4	Ansikt til ansikt	59 min.	Legevakta, 19.02.18
L5	Ansikt til ansikt	1 time og 20 min.	Legevakta, 26.02.18
K1	Ansikt til ansikt	1 time og 03 min.	Møterom ved informantens arbeidssted, 16.03.18
K2	Ansikt til ansikt	58 min.	Møterom ved informantens arbeidssted, 05.04.18

Tabell 1: Koding av respondenter

3.3.3 Gjennomføring av intervju

Alle intervjuene ble utført ansikt til ansikt, fordi det var det mest naturlige for oss da vi ikke hadde noen problemer ved å møte informantene med tanke på et geografisk eller tidsmessig perspektiv. Hensikten med dybdeintervjuer er å komme i en avslappet stemning hvor informanten er komfortabel med å snakke fritt rundt ulike temaer (Tjora, 2012). Intervjuene ble holdt ved informantenes kontor og møterom, slik at informantene var i en behagelig tilværelse. Hos en av våre informanter var det vanskelig å kombinere tidspunkt og møtested. Løsningen var å reservere et grupperom i et bygg på St. Olavs Hospital som NTNU disponerer. På den måten var møtestedet i umiddelbar nærhet til informantens arbeidsplass, som også ligger på St. Olavs Hospital. Alle informanter ble forespeilet at intervjuenes varighet ville være rundt en time, maks halvannen time. Hos enkelte hadde vi heller ikke mer enn en time til rådighet på grunn av arbeidssituasjon. Til gjengjeld var alle informanter positive til at vi ved behov for oppklaring eller ytterligere utfylling av empiri kunne ta kontakt på e-post.

Intervjuet med vår første informant var et åpent intervju. Et åpent intervju kjennetegnes ved at innholdet er i liten grad forhåndsbestemt og vi lar informanten snakke fritt om temaer vi er interessert i (Jacobsen, 2015). Gjennom problemstillingen vår hadde vi noen temaer som vi ville ta opp med informanten. Det åpne intervjuet ga oss empiri om organisering,

tilsynsrapporten, rapportering og styring i Legevakta. Dette intervjuet var fordelaktig til videre forskning da det hjalp oss å formulere hvilke spørsmål vi ville stille videre til andre informanter.

Vi var begge med under samtlige intervju, og hadde bestandig en arbeidsdeling mellom oss. Det var alltid en av oss som hadde hovedansvaret for gjennomføringen mens den andre hadde mulighet til å følge med slik at alle spørsmål ble stilt, og eventuelt stille oppfølgingsspørsmål. Det at en person hadde hovedansvaret gjorde at informanten kunne forholde seg til en person under intervjuet. Bruk av lydopptak sørget også for at intervjueren fikk med seg alt som ble sagt, samt sørget for en god kommunikasjonsflyt og et rettet fokus mot informanten (Tjora, 2012).

3.3.4 Intervjuguide

Våre intervjuguider ble utformet etter dybdeintervjuets struktur av Tjora (2012). Tjora (2012) mener dybdeintervju bør deles i tre faser, henholdsvis oppvarming, refleksjon og avrunding. Oppvarmingen bør være enkel for å få "varme opp informanten", før man i refleksjonsspørsmålene tar for seg spørsmål som er mer krevende i forhold til tanker og refleksjon hos informanten. Avrundingsspørsmålene går på spørsmål om informanten har mer å tilføye eller tanker om andre ting vi bør ta opp.

For vår del var oppvarming-spørsmålene i form av informantens stilling, antall år i jobben samt yrkes- og utdanningsbakgrunn. Refleksjonsspørsmålene var den største fasen hvor vi tok opp hovedtemaene vi studerte. Våre avrundingsspørsmål viste seg å bli adskillig lengre enn planlagt hos et par av våre informanter. Dette er også noe Tjora (2012) nevner i form av at vi opplevde en økt tillit igjennom intervjuet, og at temaer og informasjon våre informanter mulig holdt tilbake i intervjuet allikevel ble fortalt i sluttfasen av intervjuet.

Samtlige intervjuguider ble i utgangspunktet forsøkt fulgt av oss som forskere. Samtidig opplevde vi ofte at informantene ledet oss til å hoppe litt fram og tilbake i samtalen. Dette for å få en så god flyt som mulig i intervjuene. Det ville vært lite hensiktsmessig og unaturlig å avbryte informanten i samtalen med mindre informanten sporet helt av. Det var kun i intervjuet med informanten som ønsket intervjuguide og temaliste på forhånd at intervjuguiden så å si ble fulgt fra a til å.

Av hensyn til informantenes ønske om å være anonyme er vedlagte intervjuguider også anonyme.

3.4 Dokumentstudier

Tjora (2012) betegner dokumentstudier som studiet av dokumenter. Disse dokumentene er produsert med andre hensikter enn forskning. Jacobsen (2015) sier at dokumenter kan blant annet være offentlige dokumenter, årsrapporter, brev og selvbiografier. Vi brukte dokumentstudier som tilleggsdata for å få mer informasjon om tidligere hendelser og for å få mer klar informasjon rundt tema vi var usikker på. Dokumenter vi fikk tilgang til økte påliteligheten til vår data ved at vi kunne få bekreftet empiri hentet ut ifra intervjuene. Innholdet i dokumentene omhandlet hovedsakelig tilsynsrapporten, men også en del bakgrunnsinformasjon og forklaringen på tekniske og medisinske uttrykk våre informanter brukte. Vi fikk også møtereferat og årsrapport for 2017 for Legevakta.

3.5 Analyse av data

Første steget i vår analyse av data bestod av å transkribere intervjuene. Vi delte transkriberingen mellom oss, og vi transkriberte annen hvert intervju. Fordi en av oss ikke har samme dialekt som informantene var det en krevende prosess å transkribere noen av informantene. Videre gikk vi gjennom alle transkriberingene og fargekodet setninger og sitater etter ulike temaer. Fargekodene representerte ulike temaer som vi fokuserte på i empirien og som kunne være potensielle funn. Deretter tok vi ut setningene og sitatene og satt de inn i et dokument for å samle alle sitater som omhandlet samme tema. Vi analyserte og tolket dataen og oppsummerte empirien med funn ut ifra dybdeintervjuene og dokumentstudiet.

3.6 Metodekvalitet

Når det kommer til å måle kvalitet i forskningsarbeid viser Tjora (2012) til tre indikatorer. Disse tre er reliabilitet, validitet og generaliserbarhet, og vil bli drøftet og knyttet opp mot forskningen vår.

3.6.1 Reliabilitet

Reliabilitet, eller pålitelighet, dreier seg om undersøkelsens data er troverdig (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2011). Det skal være en klar sammenheng mellom datainnsamling, empiri og analyse (Jacobsen 2015). I kvantitativ studie kan en enkelt styrke reliabiliteten ved å utføre gjentatte målinger og bekrefte at en får de samme funnene (Ringdal, 2013). Dette kan ikke gjøres ved kvalitative studier da de er kontekstavhengige (Johannessen, Christoffersen og

Tufte, 2011). Tjora (2012) sier at ved kvalitativ forskning blir forskeren sett på som støy og ressurs. Derfor må vi som forskere reflektere over vår posisjon og hvordan det kan prege arbeidet. Det å få fram hvordan vi som forskere preger forskningen og vår posisjon i prosjektet er en måte å oppnå høy pålitelighet i forskningen på (Tjora, 2012).

For å påvirke informantene minst mulig hadde vi på forhånd en samtale med en veileder om praktiske tips i forhold til å holde dybdeintervju. Dette innebar det å opptre profesjonelt, holde fysiske reaksjoner tilbake, og bruke tid på å gjøre seg kjent med sin intervjuguide. I forhold til intervjuguide ble disse lest over grundig før vi møtte våre informanter. For å få en så naturlig flyt som mulig hoppet vi litt fram og tilbake i intervjuguiden etter hva som passet best. Dette merket vi at vi ble mye dyktigere på etter hvert og intervjuet følte mer en samtale. Dette førte til at intervjuet ble mer naturlig, som styrker påliteligheten.

Vi brukte lydopptak under intervjuene. Disse ble deretter transkribert kort tid etter at intervjuene var gjort i sin helhet. Dette styrker påliteligheten da vi gjengir informantenes svar ordrett. Valg av lydopptak var i veldig stor grad påvirket av at resultatet bør gjengis så ordrett som mulig, et poeng Jacobsen (2015) fokuserer på. Vi kunne også ha notert ned informantenes svar på PC eller ark, men det gjengir ikke informantene ordrett og det kan skape forstyrrelser for informanten.

Ved dybdeintervjuer kan det fort oppstå forvrengninger av virkeligheten, hvor informantene forsøker å besvare spørsmålene på en mest mulig "riktig" måte (Tjora, 2012). Det vil si at informantene endrer på virkeligheten for å stå fram i et godt lys for forskeren. En av våre informanter ønsket å få en mer detaljert temaoversikt før intervjuet. Vi sendte en grovskisse av intervjuguiden som var tiltenkt denne informanten. Denne informanten skilte seg ut i forhold til de andre informantene. Vedkommende var mer rett på sak og virket veldig godt forberedt på spørsmålene vi hadde. På denne måten svekket det påliteligheten på oppgaven vår.

Det at vi er to personer som forsker sammen kan redusere faren med å overse relevant informasjon gitt i intervju, eller i dokumenter. Dette fordi vi gjør subjektive vurderinger av all empiri vi samler inn. Og det at vi er to personer gjør at vi kan diskutere hvordan vi tolker empiri. På den måten reduserer vi muligheten for at informanters svar blir feiltolket (Ringdal, 2013).

3.6.2 Validitet

Validitet, også kalt gyldighet, handler om hvorvidt forskningens funn svarer på undersøkelsens problemstilling (Tjora, 2012). Det vil si om det er logisk sammenheng mellom problemstilling, data og de funn som presenteres. Jacobsen (2015) skiller mellom intern og ekstern validitet.

Den interne gyldigheten går på om de konklusjoner som trekkes er forankret i empirien som er samlet inn. Den eksterne gyldigheten blir drøftet i punkt 3.6.3

For å sikre høy validitet må forskningen være faglig forankret (Tjora, 2012). For vår del i studien har vi tatt i bruk teorier og lest oss opp i forhold til virksomhetsstudier i offentlig sektor og spesielt inn mot helsesektoren. Vårt valg av rammeverk ble tatt som følger av formålet med studien og valgt problemstilling.

Forhold som kan svekke intern gyldighet kan være misforståelser eller uklare ord og uttrykk som framkommer i intervjuene (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2011). Underveis i intervjuene dukket det opp ord og begrep som informantene brukte som vi måtte få en forklaring på. Dette spesielt rettet mot litt tekniske og faglige uttrykk som ble tatt opp under styringsverktøyet TransMed 8, se punkt 4.3.3. Ellers føler vi at dialogen med informantene var veldig bra under intervjuene.

Informantene våre var direkte knyttet til vår case, slik at det styrket gyldigheten. På en annen side kan informantenes svar bli påvirket av forskeren, gjennom kroppsspråk, tonefall eller holdninger (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2011). Dette kan føre til at informanten kan resonnerer seg fram til hvilke svar forskeren forventer.

3.6.3 Ekstern gyldighet

Tjora (2012) bruker begrepet ekstern gyldighet om studien også kan ha overføringsverdi utenfor vår case. Det vil si om den kan sammenlignes med lignende situasjoner eller fenomen (Jacobsen, 2015). Da vi har gjort det vi kan kalle en intern casestudie har vi ikke mål om å generalisere, men heller beskrive noe unikt og få innsikt i vår case.

Innen generalisering skiller Tjora (2012) mellom 3 ulike typer generalisering: naturalistisk-, moderat-, og konseptuell generalisering. For vårt tilfelle hvor generalisering ikke er meningen, er vi allikevel åpne for en naturalistisk generalisering. Med det mener vi at våre funn kan ha en overføringsverdi til andre enheter. Vi ser ikke bort ifra at våre funn kan ha en overføringsverdi til andre legevakter eller helse- og omsorgsenheter Norge. Dette fordi Akuttmedisinforskriften (2015), som vil bli presentert i kapittel 4, legger visse føringer for krav til innhold og styring i en legevaktjeneste. Om man ser på rapportering, trenger ikke det gi samme overføringsverdi. Dette fordi legevaktjenester kan ha andre kontekstuelle premisser. For eksempel kan det være geografisk eller ulik overordnet organisering (eks: kommunal, interkommunal, vertskommune etc.). På denne måten kan det bli andre krav til rapportering fra eierkommunen(e).

3.7 Etiske hensyn

I forskning kan det oppstå etiske dilemmaer mellom forsker og de som blir forsket på. I vår studie har vi tatt hensyn til tre etiske prinsipper som Jacobsen (2015) fokuserer på, nemlig informert samtykke, krav til privatliv og krav på å bli korrekt gjengitt. Disse er utgangspunktet for forskningsetikken i Norge (Ringdal, 2013).

Hensynet til informert samtykke ble ivaretatt gjennom at alle våre informanter fikk et informasjonsskriv (Vedlegg 1) om studien før vi startet intervjuet. Informasjonsskrivet tok utgangspunkt i et eksempelskriv fra nettsiden til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Skrivet informerte om studiens formål, hva informantens deltakelse innebærer, at deltakelse var frivillig, at informantene anonymiseres, samt at informantene kan trekke sitt samtykke uten grunn. Alle informantene leste gjennom informasjonsskrivet og signerte før vi startet intervjuet.

Vi har tilbudt alle informantene å godkjenne sitatene vi bruker i oppgaven for deres anonymitet, slik at kravet om å bli korrekt gjengitt dermed blir oppfylt. Tre av våre informanter uttrykte et ønske om at de ville godkjenne sitat som ble brukt som vi antok kunne være gjenkjennbart. Mens resterende informanter ga oss frihet til å sitere fritt, ved bruk av sunn fornuft. Samtidig sikrer godkjenning av sitat at informantene ikke føler at vi forvrenger eller tar sitatet ut av kontekst. Når vi presenterte sitatene vi ønsket å bruke til informantene, la vi med konteksten rundt slik at de hadde en forutsetning for om uttalelsen stemte.

Tidlig i forskningsprosessen meldte vi inn studiet vårt med intervjuguide som vedlegg til NSD. Hensikten er å sikre informantenes personvern.

4. Empiri

I empirikapitlet presenterer vi våre funn hentet ut ifra casestudiet. For å sette en kontekstuell ramme starter vi først med å gi en generell oversikt over Legevaktsordningen i Norge. Der vil vi fortelle litt om legevaktens rolle i den akuttmedisinske kjeden, og henviser til lovverket som er sentralt for empirien vi har samlet inn. Deretter presenteres vår case hvor vi går inn på legevakten i Trondheimsområdet og dens organisering. En kort oppsummering av tilsynsrapporten gjort av fylkesmannen i Sør-Trøndelag i 2015 (Parrow og Hegvold, 2015) vil også bli gitt. Tilsynet viste seg å være sentral for informantene i forbindelse med vårt fokus i oppgaven. Videre belyser vi hvordan ledere i Legevakta bruker styringsdata til å styre driften i Legevakta. Til slutt går vi inn på intra- og interorganisatorisk rapportering. Selv om vårt hovedfokus ligger på selve Legevakta, er også rapportering på det interkommunale nivået inkludert. Grunnen til at vi også løfter rapportering opp et analysenivå er for å kunne gi et mer helhetlig bilde av rapporteringen og styring som foregår i forbindelse med Legevakta. Avslutningsvis foreligger våre viktigste funn som en kort oppsummering.

4.1 Legevaktordningen i Norge

Som nevnt i innledningen er det å sikre kommunens innbyggere et tilbud om øyeblikkelig hjelp utenfor sykehuset den enkelte kommunes ansvar. Det omtales som et "sørge for"-ansvar. Sørg for-ansvaret innebærer at det er den enkelte kommune som har ansvar for at det er en legevaktordning i kommunen. Det er opp til den enkelte kommune å bestemme hvordan de organiserer den pålagte tjenesten, ved enten å yte tjenesten selv, inngå interkommunale- eller offentlig-privat samarbeid (Helsedirektoratet, u.å.). Sentralt for legevakter i Norge er Akuttmedisinforskriften (2015). I følge Akuttmedisinforskriften (2015) §6 heter det at: *"Kommunen skal tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, og må sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet"*. I det ligger det blant annet at en legevakt skal vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp. En legevakt skal diagnostisere, behandle akutte medisinske tilstander og ved behov henviser til andre tjenester i kommunen som fastlege og spesialisthelsetjeneste. Den kommunale legevaktordningen skal også ved akutte situasjoner og ulykker yte bistand og eventuelt rykke ut om nødvendig.

I Akuttmedisinforskriften (2015) foreligger det også et krav om at enhver legevakt skal ha en døgnbemannet nødmeldetjeneste. Et sentralt punkt i Akuttmedisinforskriften

(2015) legevaktene må forholde seg til er kravet om at vaktcentralene skal være innrettet slik at 80% av alle henvendelser på telefon kan besvares innen 2 minutter. Denne griper direkte inn i driften av Legevakta og har vært sentral når vi har snakket om styring og rapportering med flere av våre informanter.

I henhold til Akuttmedisinforskriften (2015) skal legevakttjenestene i Norge minimum ha en lege på vakt til enhver tid. Dette har vist seg å være utfordrende i mange små kommuner. Ofte blir det belastende på kommunelegene som må dele på denne jobben, samt at det kan bli utfordrende og dyrt å sikre den riktige kompetansen som leger i en legevaktsordning må ha (Informant K1). Derfor åpner Kommuneloven (1992) for interkommunale samarbeid som et alternativ til å løse felles oppgaver. Det vil si at flere kommuner går sammen om å for eksempel ha en felles legevaktsordning for sine innbyggere. Slike oppgaver kan løses ved et vertskommunesamarbeid hvor en eller flere kommuner overlater lovpålagte oppgaver til en vertskommune, som legevakten i Trondheim er et eksempel på. En rapport fra Nasjonalt Kompetansesenter for legevaktmedisin i 2016 (Morgen et al., 2016) viste at det i Norge var til sammen 182 legevakter, hvorav 101 var interkommunale. Trenden viser ifølge rapporten at i de siste årene går det mot større enheter og redusert antall legevakter. Rapporten viser at 40% av legevakttjenestene i landet er organisert gjennom en vertskommunemodell. Andre organisasjonsformer er å ha det som en kommunal tjeneste, interkommunalt samarbeid som et AS (aksjeselskap) eller IKS (interkommunalt selskap), samt andre løsninger (ibid).

4.2 Beskrivelse av case

4.2.1 Den interkommunale legevakta i Trondheimsområdet

Legevakta fungerer som et døgnåpent legetilbud for innbyggere i Trondheim kommune der skaden er såpass alvorlig at man ikke kan vente til fastlegen har åpnet (Trondheim Kommune, 2018a). Rent forvaltningsmessig er Legevakta en kommunal tjeneste i Trondheim kommune, men fungerer som en interkommunal tjeneste i form av et samarbeid med nabokommuner. Etter klokken 15.30 på hverdager, samt i helger og høytid skal Legevakta også betjene innbyggerne i kommunene Klæbu, Malvik, Melhus og Midtre Gauldal (ibid).

I denne regionen eksisterer det flere ulike samarbeid. Trondheim kommune er blant annet vertskommune for Kommunal Akutt Døgnet (KAD) og krisesenter. De har samme modell som samarbeidsavtalen om Legevakta hvor Trondheim kommune er vertskommune. Det

eksisterer også andre samarbeidsavtaler på tvers av kommunegrenser som ikke gjelder for alle fem kommuner som samarbeider om legevakta (Informant K1 og K2). Selve samarbeidet om en interkommunal legevakt kom i gang som en vertskommuneavtale i 2008 og ble iverksatt i 2009 (Informant K1). Fram til 2014 gjaldt avtalen for kommunene Trondheim (vertskommune), Klæbu, Malvik og Melhus. En ny vertskommuneavtale ble inngått i 2014 da Midtre Gauldal også gikk inn i samarbeidet. I interne dokumenter som omtaler vertskommuneavtalen som vi har fått tilgang til, viser den til flere grunner til at samarbeidsavtalen mellom kommunene ble inngått:

"Bakgrunnen for avtalen var at det var vanskelig for distriktene å rekruttere leger fordi en kommunal legevakt er sårbar og fører til stor vaktbelastning for legene. Vaktene kommer i tillegg til vanlig arbeidstid i 100% stilling. Det stilles også store krav til kompetanse og faglig standard, medisinsk utstyr, hjelpepersonell og utrykningsbil."

For en av samarbeidskommunene, utdyper en informant K1 sårbarhet på spesielt to områder. Den første var at legene følte en stor vaktbelastning og påkjenning på jobb. Som oftest var det kun en lege på vakt i kommunen. En annen årsak var at enkelte leger hadde ubehagelige opplevelser i møte med pasienter knyttet til medisiner, stoff og rus. Spesielt gjaldt dette enkelte unge kvinnelige leger som følte seg truet i enkelte situasjoner med pasienter. Dette førte til at det ble en del sykemeldinger, hvor kommunen hadde vanskeligheter for få vikarer til å dekke disse. Med store, og anslått stadig økende, krav til kompetanse og faglig standard, anså kommunen at det ville bli for dyrt å opprettholde egen legevakt.

Den nye Akuttmedisinforskriften som trådte i kraft i 2015 har blant annet et krav om at det kan være en lege på vakt alene i en kommune om vedkommende har godkjenning som allmennlege eller er spesialist i allmennmedisin. Om ikke dette kravet er oppfylt må kommunen ha en "bakvakt" i form av en allmennlege som kan bistå om legen på vakt må rykke ut. Dette skaper et press hos små kommuner, og har forøvrig fått omtale i media, blant annet i en sak fra NRK (Johansen, Kristoffersen og Olsen, 2018). Kommunene hadde opprinnelig frist til å innfri dette kravet i akuttmedisinforskriften innen 1. mai 2018. Dette har i senere tid blitt utsatt til 1. januar 2020 (Andersen og Bjelland, 2018).

4.2.3 Organisering

Legevakta er en enhet som er organisert etter tre ulike funksjoner. Man har en stasjonær legevakt som i dag leier lokaler av St. Olavs Hospital i Trondheim. Det er her pasienter mottas og får legekonsultasjoner om de har behov for det. Den andre delen er en legevaktvaktentral (heretter vaktentral) som kun svarer på telefoner. Vaktentralen består av bare sykepleiere og har tilholdssted et annet sted enn den stasjonære legevakta. Tidligere var både stasjonær legevakt og legevaktvaktentralen lokalisert på samme sted ved St. Olavs Hospital, men vaktentralen måtte flytte ut på grunn av plassmangel. Den tredje funksjonen Legevakta har er en ambulerende tjeneste i form av en legebil som har mulighet til å rykke ut ved ulykker eller andre ting i kommunene.

Enhetslederen har sitt tilholdssted på Øya Helsehus i Trondheim, som er i umiddelbar nærhet til St. Olavs Hospital. Enhetslederen har også en merkantil stab som holder til sammen med den stasjonære legevakta. I løpet av siste halvdel av 2018 vil Legevakta igjen samles under samme tak da det i skrivende stund bygges og ferdigstilles et nytt bygg rett ved Øya Helsehus som Legevakta skal flytte inn i. Der vil Legevakta samlokaliseres sammen med Trygghetspatruljen¹ til en enhet under navnet Helsevakta.

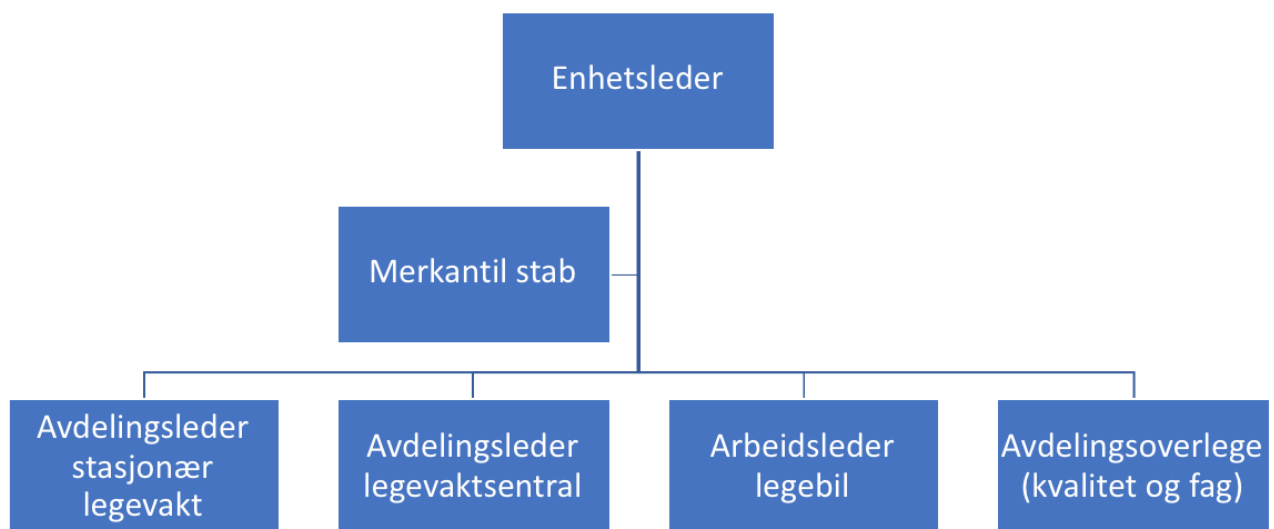
Rent strukturelt (se figur 2) har Legevakta en ledergruppe som består av enhetsleder ved Legevakta og fire avdelingsledere, samt en merkantil stab. Det er en avdelingsleder på avdelingsleder på stasjonær legevakt, en på legevaktvaktentralen og en arbeidsleder på legebil. Avdelingslederne har ansvar for personal, drift og økonomi på sin avdeling. Det er også en avdelingsoverlege som jobber med fag og kvalitet som ikke har formelt lederansvar. Legevakta har også en merkantil stab som jobber med å sette opp turnusplaner, overordnet økonomi, og bestilling av varer med mer (Informant L1).

Sykepleierne på Legevakta ruller også mellom å jobbe på den stasjonære legevakta og som telefonoperatør på legevaktvaktentralen. I alt er det fire trinn i utviklingsplanen for sykepleiere. Nyansatte ved Legevakta som ikke har erfaring fra andre steder, det være seg andre legevakter eller AMK (akuttmedisinsk kommunikasjonsentral), starter først på det som blir betegnet som "gølv" (gulvet) som Informant L1 forteller: *"Når man er ny og akkurat begynt, begynner man på "gølv". Det er de som tar imot pasienter inne på selve legevakta"*. Disse

¹ Trygghetspatruljen er en enhet i Trondheim kommune. Personer som har behov får utlevert en trygghetsalarm de kan utløse for å få hjelp av helsepersonell fra Trygghetspatruljen (Trondheim Kommune, 2018a).

samarbeider tett med legen om undersøkelser og klargjøring av undersøkelser. Neste trinn når man er vurdert som mer kompetent kan man jobbe på en ny funksjon som blir kalt "ytre", som er luka ut mot venterommet. Det er der Legevakta tar imot publikum og pasienter som kommer. Der vurderes pasienter om de får komme til lege eller ikke. Pasienter vurderes ved hjelp av et triagesystem som vi beskriver nærmere i punkt 4.3.3 Ved det "ytre" har man også overblikk på venterommet slik man får fulgt med om tilstanden til ventende pasienter forverres. Neste funksjon kalles koordinerende sykepleier som er en del av den "indre" Legevakta og koordinerer hvor pasientene skal. Siste trinn er opplæring på vaktentralen. Da sitter sykepleiere på telefon og svarer de som ringer inn. Som regel tar det et par år fra man begynner i Legevakta til man får tilbud om opplæring på vaktentral.

Det er ikke slik at dette er likt for alle. For eksempel uttrykker Informant L5 at noen ikke jobber på telefon på vaktentralen fordi de ikke føler de mestrer det. Da fortsetter man å jobbe på den stasjonære legevakta en stund før man eventuelt prøver seg på nytt om man ønsker det. Grunnen til at man har disse trinnene fra å jobbe på det som blir kalt "gølv" til å kunne sitte på vaktentralen er følgelig at det krever mer erfaring og kompetanse til å vurdere helsetilstanden til personer som ringer inn enn de som man fysisk ser på den stasjonære legevakta.



Figur 2: Organisasjonskart – Legevakta

Selv om avdelingene ikke er samlet fysisk snakket informantene om enheten som en helhet. Flere informanter brukte konsekvent "vi" i omtalen av enheten selv om vedkommende ikke tilhørte den andre avdelingen².

4.2.4 Eierstyring; Administrativt utvalg, fagutvalg og brukerutvalg

Da kommunene opprettet vertskommuneavtalen om Legevakta ble det samtidig dannet tre organ for å sikre medvirkning, styring og samarbeid fra eierkommunene (Informant K2). Disse tre organene er hierarkisk ordnet og består av administrativt utvalg, faglig utvalg og brukerutvalget.

Det administrative utvalget er det overordnede utvalget og består av en styringsgruppe hvor rådmennene for alle samarbeidskommunene sitter (Informant K1). Denne gruppa behandler saker som handler om vertskommunesamarbeid, deriblant Legevakta. Rådmennene har daglig og faglig ansvar for driften av tjenesten og får tilbakemeldinger fra kommunene om synspunkter rundt driften av Legevakta og vertskommuneavtalen rundt Legevakta. Det ligger en stor myndighet hos rådmennene da de har mulighet til å foreslå til politikerne om å for eksempel tre ut av vertskommuneavtalen eller om det er behov for noe endring. Dette utvalget møtes seks ganger i året hvor to av møtene er dedikert til å snakke om Legevakta, som regel under årsrapportering på våren, og til å gi innspill på budsjettprosessen i august/september måned (Informant K2).

Faglig utvalg sin hovedoppgave er ifølge interne dokumenter å behandle avviksmeldinger, gir råd og innspill omkring faglig utvikling og fritaksregler for fastleger. Dette utvalget består av kommuneoverlegene fra hver kommune, enhetslederen og en fast ansatt lege ved Legevakta. Her presenterer enhetsleder tall fra driften, hvorpå det faglige utvalget kan komme med innspill fra et medisinskfaglig grunnlag (Informant L1 og K2). Dette utvalget møtes 3-4 ganger i året.

Brukerutvalget for Legevakta fungerer som et samarbeidsorgan der brukere av Legevakta kan gi tilbakemelding og komme med innspill og forslag for å gi en bedre brukeropplevelse. I gjengjeld gir vertskommunen en statusoppdatering på utviklingen i driften. De har på den måten en rådgivende funksjon, men kan ikke se på verken personal- eller enkeltsaker (Melhus kommune, 2016). Brukerutvalget består av en person fritt oppnevnt av hver kommune. Det kan

² Når vi intervjuet informantene og hørte på opptakene i forbindelse med transkriberingen var det flere informanter som la et ekstra trykk på "vi" når de fortalte om organisasjonen.

være en politiker eller en fagperson (Informant K2). Det er enhetslederen ved Legevakta som setter agendaen og holder møtet. Brukerutvalget møtes som regel fire ganger årlig (Informant L1).

4.2.5 Tilsynsrapport

I 2015 kom det et tilsyn (Parrow og Hegvold, 2015) som nevnt innledningsvis i denne oppgaven. Tilsynet kom i gang ved at det startet som bråk og misnøye internt før man også fikk avisoppdrag og medieomtale fra misfornøyde brukere av Legevakta. Avvikene som ble skrevet i rapporten pekte på at det ikke var forsvarlige systemer for styring, kontroll og ledelse ved virksomheten. Konklusjonen endte med at det var en betydelig risiko for at det kunne forekomme svikt i tjenesteytingen hos Legevakta. Tilsynet som fikk mye oppmerksomhet i lokale media (Nilsen, 2015; Skjesol og Rabås, 2015) og har vært et tema i mange av intervjuene vi har hatt med våre informanter.

Selve tidsrommet for tilsynet var fra det ble varslet, 14.04.2014 til 27.04.2015. I rapporten framgår et hva Fylkesmannen ønsket å se på:

"Gjennom det planlagte tilsynet ønsket Fylkesmannen å se nærmere på legevaktstjenestens organisering, styring og ledelse. Det har i den sammenheng vært relevant å se nærmere på dimensjoneringen av tjenesten, avklarte ansvars- og oppgaveforhold, kompetanse, samhandling, pasientstrøm/ventetid og rapportering som aktuelle tema." (Parrow og Hegvold, 2015)

I tilsynsrapporten var et sentralt punkt at det var lang ventetid på telefon, og å få legekonsultasjon på stasjonær legevakt. Dette var også et sentralt tema ved våre intervjuer. Dette er problemer som er tilknyttet lite kapasitet på fysisk venterom, lite bemanning og en mangel på et triage-system (Se punkt 4.3.3). Det kom også fram at det var den enkelte sykepleiers faglige skjønn som ble lagt til grunn som en form for triagering. Dette ble i tilsynet beskrevet som *"lite systematisert, selv om det ble søkt likhet i håndtering av pasienter gjennom diskusjon og refleksjon mellom ansatte"*. Mangel på systematikk og struktur i driften var et av punktene som ble trukket fram i intervjuer også:

"Vi fikk jo ikke overaskende slakt på det meste. Så det var en vekker. Men det må jeg også si at vi har jo hatt lederskifter ganske jevnt på legevakta, og det

har vært med og gjort noe med at systematikken og strukturen ikke har vært god nok. Det ser vi på kompetansen til lederne også. Men jeg skal ikke bare skyld på lederen, for her var det også svikt i organisasjonen vår, med fagstab, med fokus på å ha kompetanse" (Informant K2).

En annen årsak til at Legevakta fikk en så mye "slakt" var at det ikke var bra nok kommunikasjon mellom politikerne og Legevakta. Legevakta jobber ut ifra kommunens overordnede mål, slik at det er nødvendig for kommunen å forstå hvilke ressurser Legevakta behøver for å nå mål som blir satt. Enkelte informanter reflekterte over om politikerne i 2015 ikke forsto hva som kreves for å drive en legevaktstjeneste eller hva den i det hele tatt var til for. Da tilsynet kom hadde Legevakta høyt sykefravær og de manglet ressurser til drift. Det blir beskrevet som at Legevakta nærmest bare måtte akseptere hvordan tilstanden deres var da, og det følte ut som politikerne hadde gitt opp i Legevakta:

"Jeg tror kanskje at mange har gitt litt opp, men så ser man nå kanskje at i de senere årene at det går faktisk an å gjøre noe med det" (Informant L1).

Kommunikasjonen oppover i kommunen er det blitt jobbet med de siste årene og det beskrives som at det er blitt mye bedre i dag, men det pekes fortsatt på litt mangel på forståelse fra politikerne:

"Men det krever også at man har en forståelse også oppover på rådmannens nivå, som man har her i kommunen, men det må også formidles ut til politikerne, og der er jo media også viktig" (Informant L1).

Noe av gjennomslaget som Legevakta har fått oppover i kommunen begrunnes av flere informanter gjennom at Legevakta har fått på plass en sterk ledelse. Det å øke lederkompetansen og lederutviklingen er noe Trondheim kommune har satset på og bidratt til. For Legevakta har det blant annet betydd at ledergruppa med enhetslederen i spissen er blitt dyktig til å komme med innspill og bemerkninger, samt kommunisere behov oppover til kommunen og politikerne:

"jeg tenker at det er viktig at man har en ledelse som har den direkte kontakten med den politiske styringen som kan være tydelig å gi litt signaler og forteller litt om hvordan tjenesteorganiseringen er og hva det er tenkt som og hvorfor. Og det opplever jeg at vi har her, samtidig som etter tilsynet til Fylkesmannen så har vi levert kvartalsvis rapporteringer i forhold til en del

av områdene som har blitt pekt på. De har vi levert til politikerne og til formannskapet og det tror jeg har vært med og gitt de litt forståelse for hva det er snakk om, så det syns jeg har vært veldig bra" (Informant L1).

I ettertid av tilsynet opplever flere informanter at kommunen og politikerne har blitt mer forståelsesfull og gitt tilstrekkelige ressurser til Legevakta. Økte ressurser har ført til flere ansatte, økte stillingsandeler, mer utstyr og hjelpemidler til Legevakta. En annen effekt er at arbeidet som er lagt ned i ettertid av tilsynet, i enheten og på politisk plan, har gjort at ansatte ved Legevakta føler en større anerkjennelse for arbeidet som de gjør:

"...vi har jo følt at kommunen, altså dette er før tilsynet da, hvor vi følte at legevakta ikke ble anerkjent for det vi egentlig er, og skal gjøre. Slik at vi har kanskje ikke fått tid og ressurser til å gjøre ting på et skikkelig vis, før det berømte tilsynet. (...) Nå høster vi av det har jobbet med. Jeg vet ikke om folk flest merker det men det er jo mindre støy i avisa også om oss" (Informant L3)

Sykefraværet i Legevakta har hatt en positiv utvikling med 6,63% sykefravær i 2017. Det er det laveste tallet Legevakta har hatt på sykefraværet så langt, basert på statistikken vi har tilgang til. Tidligere tall for sykefraværet har vært 8,9% i 2016 og 12,5% i 2015. Dette er noe informanter også viser til når de forteller at ting er blitt bedre ved Legevakta.

Legevakta har altså ikke hatt tilgang til nok ressurser før tilsynsrapporten. Dette løste Legevakta ved å ansette en sterk leder som får til å kommunisere til politikerne at Legevakta ikke har tilstrekkelige ressurser til å drifte effektivt. I etterkant av tilsynet og ansettelse av en ny enhetsleder har Legevakta fått mer nødvendige ressurser for å drifte Legevakta på det enkelte av våre informanter omtaler som en ordentlig måte.

Dokumenter vi har fått tilgang til viser til at Fylkesmannen i Sør-Trøndelag avsluttet tilsynet i januar 2017 etter at iverksatte tiltak var oppfylt eller i positiv utvikling. Tiltak gjaldt blant annet strategi for styring av pasientstrøm, i form av løpende rapportering fra styringsdata fra TransMed 8 (se punkt 4.3.3), styrket bemanning og bedre rolleavklaring internt samt plan om interkommunale møter med administrativt utvalg.³

³ Dokumentet var ikke detaljert rundt tiltakene da de kun var listet punktvis.

4.2.6 Hensyn til drift og økonomi

Et sentralt tema når det er snakk om økonomi og tjenesten Legevakta leverer, er hensynet til å sikre en forsvarlig drift førsteprioritet. Alle informantene var klare på at førsteprioritet var pasienten og det å ha en god pasientsikkerhet. Samtidig sier flere informanter at de er bevisst på det økonomiske ansvaret de også har. På en side forvalter de store summer på samfunnets vegne, men samtidig skal samfunnsoppdraget som et prehospital akuttmedisinsk tjeneste gå foran alt:

"Vi har et ansvar for at vi forvalter store midler som er samfunnet sine, og det er klart at det må vi gjøre på en fornuftig måte. [...] Men det er også helt klart at økonomi vil aldri bli 100% styrende hvis det går på bekostning av pasientsikkerheten" (Informant L1)

Finansieringen til Legevakta foregår ved at hver kommune betaler i forhold til sin andel av det samlede innbyggertallet i de fem kommunene. En informant fra samarbeidskommune føler at de er fornøyd med driften slik det er i dag, men at de alltid er åpen for muligheter for å effektivisere. Legevakta har per nå ikke sammenlignet seg med andre store bykommuner, noe Informant K1 anser som interessant. Videre understreker vedkommende at kvalitet på drift uansett er det som står øverst på agendaen:

"Det har ikke vært noe tema. Så må vi heller ikke glemme intensjonen til legevakta heller. Det er tjenestekvaliteten som vi primært er opptatt av. Dette gjelder særlig når det er en akutt-tjeneste, så skal det lite til før man får et dårlig rykte, da det som regel er folk som er i en vanskelig situasjon."

Legevakta har tidligere forsøkt å effektivisere driften ved å slå sammen legevaktsentralen og vaksentralen til Trygghetspatroljen. Dette ble trukket tilbake etter kort tid fordi det førte med seg for mye støy på arbeidsplassen. Informantene vi intervjuet er i utgangspunktet ikke imot effektivisering, men informantene opplever ofte at det går utover sikkerheten til de ansatte og pasientene:

"Det handler ikke om at vi ikke skal være innovative og prøve nye ting og så videre som gagnar alle." (Informant L5)

En annen informant uttaler at *"Vi skal ikke glemme hva vi holder på med"* når vedkommende reflekterer over de tiltakene som har blitt forsøkt i de seneste årene for å spare penger og effektivisere. I det ligger det at brukerne av Legevakta er personer som er skadet, eller har behov

for øyeblikkelig hjelp som oppsøker dem, og da må de ansatte føle at de har finansielle rammer som lar de utføre jobben best mulig. Noe av utfordringen rundt bevilgninger og finansiering av drift er at Legevakta blir sammenlignet med andre enheter i kommunen som ikke er sammenlignbare med Legevakta. Informant L4 uttrykker det slik:

"Vi føler kanskje vi kommer på kant i forhold til de vi blir sammenlignet med i forhold til økonomi. Vi er de eneste i kommunen som driver slik vi gjør, så vi er ikke sammenlignbare. Men kommunen vil gjerne det."

Informanten trekker fram at de er havnet i bås under kategorien helse, velferd og eldre, og da blir de sammenlignet med blant andre sykehjem og hjemmetjenesten. Dette oppleves som feil da Legevakta og de andre enhetene for eksempel har behov for annet utstyr og et annet syn på drift. Viktige ting som blir trukket fram i den anledning er utgifter knyttet til innføring av Akuttmedisinforskriften (2015) og Nødnettet (Nødnett, 2016) som har kommet de siste årene. Akuttmedisinforskriften sier at det skal være tilstrekkelig kursing av leger og de som arbeider med leger. Disse nasjonale påleggene gjelder blant annet kurs i akuttmedisin, og volds- og overgrepshåndtering. Informantene gir uttrykk for at de får dekket selve utgiftene til kurset, men at det ikke dekker kostnaden med å ta folk fri fra jobb. Disse må da tas fra vanlig driftsregnskap:

"Vi fikk noen midler fra helsedirektoratet til å dekke kursutgifter, men det dekker jo ikke det det vil koste å kjøpe fri folk fra arbeid, både fastlegene og sykepleierne, så det er jo utgifter med det. Det er det med alt. Nødnett når det ble innført også. De innfører jo ting, men det koster jo skjorta å få lært opp alle, og det må man jo bare ta fra vanlig driftsregnskap" (Informant L3).

Legevakta har fått trent på det de skal i henhold til forskriften, og flere av informantene er glade for at lokasjonen til Legevakta ligger der den ligger²:

"Men vi er jo heldig fordi legevakta ligger der den ligger. Skjer det noe her så ringer vi 113 så tar det 3 minutter så er STANS-teamet fra St. Olavs her og tar over." (Informant L3).

Blant annet gjelder dette også generell trening på større alvorlige hendelser for de ansatte. Det innebærer at de ansatte skal være i beredskap om det skjer ulykker, men som Informant L3 uttrykker det:

"Det å innse det ansvaret vi har, både med å få tid og ressurser til å trene på slike ting, men også det å forstå at beredskap koster mye penger. Det er ingen

som blunker heller med tanke på at brannmenn trener. (...) Er det et fly som sklir ut av rullebanen på Værnes, eller en buss som velter, skoleskyting og sånne ting. Ja vi er der, og vi skal få tak i folk fort, men vi får ikke noe gehør for at det koster faktisk penger, og at vi må få trent på det her også"

Andre forhold knyttet til Akuttmedisinforordningen er kravet om å besvare 80% av alle telefonhenvendelser på 2 minutter. Her peker enkelte informanter også på økonomi, Informant L5: *"Det er for lav bemanning, noe som blir en utfordring da det sliter på folk som er i jobb"*. Det å få tak i den rette kompetansen til å oppfylle kravene oppleves ikke som et stort problem på legevaktsentralen, men det handler om det koster mer å ansette flere folk i de tidene hvor pågangen er størst. Samtidig er Legevakta også opptatt av at de ansatte skal ha en balanse mellom tidspunktene man er på jobb. Det er vanskelig å fordele vakter til ansatte med tanke på å kombinere jobb familie. Det er en utfordring spesielt under høytider og helg:

"For det er jo sånn at vi er en enhet som bemanner opp når andre bemanner ned, og det er jo ganske belastende for de som jobber her, med tanke på at de jobber mer høytid og helg." (Informant L5)

For at Legevakta ikke bare skal ha ansatte som kun jobber kveld og natt i lengre perioder, blir det litt overskudd på dagtid i hverdagen. Dette for at ansatte ikke skal gå lei og søke stillinger andre steder på grunn av ugunstige arbeidstider. En annen faktor som også påvirkes av økonomi er at det er for små stillinger på flere stillinger hos den stasjonære legevakta. Dette er med på å påvirke hvor attraktivt det er å arbeide på legevakta.

"Når du er utdannet sykepleier vil du ha en viss prosent stilling for å kunne etablere deg og få huslån og alt det der" (Informant L2)

Slik situasjonen er i dag får sykepleiere minimum 50% stilling hos Legevakta. Som ansatt innebærer en del av turnusen at de må jobbe hver tredje helg. For å øke stillingsprosenten velger noen å jobbe oftere enn hver tredje helg, men dette blir uheldig med tanke på familiesituasjoner.

"Det er mange som sier vi da må ansette sykepleiere i bare seinvakter... dette er ikke attraktivt for mange, men vi setter selvsagt pris på de få som ønsker seg dette. De fleste har familier og mange seinvakter og mye helgearbeid er ikke forenelig med dette. Vi som kommune må ansette sykepleiere i stillinger med en ok vaktbelastning, blir det da enkelte dager vi på dagtid er godt

bemannet vil vi benytte disse til kompetansepåfyll. Vi er en beredskapsenhet og trenger faktisk å øve, noe det i dag er lite rom for. " (Informant L5).

Det er en vanskelig situasjon på Legevakta når det finnes ulike størrelser på stillingene i Legevakten. Dette kommer av at Legevakta har ulike behov for bemanning på dag, kveld og natt.

Utfordring med økonomi er noe vår informant fra Trondheim Kommune også erkjenner. Rundt problemer med økonomistyring i Legevakta svarer Informant K2:

"Det var rett og slett at vi hadde skviset dem for mye i forhold til det reelle. Det var reelt med kostnaden til nødnett, det var reelt med kostnaden til akuttmedisinforskriften osv.

Budsjettet til enhetene i Trondheim kommune blir vanligvis justert etter folketall. Dette var ikke gjort for legevakta sin del:

"Jeg oppdaget at de ikke hadde fått tall på utkiling i befolkningen på flere år. Det fikk vi lagt inn. Det var en del sånne ting som ble lagt inn. Man har vel tenkt at det skulle gå bra allikevel." (Informant K2)

Dette er nå justert opp og informantene er mer optimistisk rundt økonomistyringen av Legevakta nå. Informant K2 trekker fram blant annet at bedre styringsdata fra styringssystemet TransMed 8 som vi kommer tilbake til i neste delkapittel er viktig:

"Jeg er jo veldig opptatt av pengebruken, økonomistyringen, og der har vi ført over en god del som justering av rammer fra i fjor. Men de har også drevet veldig godt. De har greid og lagt ned et massivt merforbruk som var en periode. (...) det tror jeg også er fordi man har fått styringsdata som gjør at man vet mer hvor man kan ta ting fra og hvor man må fylle på med mer kompetanse og ressurser. Så er det lettere å argumentere når man har data. Sånn er vi mennesker."

Informant L4 trekker også fram at Legevakta selv er blitt flinkere til å ha oversikt også økonomien. Dette skyldes ikke bare fordi de har fått statistikk fra TransMed 8, men også fordi de har jobbet mer med å få oversikt over kostnader og bruk av materiell og eksterne tjenester:

"Vi har satt fingeren på hva vi bruker penger på. Vi har kuttet på mye som har vist seg å være helt unødvendig, Vi har fått ryddet en del, så det er bra"

(Informant L4)

Legevakta har fått bedre struktur på faktura og regninger og dermed oversikt over hva de betaler for og hva de bruker penger på. For eksempel opplyser en informant at Legevakta oppdaget at de også betalte for legevakten i Stjørdal sitt abonnement på Adresseavisen, i tillegg til sitt eget. Grunnen var at de fikk regninger på abonnement på ulike tidspunkt, og man var ikke nøye med å sjekke innholdet i regningen i detalj.

På spørsmål om økonomistyring og hvor godt det fungerer innad i enheten gir informant L5 uttrykk for at det hadde vært ideelt å kunne skille ut mer hva som brukes av vaktentral og hva som brukes på stasjonær legevakt. Innad på stasjonær legevakt lar det seg vanskelig gjøre å skille kostnader fordi hva sykepleiere bruker og hva leger bruker ofte er sammenvevd i hverandre fordi de ofte samarbeider.

4.3 Styringssystemer

4.3.1 Koordinering av arbeid og daglig styring

Ledere ved Legevakta bruker hovedsakelig programvarene Bluegarden og MinGat som verktøy til styring. Bluegarden brukes for styring relatert til HR og administrative oppgaver som for eksempel oppfølging av sykefravær og medarbeidersamtaler. Lederne bruker også Bluegarden til oppgaver som blant annet omhandler rekruttering, søknad om permisjon, egenmeldinger og lønnsystemer. Personalstyringen på arbeidsplassen foregår på systemet MinGat:

"Det koordineres ganske mye via MinGat som er systemet som vi bruker. Der setter avdelingsleder opp hvem som sitter på hvilke stasjoner. De sitter og fordeler hver dag hvor de enkelte sykepleierne skal sitte med tanke på kompetansen de har, i tillegg til at de sitter på legevaktsentralen på Nidarvoll. Så det er det vi bruker i forhold til å koordinere og styre avdelingen" (Informant L2)

MinGat beskrives som bra til å holde oversikt over hvem som er på jobb når og hvilken kompetanse den enkelte ansatte har. På den måten legger systemet til rette god planlegging av

bemanningen, slik at alle funksjoner på Legevakta har ansatte med den kompetansen som kreves.

4.3.2 Daglig interaksjon mellom over- og underordnet⁴

I det daglige er det også lav terskel for sykepleierne og legene til å ta kontakt med sin overordnede. Avdelingslederens sitt kontor er praktisk talt plassert midt i sin avdeling også. For eksempel har avdelingsleder for den stasjonære legevakta og avdelingsoverlegen kontor inne på det som ble beskrevet som den "indre" legevakta (se punkt 4.2.3), mens avdelingslederen for legevaktsentralen har kontor vegg i vegg med rommet ved vaktentralen til Legevakta. En informant forteller om døra inn til kontoret står åpen er det bare å gå inn. Ellers er det bare å banke på døra om det er noe. En del av forklaringen på hvorfor det er en så tett og uformell relasjon mellom over- og underordnet er at de har samme man stort sett har samme utdanning på Legevakta. Enhetslederen ved Legevakta og avdelingslederne på den stasjonære legevakta og vaktentralen er for eksempel alle utdannet sykepleiere, slik at de ansatte føler som at: "*Her er alle på samme nivå*" (Informant L2) når vi spurte om relasjon mellom ansatte.

4.3.3 Styring av pasientstrøm

I styringen av pasientstrøm er det to sentrale verktøy Legevakta bruker. Det første er et triagesystem som sykepleierne bruker i vurdering av helsetilstand og hastegrad av pasienter. Det andre er et IT-system kalt TransMed 8 som registrerer pasienter og følger pasienten fra vedkommende tar kontakt med legevakta til man eventuelt har vært på legekonsultasjon. Systemet legene benytter seg av heter System X. Dette blir beskrevet som et journalsystem, som inneholder sensitive opplysninger om pasienter. System X brukes ikke til noen form for styring/rapportering i så måte, og vil ikke bli drøftet videre i oppgaven. Triagesystemet er i dag integrert i TransMed 8 slik at sykepleierne kun trenger å forholde seg til TransMed 8. For ordens skyld blir begge disse verktøyene presentert under.

Triagering

Triageringen er et styringsverktøy som brukes for å bestemme hastegraden til pasientene ut ifra vedkommende sin helsetilstand. Triagering av pasienter foregår både over telefon og ved fysisk oppmøte på den stasjonære legevakta. På telefon kan ikke sykepleierne se pasienten og triagerer

⁴ I dette avsnittet har vi valgt å ikke bruke informant-referanse eller sitat for å verne om informanternes ønske om anonymitet, da sitat herifra kan avsløre arbeidsstilling.

ut i fra tre farger: grønn, gul og rød, i henhold til Norsk Medisinsk Indeks (Den Norske Legeforening, 2009). Om en pasient blir klassifisert som grønn er det ingen hastesak og vedkommende kan i beste fall kontakte fastlegen sin neste dag. For pasienter som blir klassifisert som gul haster det såpass at de får legetilsyn. De fem kommunene i Trondheimsområdet har inngått en egen avtale om å ha et prestasjonsmål på maks 90 minutters ventetid på pasienter triagert som gul:

"Vi har da i vår interkommunale en egen avtale med kommunene som sier at de skal tas innen 90 minutter, de som er gule, fordi det haster såpass mye"
(Informant L1).

Om en person ringer inn og blir klassifisert som rød blir vedkommende satt over til AMK (akuttmedisinsk kommunikasjonssentral), (Informant L1 og L5). Den stasjonære legevakta er i ferd med å få et triagesystem på 5 farger:

"Blå; da trenger man ikke hjelp i det hele tatt og kan dra hjem. Det kan man som regel også med grønn, eller vente til fastlegen selv om mange hensiktsmessig får komme inn som grønn. Så har man gule, [...] Så har man oransje som egentlig ikke brukes så mye enda, fordi vi ikke har på plass et ordentlig triage-system som skal tas raskere. Så har man røde pasienter som ikke skal på legevakt, de skal på akuttmottak på sykehus." (Informant L1)

Grunnen til at man kan operere med 5 farger i sin vurdering på den stasjonære legevakta er følgelig at sykepleier fysisk ser pasienten og kan ta en vurdering der også:

"Om man kommer på den stasjonære legevakta per nå så er det tre, men vi vil få et system på fem fordi det er anbefalt der. Det er forskjell fordi sykepleierne ser pasienten, og kan ta prøver og gjøre målinger" (Informant L5).

Triagesystemet til den stasjonære legevakta er i dag en enkel for form for triagering i tre farger (grønn, gul og rød), som er utarbeidet av legene på Legevakta som ikke er et validert triagesystem. Den nye triageringen som er i ferd med å bli tatt i bruk er det anerkjente triagesystemet Manchester Triage System (Manchester Triage Group, 2014).

TransMed 8

TransMed 8 er et dataverktøy utviklet av Legevakta og Trygghetspatruljen i Trondheim kommune sammen med en leverandør av programvare, og innført på Legevakta i 2015. Per i dag er det kun disse to enhetene som benytter TransMed 8, selv om bruken mellom enhetene er noe forskjellig (Informant L1 og L5). For Legevakta brukes TransMed 8 hovedsakelig av sykepleiere. Det er beskrevet av våre informanter som et styrings- og beslutningsverktøy som registrerer og følger pasienten fra telefonkontakt med Legevakta til vedkommende eventuelt har vært på legekonsultasjon:

"TransMed 8 er et beslutningstakingsverktøy som også brukes på trygghetspatruljen som en sånn flåtestyring for bilene, men til Legevakta brukes det når man ringer inn på telefon og for å få vite hvem det er og hvor det ringes fra. Også er dette knyttet opp mot en medisinsk indeks [triagering] som er et fagsystem som hjelper til å sette hastegrad på pasienten. Så kan man sette opp et oppmøtetidspunkt [på den stasjonære legevakta] via telefon, hvorpå da pasienten dukker opp på legevakta til avtalt tid" (Informant L1).

"Det er et styringsverktøy som sykepleierne triagerer ut ifra. Der mottas all informasjon når Legevakta får henvendelse fra brukere som ringer 116 117, og når de fysisk kommer til Legevakta. Det gjør at de sykepleierne kan innhente ganske mange opplysninger om den pasienten som henvender seg, slik som personalia, adresse og tidligere henvendelser" (Informant L2).

TransMed 8 som beslutningstakingsverktøy vil hjelpe sykepleiere til å sette hastegrad på pasienten. Som informantene forteller, triagerer man i TransMed 8. Som styringsverktøy er TransMed 8 med på å samle inn data om alt fra tidspunkt for når en pasient tar kontakt per telefon eller fysisk oppmøte, og til vedkommende eventuelt er inne hos lege til de utskrevet fra Legevakta. Når sykepleierne har triagert pasienten vil TransMed 8 også være med å anslå tidspunkt for når den aktuelle pasienten kan forvente å komme inn på legevakta, basert på antall personer registrert i systemet:

"Det systemet [TransMed 8] regner ut hvor fort pasienten kan tiltenkt å få hjelp da til lege. Ut ifra mengden pasienter som er på Legevakta fra før. Så det er et genialt system." (Informant L2).

Tidspunktet er selvsagt et estimat av hvordan tilstanden og kapasiteten er i det øyeblikket, da andre pasienter med skader som krever høyere prioritet kan oppstå i etterkant av avtalt tid på telefon. Det som i hovedsak løftes fram av informantene er at TransMed 8 gir de ansatte bedre forutsetning for styring av pasientstrøm og kontroll. For eksempel gjelder dette ved møte med pasienter som klager på for lang ventetid:

"Jeg får vite hvor lenge de [pasientene] ventet, hva som ble sagt også videre. Så jeg kan for eksempel avkrefte eller bekrefte om en pasient påstår at han har sittet 6 timer og ventet på venterommet." (Informant L3)

TransMed 8 skaper dermed en tidslinje for hver pasient. På den måten kan man i ettertid hente ut tall og statistikk i form av styringsdata:

"I tillegg kan vi etter hvert ta ut lang statistikk ut ifra hvor lang tid dem [pasienter] venter, hvor har de ringt, hvor lenge tar det for dem å komme på Legevakta og trekke en kølapp, ny vurdering, hvor lenge sitter dem på venterommet, når kommer de inn til legen, når drar dem hjem, og hvor de blir henvist eventuelt." (Informant L2)

Nå har man hatt TransMed 8 i snart 3 år. Dette muliggjør å hente ut lang statistikk i form av styringsdata. Dette anser ansatte ved Legevakta som veldig viktig. Ikke bare gjelder dette i forhold til rapporteringen til eierkommunene, men også i styringen av driften i det daglige.

4.3.4 Styringsdata

TransMed 8 muliggjør å bruke data som registreres ved pasientens kontakt med Legevakta i ettertid. Tall på antall pasienter inne til legekonsultasjon har man hatt lenge, men man manglet tidligere et mer helhetlig bilde av antallet som kontaktet Legevakta på telefon. Informant L5 forteller at før man fikk TransMed 8 hadde man kun statistikk over hvor mange anrop som ble svart: *"vi hadde ikke noe styring på hvor mange som egentlig ringte, vi vet bare hvor mange vi svarte, ikke hvor mange vi mistet tidligere"*. Nå har man oversikt og data over hvor mange man også ikke besvarer, og sykepleierne ved vaktentralen kan se antall innkommende samtaler som venter. På den måten kan man hente ut bedre tall og detaljert statistikk som kan gi bedre kontroll og legge til rette for noe bedre forutsigbarhet. Når pasienten registreres i TransMed 8 vil man i ettertid for eksempel kunne se når pasienten ringte til legevaktentralen, hvor lang tid vedkommende måtte vente på svar og når vedkommende eventuelt fikk oppmøtetid på Legevakta:

"Det er bra styringsdata, ja, for bare tre år tilbake så hadde vi ingenting, til i dag kan vi få alt (...) Vi hadde ikke noe verktøy som kunne gitt oss ordentlige og troverdige data. Det var bare hva vi synes, trodde og mente fordi vi manglet statistikk. Vi hadde statistikk over antall konsultasjoner på legevakta, for det hadde vi i pasientjournalssystemet, men ikke noe annet" (Informant L5).

Når man henter ut styringsdata fra legevaktsentralen er Akuttmedisinforordningen sitt prestasjonsmål om at 80% av telefoner skal svares innen 2 minutter sentralt. Våre informanter og dokumenter konstaterer at Legevakta ikke oppfyller dette kravet i dag. Informant L1 ser likevel positivt på at Legevakta vil kunne bedre denne statistikken gjennom bruken av TransMed 8. Dette fordi statistikken man kan hente ut av TransMed 8 vil være til hjelp ved å allokere ressurser på Legevakta:

"Akuttforordningen sier vi skal svare gjennomsnitt 80% av alle telefonsamtaler i løpet av 2 minutter. Og vi er på rundt 63%. Det er ganske likt som de andre store byene i Norge, men ikke bra nok i forhold til forordningen. Når vi da kan få mer sammenheng mellom det som skjer på telefon og det som skjer på legekonsultasjonen på legevakta, så kan det være et helt nødvendig verktøy for oss for å kunne gjøre noe med ressursene." (Informant L1)

Utfordringen med å ikke oppfylle dette kravet til Akuttmedisinforordningen gjelder ikke hele tiden. Tidsrommet for når man ikke oppfyller kravet gjelder spesielt helg og høytid:

"Enkelte dager er vi innenfor svarfristen på 80% innen 2 min, men i helg og høytid er dette ikke mulig med dagens bemanning. Som jeg har sagt flere ganger er det en belastning på de ansatte at vi bemanner opp når andre bemanner ned. Kompetansen og bemanningen i resten av helsetjenesten er da ofte også redusert på helg/høytid, noe som gjør at vi får mange flere henvendelser fra denne gruppen." (Informant L5).

Tall vi har fra årsrapporten for 2017 til Legevakta viser at 62% ble besvart innen 2 minutter. 80% ble besvart innen 4:26 minutter. Antall henvendelser på telefon beskrives av våre informanter som økende. For den stasjonære legevakta viser styringsdata oppgitt i årsrapporten en stor nedgang i antall legekonsultasjoner. I 2017 var det i alt 35225 legekonsultasjoner, noe som er en nedgang på 23% fra 2016 og 33% fra 2015. Dette er noe Informant L1 synes er oppsiktsvekkende:

"siden 2015, de to siste årene, så har vi hatt en nedgang i antall legekonsultasjoner på legevakta med 33%. Det er ganske oppsiktsvekkende, eller i helsevesenet er det alltid større pågang, mens på legevakta er det en nedgang i antall som kommer ned på legevakta".

Når TransMed 8 gir mer detaljert styringsdata kan man begynne å undersøke når nedgang i antall legekonsultasjoner skjer, og hvordan dette kan spille inn i allokeringen av ressurser:

"Men vi har ikke hatt noe tall på når er denne nedgangen størst. Er den størst på dag, kveld, helg, natt og alt det her. Det vil vi også begynne å få tall på nå, og si oss noe i forhold til at hvordan vi kan flytte interne ressurser. Er det for eksempel sånn vi faktisk kan, om nedgangen er så stor på kveldstid, at vi kan flytte en sykepleier fra stasjonær legevakta over på telefon?" (Informant L1)

Flere informanter og interne dokumenter viser til at økt pågang på telefon og nedgang i legekonsultasjoner må sees i sammenheng. Dette kan også være med å forklare hvorfor målet om å svare ut 80% innen 2 minutter heller ikke er nådd. Når det er snakk om svartiden på telefon opplyser informanter at Legevakta er en av legevaktene som har lengst samtaletid per telefonen i hele landet. Legevakta tror nedgangen i antall legekonsultasjoner er direkte knyttet til at Legevakta bruker god tid til å kunne gi god veiledning til dem som ringer. Dermed tyder dette på at flere får den hjelpa de trenger på telefon og slipper å møte opp fysisk på legevakta.

Økt bemanning har også bidratt til denne positive utviklingen da det tidligere var mindre bemanning (Informant L5). I etterkant av tilsynet hadde Legevakta en kampanje for å få brukere til å ringe først før fysisk oppmøte. Dette ble brukt som et styringsverktøy for å få bedre styring og oversikt over hvem faktisk ventet på den stasjonære legevakta. Dette kan også forklare nedgangen i antall legekonsultasjoner. Det er viktig for Legevakta sin del at innbyggerne ikke betrakter Legevakta som et vanlig legekantor. De ulike kommunene har også prøvd ulike tiltak for å unngå den store mengden av innbyggere som ikke har behov for å møte opp på Legevakta. På den måten er flere av de som får legekonsultasjon personer som faktisk har behov for det, samtidig som antall innkommende telefoner har økt. Dermed har nedgangen på antall personer som triagert som grønne gått ned for den stasjonære legevakta, noe som gjør at den stasjonære legevakta bruker tid og ressurser på de som virkelig trenger akutt hjelp.

4.3 Rapportering

I dette delkapittelet i empirien skal vi belyse de ulike rapporteringsrutiner Legevakta innehar. Vi deler inn rapporteringen inn i to deler, henholdsvis intraorganisatorisk rapportering og interorganisatorisk rapportering. Intraorganisatorisk rapportering tar for seg all rapportering internt i Legevakta som egen enhet, mens interorganisatorisk rapportering er all rapportering og informasjon mellom Legevakta og verts- og samarbeidskommuner.

4.3.1 Intraorganisatorisk rapportering

Faste driftsmøter og Google docs

Den interne rapporteringen i Legevakta består hovedsakelig av et ukentlig ledermøte og driftsmøte. Ledermøtene består følgelig av ledergruppa, mens driftsmøtene består av ledergruppa og merkantilstaben.

Selv om møtene blir beskrevet som uformelle og uten nødvendigvis noen fast agenda uttrykker Informant L2 at de prøver å ha en viss struktur for ikke å snakke seg bort. Dersom det er spesielle hendelser som skal tas opp på driftsmøtene er det viktig å få til en form for struktur på møtet. Informanter vi har snakket med som er i ledergruppa gir uttrykk for at mye som tas opp er blant annet sykefravær. Dette fordi det griper inn i flere ting, spesielt selve driften av Legevakta i seg selv, trivsel på jobb og økonomi.

Flere av informantene melder om at de bruker verktøyet Google docs⁵ hyppig i ledermøtene og ellers. L1 om Google docs: *"Der melder vi inn og bruker google i felles dokumenter så vi har en felles agenda for driftsmøter og en felles agenda for ledermøter"*. Lederne skriver opp driftsmessige og orienteringssaker som de har lyst å ta opp inn på Google docs før driftsmøtene. Google docs har blitt tatt i bruk siden høsten 2017, og *"før det så sendte vi papirer mellom oss og styra"* sier L4.

Google docs fungerer ifølge informantene ganske bra når en skal dele informasjon og aktuelle temaer med andre ledere. På den måten slipper man rapportering i form av å sende dokumentasjon mellom hverandre. Det er slik at de som har tilgang og trenger den aktuelle informasjonen kan hente den ut selv. Informant L4 opplyser også at visse dokumenter også er

⁵ Google docs er et webasert tekstbehandlingsprogram fra Google, hvor man kan laste opp og jobbe med og lagre dokumenter i en på internett. Her kan man man bestemme hvem som skal få tilgang til å redigere eller lesetilgang til dokumenter.

delt til økonomitjenesten i Trondheim og visse versa. En stor fordel er at man samtidig har tilgang til siste oppdaterte informasjon hele tiden:

"Google-arkene er fryktelig grei, og vi deler tilgangen og adgang til dem vi trenger å dele med. Da kan jeg bestemme at enkelte ikke får skrivetilgang, kun tilgang å lese osv. Da slipper jeg for eksempel at andre klusser til arket mitt. Før så sendte jeg et ark med siste oppdateringen, så sitter de med gammel info, men nå har de det siste oppdaterte. Den bruker jeg veldig mye da". (Informant L4)

Utenom de ukentlige driftsmøtene er rapporteringen internt i Legevakta ganske uformelt slik den er i dag. I samtale med flere informanter blir vi fortalt at det er en lav terskel til å kontakte enhetslederen eller sin avdelingsleder, til og med over helga om det er nødvendig ifølge en av våre informanter. For ansatte som er på vakt når overordnede ikke er på jobb er det hovedsakelig bruk av e-post som foregår, foruten telefon om det er noe som haster mer. Informant L2 sier at *"man sender e-post som om det skulle ha vært en vanlig tekstmelding system, så korrespondansen går mye på e-post"*. Utenom faste rapporteringspunkt er også e-post til sin over/underordnede utstrakt i bruk om man ikke er på jobb samtidig som den man ønsker å nå.

Rapportering til ansatte

Rapporteringen nedover i organisasjonen til de ansatte uten lederansvar består hovedsakelig av en e-post per uke, som er hver fredag. Denne e-posten er et referat om de viktigste punktene som er tatt opp fra driftsmøtet, eller fra ledermøter ved behov på torsdagene. De ansatte er ifølge en av våre informanter fornøyd med denne ordningen. Legevakta har folk på jobb kontinuerlig og for å gjøre det så oversiktlig som mulig har man valgt en enkelt e-post per uke, om ikke annet kritisk kommer opp. På eksempel på hva som kan være saker som kommer ut kan det være at sykepleierne må bli flinkere på å bruke kjernejournal⁶:

"Eksempelvis at vi får beskjed om at vi er dårlig til å bruke noe som heter kjernejournal så er det noe vi må ta tak i. Og da er det gjerne en form for uformell kampanje på jobb, at nå må vi bli flinkere på å bruke kjernejournal"
(Informant L2).

⁶ "Kjernejournal samler helseopplysninger som er spesielt viktige hvis pasienten får behov for akutt hjelp og får behandling et sted vedkommende ikke har vært før" (NOU:17, 2015)

I tillegg til den ukentlige e-posten, ønsker den stasjonære legevakten at det finnes en enklere måte å informere de ansatte på. Det er en infoskjerm oppe på legevaktsentralen som inneholder informasjon om viktige hendelser den dagen. Dette er et savn nede på den stasjonære legevakten. Dette for å kunne informere mer til de ansatte utenom de ukentlige e-postene. Det holdes også personalmøter og fagmøter med de ansatte for å utveksle informasjon.

Økonomistyringsrelaterte rapporter

Legevakta tar i bruk økonomisystemet "LIFT" i skrivende stund. Det er et nytt økonomisystem som de skal ta i bruk fra våren 2018 av og inneholder alt inn og ut-fakturering til pasienter, budsjett og alt annet relatert til det økonomiske. Økonomisystemet inneholder også rapporter som skal sendes til økonomitjenesten i Trondheim kommune.

Økonomisystemet deles internt i Legevakta mellom de ulike lederne, men hele kommunen har også tilgang til legevaktas økonomisystem. Økonomitjenesten har full tilgang for å følge med på hva Legevakta bruker penger på og for å holde styr på budsjettet.

"Dersom økonomisjefen i kommunen etterspør et eller annet så kan jeg få beskjed fra vår kontaktperson. At "nå skal jeg ha rapport sånn og sånn. Hvor mye penger bruker dere sånn og sånn?" (Informant L4).

Økonomirapporteringen fører til at Legevakta får bedre styringsdata. Dette er noe Legevakta har savnet og jobbet med for å få på plass i forhold til virksomheten.

"Nå har vi veldig gode styringsdata i forhold til det som handler om telefon, telefontrafikk, hvor mye forespørsel vi besvarer og ikke besvarer og hvor lang tid det tar og alt det der. Det er veldig nyttig informasjon og fungerer veldig greit, da vet vi hvor lenge hver samtale varer i snitt og alt mulig. Mye sånn ordentlig fin styringsdata knyttet opp mot legevaktsentralen. Utover det så har vi sykefravær som vi har tall på, og økonomirapporter som gir oss styringsdata." (Informant L1)

Ved hjelp av styringsdata har Legevakta tall på hvordan de ligger i forhold til mål fastsatt av ledelsen, kommunen eller akuttmedisinforordningen. Statistikk rundt hvor lenge samtalene varer, hvor lenge samtalene varer kan analyseres og føre til en bedre drift i hverdagen til Legevakta. Økonomirapportering viser også hvor de bruker penger, som fører til at har kontroll på

pengebruken. Videre hjelper økonomirapporteringen med å vise hva Legevakta behøver penger til.

4.3.2 Interorganisatorisk rapportering

Ekstern rapportering går på det interkommunale samarbeidet. Her foregår rapporteringen hovedsakelig gjennom årsrapporter, brukerutvalg og det faglige utvalg. Her vil vi skille mellom rapportering mellom Legevakta og Trondheim kommune, og den interkommunale rapporteringa.

Rapportering mellom Trondheim kommune og Legevakta

Selv om alt av data og statistikk og styring av pasientstrøm også deles med alle samarbeidskommunene, finnes det en egen intern rapportering mellom vertskommunen Trondheim og Legevakta. Enhetslederen og kommunalsjef for Trondheim kommune deltar i et møte hvor de begge er deltakere, en gang i måneden. Utover det så holdes det refleksjonssamtaler en gang i året. Her blir det tatt opp saker som omhandler resultatet av fjorårets enhetsavtale.

Tidligere nevnt i empirien har det vært et stort fokus på økonomistyringen fra Legevakta sin side. Dersom det oppstår problemer rundt økonomistyringen kan Trondheim kommune komme inn og støtte enhetslederen i form av et styringskraftteam som en fagressurs som kan bestå av ulike typer fagfolk.

Når det gjelder rapportering fra Trondheim kommune til Legevakta er det gjennom det som kalles Styringskraftportalen. Styringskraftportalen er en intern nettside for Trondheim kommune og dens enheter som ikke deles med de andre samarbeidskommunene. Der rapporteres data som oppdateres fortløpende, det være seg sykefravær, økonomistyring, medarbeiderundersøkelser, brukerundersøkelser og enhetsavtaler. Bruken av denne siden er for å følge med på om det oppstår noe som utvikler seg i feil retning. På den måten har kommunen ferske tall og kan gripe tidlig inn ved behov (Informant K2).

Interkommunal rapportering og innflytelse

Når det kommer til interkommunal rapporteringen endrer man perspektiv på hvordan man ser på Legevakten. Informant K1 som representerer en av samarbeidskommune uttrykker at de vektlegger ulike ting når de får rapporter om tingenes tilstand hos Legevakta:

"Det er jo forskjellig perspektiv, spesielt på brukerperspektivet med tjenesten og økonomi at det har vært fokus på legevakten. Når det blir en interkommunal tjeneste så har ikke vi snakket så mye om f.eks medarbeiderperspektivet, altså sykefravær og slike ting i rapporteringen. Det får jo rådmennene meldt til oss i det faste samarbeidsforumene. Til politisk nivå så har vi i stor grad fokus på tjenesten og på økonomi."

På oppfølgingsspørsmål om hva vår informant legger vekt på i sin rapportering av økonomi og tjenesten kan dette variere litt etter hva som er aktuelt. Informanten gir også klart uttrykk for at de framover ønsker mer detaljert data og statistikk fra TransMed 8 med en kommentar.

"Jeg er opptatt av styringsdata, at vi kan få noen flere tall og statistikk og en kort analyse, for det er jo nyttig for oss og det gir grunnlag for å tenke på en kontinuerlig forbedring. Det er bestandig noe vi kan bli bedre på" (Informant K1).

Ved interkommunale møter rettes fokuset mot tjenesten som leveres til de andre kommunene. Data som blir lagt fram er data i form av statistikk fra driften. Det kan for eksempel være data på hvor mange som ringer, hvilken kommune det ringes fra og ventetider på telefon og eventuelt ventetid fra oppmøte til legekonsultasjon.

"Ja, det er jo rapportering, nå fikk vi jo årsrapport. Det er jo en gang for året. Og det var jo nå sist i styringsgruppa for i fjor da. Da går dem igjennom statistikk og antall saker og jeg har nettopp etterspurt det for å ta det med i vår årsmelding når det skal politisk behandles for da tar jeg ut utdrag og rapportere det videre i kommunestyret her". (Informant K1)

Informanten forteller for eksempel at det har vært viktig med ventetid på telefon, mens andre perioder har det vært antallet som blir triagert som grønne som har vært i fokus. For å hjelpe til og ta sin del av ansvaret har kommunen med kommuneoverlegen også satt i gang ulike kampanjer for å kommunisere med sine innbyggere på:

"Hva kan vi gjøre i kommunen her som fastlegen kan ta unna slik at man ikke får den opphopningen av dem som ikke bør oppsøke legevakten? Det har vært et tema i mange år, nå vet vi her at blant annet her så tok kommuneoverlegen og laget en film med intervju av kommuneoverlegen og la ut på Facebook før

jul, for å minne om at nå er det snart høytid. Nå vil vi oppfordre dere å ta kontakt med fastlegen før julen" (Informant K1)

Informant K2 sier at det viktigste tiltaket som ble satt i gang var at kommunen kommuniserte til innbyggerne sine at de skulle ringe først. Foruten de faste rapporteringene fra Legevakta og Trondheim kommune utøver samarbeidskommune også innflytelse inn til driften av Legevakta. For eksempel i ettertid av tilsynet, hvor kommuneoverlegen var inne og påvirket fra sitt medisinsk-faglige ståsted:

"Vi har nok innflytelse medisinsk vil jeg si. Både fra oss som ledere og medisinsk gjennom kommuneoverlegen. [...] Vi mente at det var en god del medisinsk vurdering som var for dårlig ivaretatt i den planen som de først hadde sendt inn etter tilsynet så da utøvde vi ganske tydelige tilbakemeldinger på ut ifra medisinsk faglig ståsted." (Informant K1)

Foruten rapporteringen som kommer i møtene gjennom de ulike samarbeidsforumene i punkt 4.2.4, utøver de fire samarbeidskommunene innflytelse gjennom nære bånd til Trondheim kommune. Forholdet mellom kommunene blir beskrevet som at de har tillit til hverandre, og at det eksisterer en lav terskel for å kontakte hverandre på tvers av kommunene, også utenom de faste møtepunktene og rapporteringen.

4.4 OPPSUMMERING AV EMPIRISKE FUNN

I dette delkapitlet oppsummeres empirien i våre viktigste funn. Disse vil bli tatt med i analysekapitlet og drøftet med utgangspunkt i vårt teoretiske rammeverk.

I vår studie av dagens styringssystem ved Legevakta finnes det flere styringsmekanismer, jf. rammeverket til Hopwood (1974). Av administrative styringsmekanismer er det både formelle styringsverktøy, i form av styringsverktøy som brukes for å styre pasientstrømmen og triagering og mer uformelle administrative styring. Dette er med å underbygge det Hopwood (1974) om at styringsmekanismer i en organisasjon ikke kan sees isolert, men må sees som et samspill mellom de administrativ styring, sosial styring og selvkontroll.

Den administrativ styring er med å underbygge den sosiale styringen ved Legevakta. De administrative styringsmekanismene legger til rette for og støtter sosial styring gjennom jobbrotasjon og informasjonsdeling. Dette skaper en *"vi-følelse"* i organisasjonen.

Endringer i Legevakta er forårsaket av to årsaker. Tilsynsrapporten som ga Legevakta negative tilbakemeldinger fungerte som et sjokk og ga et behov for endring. Samtidig ble nye krav fra eiere innført da det kom et ønske om å få bedre styringsdata

Vår studie viser at de ansatte ved Legevakta godtar den administrative styringen. I helsesektoren har man indikasjoner på at innføring av økonomisk logikk som man finner i New Public Management skaper en spenning og konflikt med profesjonslogikken. Dette er ikke tilfellet ved Legevakta.

5. Analyse

I dette kapitlet vil vi diskutere hovedfunnene fra empirikapitlet med utgangspunkt i vårt teoretiske rammeverk. Formålet med oppgaven vår har vært å beskrive dagens styringssystem ved Legevakta i Trondheimsområdet. Herunder ønsker vi å vise hvilke styringsmekanismer som finnes, hvordan de brukes og beskrive hvordan styringssystemet har utviklet seg igjennom prosessen som Legevakta har vært i de siste årene.

Vårt analysekapittel har fire hoveddeler. Første del (5.1) beskriver dagens styringsmekanismer og hvordan disse brukes. Her viser vi også hvordan det er en dreining mot mer administrativ styring. Den andre delen (5.2) tar for seg hvordan den administrative styringen understøtter sosial styring og selvkontroll. Her legger vi fokus på samspillet mellom de ulike mekanismene. Sammen danner vi gjennom disse delene et helhetsbilde av organisatorisk styring, og styringssystemet som helhet ved Legevakta i Trondheimsområdet. I tredje del (5.3) tar vi for oss hvordan styringssystemet har utviklet seg basert på sjokk og nye krav fra eiere påvirker styring. Den siste delen (5.4) tar for seg hvordan ansatte ved Legevakta frivillig godtar mer administrativ styring, og hvordan fokus internt på administrativ styring ikke ser ut til å ha fratatt enheten profesjonell autonomi.

5.1 En dreining mot administrativ styring

I denne oppgaven har vi identifisert flere mekanismer som kan beskrives med utgangspunkt i Hopwood (1974). Som et av våre viktigste funn ser vi en meget klar dreining av hvordan Legevakta styres, i retning økt formell administrativ styring, fra en mer uformell form for styring. Hopwood (1974) beskriver hvordan administrativ styring ikke alene kan utgjøre en organisasjons helhetlige styringssystem. I likhet med dette finner vi et mangfold av styringsmekanismer i Legevakta. Dette vil vi også trekke inn i diskusjonen avslutningsvis.

Vi har i tabellen nedenfor oppsummert de mest sentrale mekanismene vi har identifisert. Styringsmekanismene har blitt kategorisert som administrativ styring, sosial styring og selvkontroll.

	Styringsmekanismer
Administrativ styring	Møtevirksomhet og informasjonskanaler Ansatte-program for sykepleiere TransMed 8 Triagering Akuttmedisinforskriften
Sosial styring og selvkontroll	Pasienten i sentrum Jobbrotasjon skaper følelse av helhet Ansatte får tilbakemeldinger Liten avstand mellom avdelingsleder og ansatte

Tabell 2: Ulike styringsmekanismer

Vi starter med å trekke fram de administrative styringsmekanismene vi har identifisert. Vi vil videre skrive mer utfyllende om styringsverktøyene som er implementert de siste årene som helt klart trekker Legevakta i retning administrativ styring, enn hva man hadde tidligere. I punkt 5.1.2 har vi analysert sosiale styring og selvkontroll.

5.1.1 Administrativ Styring

Vi har flere indikatorer på administrativ styring hos Legevakta. Blant annet havner det Hopwood (1974) omtaler som *møtevirksomhet*, og *formelle informasjonskanaler* inn i administrativ styring. Legevakta har leder- og driftsmøter hver torsdag. Her møtes enhetsleder og avdelingsledere i ledermøte, og et driftsmøte hvor også den merkantile staben er med. Den formelle informasjonsflyten fra møtene til de ansatte foregår via e-post og google docs. Det viktigste fra disse møtene som har betydning for de ansatte ved Legevakta blir formidlet dagen etter i en e-post til alle ansatte. Dermed har Legevakta en formell kanal for å formidle informasjon til alle i organisasjonen, selv om ansatte er spredt på avdelinger og ulike vakter i henhold til turnus. I google docs kan ansatte som har behov, lese eller hente ut sanntidsinformasjon fra tall og statistikk relatert til drift. Dette er i stedet for å be om rapportering hvor informasjonen kanskje er utdatert. Selvstendigheten de ansatte får gjennom bruken av Google docs tilfører en form for autonomi blant de ansatte. At man henter ut den informasjonen man trenger selv, gjør at man slipper enda en form for formell rapportering innad

i organisasjonen. På den måten vil det ikke den formelle styringen av informasjon oppleves like påtrengende for de ansatte (Hopwood, 1974).

En annen form for administrativ styring er programmet sykepleiere må igjennom på legevakta. Når man er ny i jobben starter man på det som ble betegnet som "gølv", før man igjennom erfaring og opplæring jobber seg opp til å også kunne betjene telefon på vaktentralen (etter rundt to år.) Dette går under det Hopwood (1974) betegner som formelle planer, regler og prosedyrer som er med å styre de ansatte. Som vi kommer tilbake til i 5.2 om sosial styring, kan det at sykepleiere får en jobbrotasjon på denne måten også knytte de ansatte sterkere sammen.

Vi vil i det følgende nå beskrive de tre administrative styringsmekanismene som vi trekker Legevakta mot mer administrativ styring:

TransMed 8

Innføringen av TransMed 8 er et verktøy som helt klart er en form for formell administrativ styring (Hopwood, 1974) som Legevakta har. For sykepleierne som bruker verktøyet i det daglige framstår TransMed 8 som et styringssystem. Koblet mot triageringen blir det også et beslutningstakingsverktøy, som en informant beskrev det som. Dette gjennom at all kontakt man har med pasienter blir registrert i systemet. På den måten har Legevakta en form for administrativ styring som hjelper sykepleierne med den daglige styringen av pasientstrømmen i sanntid. Som informanter påpeker, vil man når hele Legevakta er samlet under samme tak kunne utnytte sanntidsinformasjon om antall pasienter hos Legevakten i TransMed 8 til ressursallokering, slik administrativ styring også kan være designet til (Hopwood, 1974). Dette ved å for eksempel flytte ressurser fra stasjonær legevakt til vaktentral ved behov og ledig kapasitet. På den måten kan styringen fra TransMed 8 avdekke og tette akutte flaskehalsen som kan oppstå i drift.

I TransMed 8 kan man også i ettertid hente ut statistikk i form av styringsdata. Når man har mulighet til å hente ut data og statistikk, gjør dette at TransMed 8 også kan sees som et verktøy for prestasjonsmåling. Det å ha et system som også kan måle prestasjon er noe Legevakta behøver, både med tanke på avtalen med eierkommunene om maks 90 minutter ventetid for pasienter triagert gule, krav om mer detaljert rapportering av drift til eierkommunene, og kravet i Akuttmedisinforordningen (2015) om å svare 80% innen 2 minutter.

Triagering

Triagering er en formell administrativ styring av pasientstrøm på Legevakta. Dette verktøyet er med å angi hastegraden for pasienter og kan sammenlignes med det Hopwood (1974) sier om at administrativ styring kan være designet for å blant annet strukturere beslutningstaking ut i fra å handle i henhold til en manual eller standard. Dette gjør triagering ved å være koblet opp mot Norsk Medisinsk Indeks (Den Norske Legeforening, 2009). Å triagere pasienter ut fra tre farger har vært i bruk av vaktsentralen i flere år, men for den stasjonære Legevakta starter snart innfasingen av Manchester Triage System (Manchester Triage Group, 2014), som har fem farger i triageringen. Dermed vil den stasjonære legevakta snart få endret innholdet i en av sine administrative styringsmekanismer.

Akuttmedisinforskriften

Legevakta måtte som kjent implementere den nye Akuttmedisinforskriften (2015). Kravene i forskriften er ikke noe Legevakta frivillig har innført, men kommer som et krav hjemlet i lov. Selv om akuttmedisinforskriften ikke er en styringsmekanisme i seg selv, er det en form for administrativ styring (Hopwood, 1974) gjennom et lovverk og visse krav til organisering av enheten. Det klareste kravet i forskriften, som ifølge våre informanter har størst innvirkning for Legevakta som enhet i dag, er kravet om å svare 80% innen 2 minutter på telefon som er et tydelig mål Legevakta skal nå. I tillegg har forskriften også andre føringer, slik som krav til kompetansen legevaktsleger skal inneha, men dette ble ikke tatt opp som en utfordring av våre informanter.

5.1.2 Sosial styring og selvkontroll

Sosial styring oppstår når ansatte i en gruppe eller organisasjon har felles normer eller føler en gjensidig forpliktelse ovenfor en gruppe eller andre individer (Hopwood, 1974). Selvkontroll kan beskrives som de iboende verdiene man har som menneske (ibid). Våre informanter var tydelig på at pasienter og pasientsikkerhet var det viktigste for Legevakta. Derfor kan dette anses som en norm som er med på å sosialt styre organisasjonen (Hopwood, 1974). Empirikapitlet har vist at det er en felles kultur og felles forståelse blant de ansatte ved Legevakta, der pasienten står i sentrum, uansett om prestasjonsmålinger er tilstede. Dette tyder på at profesjonelle verdier og normer, særlig knyttet til pasienten og pasientsikkerhet, har et sentralt fokus.

Alle sykepleierne ved Legevakta har ulike turnuser i form av jobbrotasjon, etter hvert som de har den kompetansen og opplæringen som man trenger for å kunne jobbe i de fire ulike nivåene på Legevakta. Selv om vi tidligere har definert jobbrotasjon som en form for administrativ styring, kan den også sees som en sosial styring. Når sykepleierne får arbeidet på ulike steder, både vaktentral og mellom de ulike postene inne på den stasjonære Legevakta, får sykepleierne et helhetlig perspektiv av enheten. For eksempel sikrer dette at ansatte med lang erfaring, som har opplæring og kompetanse på vaktentral, også får jobbet med leger og andre sykepleierkollegaer som ikke har like mye erfaring. Det å ha en helhetlig forståelse til enheten og mellom avdelingene til Legevakta er veldig viktig spesielt så lenge enheten er fysisk lokalisert på ulike steder.

Et eksempel på det at ansatte fokuserer på helhetsbildet ved Legevakta, ser vi med hvordan de forholder seg til kravet i Akuttmedisinforskriften (2015), hvor man har et prestasjonsmål om å svare 80% av samtaler innen 2 minutter. Det er tydelig at det betyr mer for de ansatte at de som ringer faktisk får den hjelpen de skal ha. Dette fordi det trolig er med på å få ned ventetiden på den stasjonære legevakta til de pasientene som faktisk har behov for legekonsultasjon. Dette fokuset så ut til å ligge iboende i informantene også, Det kan tyde på at sosiale normer og verdier som finnes i organisasjonen trolig har kommet fra profesjon og iboende verdier om at å ta vare på pasienter på en ordentlig måte er viktig.

Mellom de ansatte og avdelingslederne er det liten formell avstand. Som empirien viste var det lav terskel for ansatte og ta kontakt med sin overordnede. Selv om det formelt var en struktur som tilsa at de var hierarkisk over- og underordnet ble den hvasket ut av at Legevakta stort sett har ansatte med utdanning innen medisin eller sykepleie. Dette er en sosial form for styring som har vokst fram, og ikke noe som man kan styre formelt, med mindre man fysisk flytter kontoret bort fra der driften av Legevakta foregår. Det at ansatte har lik utdanning innen helse er med på å ufarliggjøre avstanden og skaper en gjensidig forpliktelse, ikke bare sosialt, men også i rollen som profesjonell.

En annen sosial form for styring er den tilbakemeldingen de ansatte får. Selve tilbakemeldingen kommer i en administrativ form per e-post, men den kan også beskrives som en sosial mekanisme. Selv om de ansatte ikke får kommunisert med sine overordnede ansikt til ansikt, skaper man også her allikevel en sosial relasjon som er med på å knytte de ansatte i Legevakta tettere sammen. Dette gjelder også mellom nivåene, ikke bare på tvers mellom de som jobber som sykepleiere eller leger.

Om det oppstår avvik fra de normene som er etablert vil man ifølge Hopwood (1974) kunne bli utstøtt og oppleve sosiale sanksjoner. Vår empiri viste at det ikke var tegn på avvik innad i Legevakta. Riktig nok var det tydelig at enkelte av informantene, ut fra sitt profesjonelle ståsted, ikke var fornøyd med hvordan noen politikere og enkelte høyere opp i kommunen ikke har forståelse for hva som skal til for å drifte en legevakt. Dette kan trolig skyldes ulikt syn på organisasjonsstyringen. Som det framgår av empirien uttrykker Informant K1 at: *"Jeg er jo veldig opptatt av pengebruken, økonomistyringen"*. Dette er noe som kan indikere at om man løfter analysen fra enhet til et kommunalt nivå, er det større fokus på administrativ styring i form av planer og budsjett (Hopwood (1974), enn det er på enhetsnivå. Dette er noe som helt klart oppfattes som et avvik til den sosiale og profesjonelle styringen de ansatte ved Legevakta er opptatt av.

5.2 Administrativ styring understøtter sosial styring.

Et sentralt poeng hos Hopwood (1974) er at de ulike styringsmekanismene ikke må sees som isolerte og statiske, men som ulike former for styring som til sammen utgjør styring i en organisasjon. I vår studie finner vi en sammenheng mellom administrativ- og sosial styring, og selvkontroll. Enkelte styringsmekanismer tilfaller ikke bare en form for styring, og vår empiri tyder på.

Tidligere i analysen presenterte vi at jobbrotasjon blant sykepleierne både kan sees som en administrativ og sosial styring. Tilholdsstedet til de ulike avdelingene ved Legevakta er i dag spredt, men allikevel er det en "vi-følelse" når de ansatte uttaler seg om arbeidsplassen i form av at de ansatte ikke skiller på hvor man arbeider på Legevakta. Sykepleierne som har kompetansen og nødvendig opplæring på vaktentralen, arbeider på to ulike lokasjoner for Legevakta. Ellers ruller sykepleierne som ikke har fått opplæring på vaktentral, på de ulike nivåene man har på den stasjonære legevakta. Dette fører til at de ansatte etter hvert får jobbet på hele Legevakta, fra pasienter tar kontakt (på telefon eller fysisk oppmøte) til de er ferdig konsultert hos lege. I tillegg sikrer det også at sykepleierne jevnlig får jobbet med leger, samt at nyansatte sykepleiere også får arbeidet med sykepleiere med lang fartstid på Legevakta. Dermed oppstår en felles kultur og felles normer også mellom avdelingene, og ikke en *"vi på stasjonær legevakt, og de på legevaktsentral"*. På den måten har man en form for administrativ styring som legger føringer for de ansatte, samtidig som den er med på å forsterke en "vi-følelse" blant de ansatte. Dermed har man en form for administrativ styring som skaper en

gjensidig forpliktelse mellom de ansatte i organisasjonen - som er en form for sosial styring (Hopwood, 1974).

Som empirien viser får de ansatte en ukentlig e-post med de viktigste punktene som ble tatt opp fra møtene mellom ledergruppa og merkantil-staben. Som en administrativ form for styring vil den ukentlige e-posten også understøtte den sosiale styringen. Når hele organisasjonen får en form for referat om informasjon om det ledelsen i enheten tar opp, kan det være med å bygge oppunder "*vi-følelse*" også vertikalt i hierarkiet. Det er med å bygge oppunder relasjonen de ansatte i mellom, og det skaper en sosial interaksjon mellom de ansatte og enhetslederen, som leger og sykepleiere kanskje ikke ser hver dag fordi enhetslederen har kontor plass i et annet bygg. Om man inkluderer styringsdata i e-posten slik at de ansatte får se hvordan de for eksempel ligger an til å nå et prestasjonsmål, kan det skape en dedikasjon og motivasjon til å jobbe mot å nå målet, gitt at det ikke går utover pasientsikkerheten som de ansatte er opptatt av. Bruk av google docs som en kilde til å skaffe sist oppdaterte informasjon, er også med på å påvirke den sosiale styringen. Gjennom at de ansatte blir mer selvstendige i arbeidshverdagen og ikke trenger noen formell rapportering mellom seg, skaper dette autonomi.

Samtidig som vi ser at administrativ styring understøtter sosial styring har vi også et eksempel på en form for sosial styring og selvkontroll som strider imot administrativ styring. Dette gjelder bruk av styringsdata til å sammenligne seg med andre legevakter i Norge. Det er enkelt å gjøre det i prestasjonsmålene til forskriften for telefon, som for eksempel svartid, eller andre indikatorer man kan måle kvantitativt. Selv om en informant fra Legevakta anser det som aktuelt å sammenligne for å lære oppleves det ikke som veldig relevant enda av informantene fra eierkommunene. Her har vi altså en mulig form for formell administrativ styring som kan tas i bruk, men som av enkelte ikke ønskes fordi man ikke helt ser relevansen i det. Dette fordi man er opptatt av kvaliteten på det man leverer til pasientene, ikke hvordan man kvantitativt presterer sammenlignet med andre legevakter i landet. Selv om de ansatte ved Legevakta viser en positiv holdning til økt administrativ styring (se delkapittel 5.4) finnes det også studier hvor man finner løse koblinger mellom profesjon og adopsjon av administrativ styring, se for eksempel Jones og Dewing (1997).

Når styringsmekanismene fungerer sammen og utfyller hverandre oppnår man god grad av organisasjonsstyring (Hopwood, 1974). Flere av de nye administrative styringsverktøyene som Legevakta har fått de siste årene, ser ut til å fungere sammen med sosial styring og selvkontroll. Dermed tyder det på at den økte administrative styringen ikke har gått på bekostning av sosial styring og selvkontroll.

Før vi i siste analysedel skal analysere om det oppstår spenning mellom profesjonsyrker ved Legevakta og den økte administrative styringen, skal vi i neste del se på hvordan et sjokk og nye krav fra eiere kan forklare økt bruk av administrativ styring.

5.3 Sjokk og nye krav fra eiere påvirker styringsform

Vi har tidligere i analysen identifisert en økt administrativ styring for Legevakta. For å forklare endringene som har vært i styring hos Legevakta kan vi se på betydningen av et sjokk og nye krav fra eiere.

Tilsynet av Legevakta i 2015 kom som følge av det som ble betegnet som intern uro i Legevakta. Tilsynet ble et sjokk og en krise for Legevakta og endringene tilsynet skapte kan sammenlignes med endringen Burns og Baldvinsdottir (2007) kaller regnskapsskandaler. I likhet med regnskapsskandalene til blant annet Enron og WorldCom med flere fikk følger i ettertid, både på selskapsnivå og juridisk (ibid), fikk også tilsynet følger for Legevakta i ettertid. Selv om man ikke kan sammenligne Legevakta og skandalene i Enron og WordCom direkte, kan mekanismene være liknende. Sjokk som rammer organisasjoner skaper et umiddelbart brudd, og kan være med på å påvirke styring i organisasjoner. I sin doktorgrad om interorganisatorisk styring fulgte Kraus (2007) enheter i den svenske eldreomsorgen gjennom tre perioder: før, under og etter en økonomisk krise. I studien fant han at styringen endret seg mye under perioden med økonomisk krise. Blant annet ble det et klart skifte i styringen, hvor man i løpet av den økonomiske krisen ble mer sentrert rundt administrativ styring, hvor fokus på å holde budsjett og effektivisering ble gjeldende (ibid). I likhet med Kraus (2007) finner vi i vår studie av Legevakta et sjokk som setter i gang en endring i organisering og styring. I etterkant av tilsynet har vi presentert at det har kommet nye administrative styringsverktøy og mekanismer Legevakta som må forholde seg til. Disse kan analyseres og forklares i ny-institusjonell teori.

Med utgangspunkt i ny-institusjonell teori finner vi at den økte administrative styringen kan forklares ut ifra den regulative søylen (Scott, 2014). Det nye styringssystemet TransMed 8 som Legevakta har benyttet seg av kan forklares som et behov som dukket opp i forbindelse med avtalen med samarbeidskommunene om alle pasienter triagert som gule ikke skal vente mer enn 90 minutter, før man får konsultasjon. Samtidig ble det også avtalt at Legevakta skulle rapportere mer styringsdata til samarbeidskommunene i ettertid av tilsynet. Den nye

Akuttmedisinforskriften (2015) som er en regulativ føring i seg selv legger også føringer med å tvinger fram behovet for å ha mer styringsverktøy som kan vise styringsdata.

De nye styringsmekanismene er blitt tatt i bruk også på et annet område. Legevakta har - og er i ferd med å ta i bruk styringsdata fra TransMed 8 til å forsøke å allokere ressursene på en best mulig måte. Men Legevakta bruker ikke bare styringsdata internt i organisasjonen. Endringen i ekstern rapportering har også endret seg som følge av at Legevakta er i stand til å ta ut mer styringsdata. Mer styringsdata er også noe verts- og samarbeidskommunen ønsker, og hadde savnet tidligere. Som det framgår av empiri anser informanter fra Legevakta og fra vertskommunen at det er lettere å argumentere for sin sak når man har mer håndfaste data på driften. Dermed ser vi at Legevakta bruker både styringsdata internt, samtidig som de legitimerer seg ovenfor sine omgivelser. Vi ser dermed en tett kobling mellom endringen og atferd som ble gjennomført. Ifølge Orton og Weick (1990) kan løse koblinger føre til at atferd i liten grad påvirkes av endringer eller nye strukturer. Endringen som har foregått i Legevakta viser derimot tegn på at det er slike løse koblinger. Vårt funn tyder på en tett kobling mellom effektivitet og legitimering. Dermed ser man at den økningen som har vært i administrativ styring kan skyldes nye krav fra eiere.

Som vi har sett er det en økt administrativ styring ved Legevakta. I litteratur om reformbølgen New Public Management (Hood, 1991) blir det ofte presentert en spenning mellom profesjoner innen helsesektoren og implementering av administrativ styring (Jacobs, 1998; Simonet, 2013). Som vi skal se i neste funn er dette ikke tilfellet for de ansatte ved Legevakta, snarere tvert imot.

5.4 Ansatte godtar økt administrativ styring

I kritikken av New Public Management (NPM) pekes det på at det ofte oppstår en spenning og motstand mellom profesjonsstyringen som har preget styring i helsesektoren, og den formelle administrative styringen som NPM bygger på (Jacobs, 1998; Simonet, 2013). I vår studie finner ikke tegn til spenning, men heller at de ansatte godtar økt administrativ styring. Som det framgikk i intervjuene våre fikk vi ikke inntrykk av at de ansatte var imot de nye styringsverktøyene som Legevakta er blitt introdusert for i løpet av de siste årene. Som beskrevet i funnet over var det ikke en løs kobling mellom atferd internt i organisasjonene og legitimeringen overfor omgivelsene med tanke på bruk av styringsdata. Dette er i strid med det

Røvik (1998) hevder om at New Public Management kan, i et institusjonelt perspektiv skape et dilemma om atferd versus legitimitet.

Vårt funn om at ansatte er positive til økt administrativ styring taler imot studiene som viser at det kan oppstå spenning mellom administrativ styring og sosial og profesjonell styring. Jones og Dewing (1997) viste at profesjonsyrkene i sykehussektoren ikke tok til seg administrativ styring, men holdt seg til en verdistyring hvor kjerneaktiviteten i form av pasientbehandling var i sentrum. Det sammenfaller også med Nyland og Pettersen (2004) som i sin studie av et sykehus fant en de-kobling mellom operativ drift og økonomistyring. På en annen side ser vi likhetstrekk mellom vårt funn og studiene til Kurunmäki (2004) og Kurunmaki, Lapsley og Melia (2003) hvor man fant at medisinsk personell i Finland var mer villige til å implementere administrativ styring.

I perioden etter tilsynet og innføringen av den nye Akuttmedisinforordningen (2015), har det blitt økning i administrativ styring i form av flere styringsmekanismer, som nevnt tidligere i analysen. Slik vi ser det, er det to årsaker til at ansatte ved Legevakta godtar økt administrativ styring. Den mest åpenbare årsaken er at den økte administrative styringen ikke griper inn i måten man arbeider med pasienter på. TransMed 8 og triagering som styringsmekanismer har pasienten i fokus. For ansatte oppleves disse styringsverktøyene som en raskere og mer oversiktlig måte å kontrollere og sortere pasienter som tar kontakt med Legevakta, uten at det regulerer legenes behandling av pasientene. Dermed vil den økte administrative styringen ikke gå utover profesjonsstyringen, normene og verdiene som sier at de ansatte er til for pasientens sikkerhet.

Den andre årsaken til at ansatte godtar økt administrativ styring er at de ansatte har tatt til seg de administrative styringsmekanismene og benytter styringsdata til å beskytte sin profesjon og sosiale styring. Et klart eksempel på dette er i forbindelse med at Legevakta ikke klarer å møte kravet i forordningen (Akuttmedisinforordningen, 2015) om å svare ut 80% innen 2 minutter på telefon - noe som opptar de ansatte⁷. I vår empiri finner vi ikke motstand mot selve kravet, selv om informanter mener at de ikke får nok ressurser til å bemanne opp til å nå dette målet permanent. Kravet om å svare 80% på 2 minutter ble tidligere i analysen klassifisert som en form for administrativ styring. Dermed finner vi igjen en administrativ styring som ikke møter motstand blant de ansatte. Årsaken til at et slikt tapt resultatkrav ikke oppleves truende for de

⁷ Årsrapporten til Legevakta for 2017 viser at Legevakta i snitt besvarte 62% innen 2 minutter. Kravet om 80% ble nådd etter 4:26 minutter.

ansatte kan skyldes at de trekker inn andre administrative styringsmekanismer i diskusjonen rundt dette kravet. Som det framgår av empirien viser styringsdata en nedgang i antall konsultasjoner på den stasjonære legevakta. Informanter påpeker at dette har en sammenheng med samtaleid på telefon. At de ansatte bruker god tid på telefon til å hjelpe pasienter, fører til færre konsultasjoner på den stasjonære legevakta. Uten mulighet til å framlegge styringsdata for å dokumentere sammenhengen ville Legevakta hatt et forklaringsproblem ovenfor eierkommunen som er ansvarlig for enheten. På denne måten har de ansatte ved Legevakta gjennom sin aktive bruk av administrative styringsmekanismer bidratt til at profesjon og sosial styring ikke føler seg truet av en eventuell inngripen fra eierkommunen igjen for å effektivisere driften, slik tilfellet var i etterkant av tilsynet.

Dette tyder dermed på at økt administrativ styring blir godtatt som følge av at ansatte vet å bruke det aktivt for å fremme sine synspunkt, samt at det ikke griper inn og legger føringer for behandlingen den enkelte pasient får. Dette sammenfaller med det Jacobs (1998) fant i sin studie i form av at helsepersonell måtte gi opp noe autonomi til fordel for administrativ styring. Dette ble allikevel godtatt fordi administrativ styring kunne være med å øke effektiviteten, samt at det var med å binde medlemmene av organisasjonen ytterligere sammen: "*the accounting systems served to bind the members together in a common purpose*" (Jacobs, 1998, s. 68).

6. Konklusjon

I denne avsluttende delen av vår studie vil vi konkludere med våre viktigste funn fra analysen, og svare på vår problemstilling. Vi vil deretter presentere oppgavens implikasjoner, før vi tar for oss studiens sårbarhet og forslag til videre forskning.

Formålet med denne masteroppgaven har vært å studere den interkommunale legevakta i Trondheim med problemstillingen:

"Hvordan kan vi beskrive dagens styringssystem ved Legevakta?"

I innledningen startet vi med et sitat fra tilsynet av Legevakta hvor det ble påpekt at enheten ikke hadde forsvarlig systemer for styring, ledelse og kontroll. Vårt hovedfunn basert på Hopwood (1974) sitt rammeverk for organisasjonsstyring viser at det er flere styringsmekanismer innad på Legevakta som kan beskrive dagens styringssystem, men at enheten i de siste årene etter tilsynet har hatt en klar dreining mot administrativ styring. Sentrale administrative styringsmekanismer er *møter, jobbrotasjon for sykepleiere, styrings- og beslutningsprogrammet TransMed 8, triagering og implementering av den nye Akuttmedisinforakriften*. Selvkontroll og sosiale styringsmekanismer vi har funnet er: pasient i sentrum, jobbrotasjonen skaper en helhetsfølelse, liten formell avstand mellom ansatte og ledere, og det at ansatte får tilbakemelding fra ledere.

Vårt andre funn i denne studien er at administrativ styring er med på å understøtte den sosiale styringen. En form for administrativ styring er jobbrotasjon blant sykepleierne. Når man er ny som sykepleier, eller ikke har erfaring med en akuttmedisinsk enhet tidligere, starter man på den stasjonære legevakta og arbeider på de ulike nivåene der, før man normalt etter et par år får tilbud opplæring på vaktentralen hvor man svarer de som ringer på telefon. Det at sykepleiere har en jobbrotasjon skaper en *"vi-følelse"* på arbeidsplassen, som gjør at de ansatte tenker på Legevakta som en helhet og ikke skiller mellom *"vi på den stasjonære legevakta, og de på vaktentral"*. Dette er en administrativ styringsmekanisme som understøtter sosial styring, da en helhetlig tenkning som ikke skiller stasjonær legevakt og vaktentralen, skaper en gjensidig forpliktelse i organisasjonen (Hopwood, 1974). En annen administrativ styringsmekanisme som understøtter sosial styring, er at det holdes ukentlige møter som skaper en sosial relasjon mellom alle lederne i Legevakta. Utenom ukentlige møter er det ganske uformell dialog mellom

ledelsen, som også fører til økt sosial styring da det bidrar med å skape normer innad Legevakta. Etter de ukentlige møtene mottar de ansatte en e-post med informasjon om viktige saker som er tatt opp på ledermøtet, og andre saker hele organisasjonen bør vite om. Dette skaper en inkludering av alle ansatte. Bruk av google docs sikrer at de ansatte har tilgang til den siste oppdaterte informasjonen uansett hvor de befinner seg. På den måten skapes det autonomi blant de ansatte i form av at man slipper formell rapportering mellom nivåene i enheten. Vi påpekte også en administrativ styring som blir hindret av sosial styring/selvkontroll. Selv om en informant påpeker at det kunne vært interessant å måle seg mot andre legevakter i Norge, ser ikke informantene fra eierkommunene noen relevans i det, da de er opptatt av kvaliteten på tjenesten, ikke hvordan Legevakta kvantitativt presterer mot andre legevakter.

Betydning av et sjokk og krav fra nye eiere er med på å forklare hvorfor vi ser økt administrativ styring hos Legevakta. Tilsynet av Legevakta som var en nedslående rapport om styringen ved enheten, kan ut fra Burns og Baldvinsdottir (2007) sammenlignes med en regnskaps-skandale. Etter tilsynsrapporten fikk Legevakta endrede premisser og føringer i måten enheten styrer på, dette i form av økt administrativ styring. Denne forklaringen kan begrunnes ut ifra den regualtive søylen (Scott, 2014).

I kritikk om New Public Management blir det presentert en teori om at administrativ styring og den økonomiske logikken New Public Management bygger på ofte skaper en spenning med den medisinske profesjonsstyringen (Jacobs, 1998; Simonet, 2013). Vårt fjerde funn viser at dette ikke er tilfellet ved Legevakta. De ansatte er positive til den økte administrative styringen som finnes ved Legevakta. En årsak til dette er at den administrative styringen ikke griper inn og legger føringer for behandlingen pasienter får. Den andre er at de ansatte er aktive brukere av styringsdata fra administrative styringsverktøy for å forklare og begrunne hvorfor man ikke når fastsatte mål. I så måte er dette et bidrag, i likhet med Jacobs (1998), til litteraturen om at det ikke trenger å oppstå en konflikt når profesjonsyrker blir introdusert for administrativ styring.

6.1 Implikasjoner

Studien har flere implikasjoner. Våre funn viser at det eksisterer flere styringsmekanismer i styringen av Legevakta i form av administrativ styring, sosial styring og selvkontroll. Styringssystemet må sees på som en helhet, i form av at man ikke kan se styringsmekanismene i isolasjon. Styringsmekanismene kan fungere sammen uten at det ødelegger faglig autonomi.

Det viser også at den administrative styringen ikke må bli dominerende. Derfor må de som lager styringssystemet til Legevakta og kommuneadministrasjonen være bevisste på sammenhengen mellom styringsmekanismene når de bestemmer hvordan helsetjenestene skal organiseres.

Som en respons på tilsynet og nye krav fra eiere fikk Legevakta på plass en mer formell administrativ styring. Dette i form av nye styringsverktøy og krav om rapportering fra eierkommunene. Dette har klare likhetstrekk med Kraus (2007), som i sin studie fant at i en økonomisk krise ble det økt formell administrativ styring i form av kostnadseffektivisering og mer fokus på økonomistyring. Dette kan være en implikasjon på at ved kriser og organisatoriske sjokk, vil organisasjoner øke den administrative styringen.

Profesjoner ved Legevakta ser ut å være villig til å adoptere administrativ styring. I det ligger det at så lenge administrativ styring er med på å supplere og hjelpe leger og sykepleiere, ser det ut til at ansatte godtar denne formen for styring. Dette kan dermed tyde at den administrative styringen ikke går på bekostning av behandlingen pasienter får – dermed er leger og sykepleiere ved Legevakta mer villig til adopsjon og bruk av nye styringsmekanismer. Dette er en implikasjon på at om man ønsker å implementere ytterligere administrativ styring, må man reflektere over hvordan den administrative styringen er utformet slik at den ikke kommer i konflikt med profesjon.

Vår studie kan ikke generaliseres. Det er ingen sannhet eller universelle teoretiske funn som gjelder alle kontekster. Det er allikevel mulig å lære av casestudien i form av overførbarhet til andre kontekster.

6.2 Studiens sårbarhet

Ved å benytte et kvalitativt design har vi kommet tett på caset og de vi har intervjuet. Dermed vil våre konklusjoner og vårt resultat være preget av subjektivitet. I vår studie har vi kun foretatt intervjuer av ansatte ved Legevakta og representanter fra eierkommunene. Det kunne også vært interessant å foreta observasjoner av ansatte på legevakta. Kanskje er det mulig å fange opp mer sosiale og eller profesjonsrelaterte funn som de ansatte ikke tenker over i hverdagen, men som eksterne kan observere. Til gjengjeld har vi presentert vår empiri med direkte sitat for å gi mest mulig transparens fram mot de slutninger vi tar i denne studien.

Fra våre informanter på legevakta følte vi at vi kom til et metningspunkt hva gjelder empiri. Kanskje kunne vi ved å intervju andre informanter fått andre momenter som også hadde vært relevant for vår studie.

Vi vil også påpeke det vi drøftet i metodekapitlet om at enkelte informanter var opptatt av anonymitet. Selv om informanter er anonymisert kan vi ikke utelukke at informanter kan ha holdt tilbake eller tilpasset svar for å få seg, eller sin arbeidsplass, til å framstå i et bedre lys. For å unngå problematikken valgte vi å kode våre informanter slik at det ikke framgår hvilken stilling eller ansvar den enkelte har på sin arbeidsplass.

Legevakta og dens ansatte har vært preget av tilsynet som var i 2015. Vi anser det som en reell mulighet for at informantenes uttalelser kan ha hatt tilsynet som et ankerpunkt og sammenligningsgrunnlag, for når de har uttalt seg om sine meninger. Dette kan være noe vi som forskere ikke alltid har klart å fange opp, da vår intensjon har til hensikt å beskrive nåsituasjonen, og ikke hvordan det oppleves i dag sammenlignet med tilstanden før tilsynet. Allikevel har vi vært nødt til å spørre om tilsynet da det på mange måter har påvirket Legevakta til slik den framstår i dag.

6.3 Videre forskning

I vår oppgave har vi beskrevet styringen av Legevakta og hvordan den har fått denne utformingen. Etter planen skal Legevakta fra andre halvår 2018 slås sammen med Trygghetspatruljen til det som blir Helsevakta. Man kunne ha studert denne enheten for å se om man finner like styringsmekanismer der, for eksempel i form av en kohortstudie.

Vår studie er av en interkommunal legevakt. Samtidig har vi ikke funnet liknende studier av en legevakt i Norge. Dermed kan vi anta at det er aspekter ved styring av en legevakt vi ikke har avdekket i vår studie. Som det framgår i Morgen et al. (2016) kan legevakter bestå av ulike organisasjonsformer. Dette åpner muligheten for å studere eller sammenligne andre legevakter for å sammenligne bruk av ulike styringsmekanismer. Enkelte av våre informanter har også vært tilknyttet andre legevakter i Norge, og de gir indikasjoner på at man har ulike problemer og ulike måter å styre og organisere seg på.

NOU:17 (2015) henviser til at det er lite forskning på den akuttmedisinske kjeden. I så måte ville forskning på dette feltet være interessant. Samtidig peker rapporten på at ansvaret for akuttmedisinske tjenester er organisert på to forvaltningsnivå: statlig og kommunalt. Dermed ville det vært veldig relevant å se på hvordan disse forholder seg til hverandre når det kommer til styring, samarbeid og koordinering, for eksempel mellom den kommunale legevaktordningen og et statlig foretak. Videre peker rapporten også på at man kan knytte vaksentraler sammen i nettverk for å utnytte kapasiteten bedre. Her kunne en aktuell studie vært på utfordringer med samarbeid mellom ulike vaksentraler

7. Referanseliste

- Abernethy, M. A. og Stoelwinder, J. U. (1995) The role of professional control in the management of complex organizations, *Accounting, Organizations and Society*, 20(1), s. 1-17. doi: [https://doi.org/10.1016/0361-3682\(94\)E0017-O](https://doi.org/10.1016/0361-3682(94)E0017-O).
- Abernethy, M. A. (1996) Physicians and resource management: The role of accounting and non-accounting controls, *Financial Accountability & Management*, 12(2), s. 141-156. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0408.1996.tb00419.x>.
- Abernethy, M. A. og Chua, W. F. (1996) A field study of control system "redesign": the impact of institutional processes on strategic choice, *Contemporary Accounting Research*, 13(2), s. 569-606. Tilgjengelig fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1911-3846.1996.tb00515.x/epdf>.
- Akuttmedisinforskriften (2015) *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.* . Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-03-20-231> (Hentet: 30.01 2018).
- Andersen, B. og Bjelland, V. (2018) *Regjeringen legger omstridte legekrav på is*. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/nordland/regjeringen-legger-omstridte-legekrav-pa-is-1.13911951> (Hentet: 29.04 2018).
- Blomgren, M. (2003) Ordering a profession: Swedish nurses encounter new public management reforms, *Financial Accountability & Management*, 19(1), s. 45-71.
- Bolman, L. G. og Deal, T. E. (2009) *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse: strukturer, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Broadbent, J. og Gauhrig, J. (1992) Changes in the Public Sector: A Review of Recent "Alternative" Accounting Research, *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 5(2), s. 3-31. doi: <https://doi.org/10.1108/09513579210011835>.
- Burns, J. og Baldvinsdottir, G. (2007) The changing role of management accountants, i Hopper, T., et al. (red.) *Issues in Management Accounting*. Harlow: Prentice Hall, s. 117-132.
- Busch, T. (2004) Økonomistyring i et organisasjonsteoretisk perspektiv, *TØH-Serien*, 10. Tilgjengelig fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/149065/Tor%20Busch%20-%20%20okstyring%20i%20et%20organisasjonsteoretisk%20perspektiv.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Busch, T. og Ramstad, L. S. (2006) Modernisering av offentlig sektor: Endring, legitimitet og løse koblinger, *Beta*, 20(01), s. 51-63. Tilgjengelig fra:

http://www.idunn.no/beta/2006/01/research_note_modernisering_av_offentlig_sektor_endring_legitimitet_og_lose.

- Busch, T., Johnsen, E. og Vanebo, J. O. (2009) *Økonomistyring i det offentlige*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Carlsson-Wall, M., Kraus, K. og Lind, J. (2011) The interdependencies of intra- and inter-organisational controls and work practices—The case of domestic care of the elderly, *Management Accounting Research*, 22(4), s. 313-329. doi: <https://doi.org/10.1016/j.mar.2010.11.002>.
- Christensen, T. *et al.* (2014) *Forvaltning og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Copeland, J. E. (2005) Ethics as an Imperative, *Accounting Horizons*, 19(1), s. 35-43. doi: <https://doi.org/10.2308/acch.2005.19.1.35>.
- Den Norske Legeforening (2009) *Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp*. Tilgjengelig fra: <http://traumeplan.no/wp-content/uploads/2015/03/Norsk-indeks-for-medisinsk-nødhjelp.pdf> (Hentet: 22.04 2018).
- Den norske legeforening (2015) *En legevakt for alle, men ikke for alt - Legeforeningens innspillsrapport for en bedre legevakt*. Tilgjengelig fra: <https://legeforeningen.no/PageFiles/207048/Innspillsrapport-legevakt.pdf> (Hentet: 19.05 2018).
- DiMaggio, P. J. og Powell, W. W. (1983) The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields, *American Sociological Review*, 48(2). Tilgjengelig fra: <https://www.jstor.org/stable/pdf/2095101.pdf?refreqid=excelsior%3Aee51addb0e6706e84607980c912c6a13>.
- Edmonds, W. A. og Kennedy, T. D. (2013) *An Applied reference Guide to Research Designs: Quantitative, Qualitative, and Mixed Methods*. California, USA: SAGE Publications.
- Fallan, L. og Pettersen, I. J. (2016) *Bedriftsøkonomiske atferdsteorier*. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helse- og omsorgsloven (2011) *Lov om komunal helse- og omsorgstjenester m.m.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-%20og%20omsorg> (Hentet: 29.04 2018).
- Helse og omsorgsdepartementet (2014) *Legevakt og akuttmedisin*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/legevakt-og-akuttmedisin/id441858/> (Hentet: 09.05 2018).
- Helsedirektoratet (u.å.) *Lovgrunnlaget for kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering*. Tilgjengelig fra:

- <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=kommunens-ansvar-for-sosial-8136> (Hentet: 20.05 2018).
- Hood, C. (1991) A Public Management For All Seasons?, *Public Administration*, 69(1), s. 3-19. Tilgjengelig fra: <http://newdoc.nccu.edu.tw/teasyllabus/110041265941/Hood%20NPM%201991.pdf>.
- Hopwood, A. (1974) *Accounting and human behaviour*. Storbritania: Haymarket Publishing.
- Jacobs, K. (1998) Costing health care: a study of the introduction of cost and budget reports into a GP association, *Management Accounting Research*, 9(1), s. 55-70. doi: <https://doi.org/10.1006/mare.1997.0066>.
- Jacobsen, D. I. (2015) *Hvordan Gjennomføre Undersøkelser*. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. og Tufte, P. A. (2011) *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Johansen, B. H., Kristoffersen, K. J. og Olsen, O. (2018) *Sinne risikerer å være legevakt døgnet rundt – hele året*. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/nordland/sinne-risikerer-a-vaere-legevakt-dognet-rundt--hele-aret-1.13875021> (Hentet: 29.04 2018).
- Johansson, T. og Siverbo, S. (2014) The appropriateness of tight budget control in public sector organizations facing budget turbulence, *Management Accounting Research*, 25(4), s. 271-283. doi: <https://doi.org/10.1016/j.mar.2014.04.001>.
- Johnsen, Å. (2005) Resultatstyring i offentlig sektor, *Magma*, 6. Tilgjengelig fra: <https://www.magma.no/resultatstyring-i-norsk-offentlig-sektor>.
- Jones, C. S. og Dewing, I. P. (1997) The Attitudes of NHS Clinicians and Medical Managers Towards Changes in Accounting Controls, *Financial Accountability & Management*, 13(3), s. 261-280. doi: 10.1111/1468-0408.00037.
- Justesen, L. og Mik-Meyer, N. (2010) *Kvalitative Metoder i organisations- og ledelsesstudier*. København: Hans Reitzels forlag.
- Kommuneloven (1992) *Lov om kommuner og fylkeskommuner*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-09-25-107#KAPITTEL_6 (Hentet: 30.01 2018).
- Kraus, K. (2007) *Sven, inter-organizational relationships and control - A case study of domestic care of the elderly*. PhD, Handelshögskolan i Stockholm.

- Kurunmäki, L., Lapsley, I. og Melia, K. (2003) Accountingization v. legitimation: a comparative study of the use of accounting information in intensive care, *Management Accounting Research*, 14(2), s. 112-139. doi: [https://doi.org/10.1016/S1044-5005\(03\)00019-2](https://doi.org/10.1016/S1044-5005(03)00019-2).
- Kurunmäki, L. (2004) A hybrid profession—the acquisition of management accounting expertise by medical professionals, *Accounting, Organizations and Society*, 29(3), s. 327-347. doi: [https://doi.org/10.1016/S0361-3682\(02\)00069-7](https://doi.org/10.1016/S0361-3682(02)00069-7).
- Llewellyn, S. (1998) Boundary work: Costing and caring in the social services, *Accounting, Organizations and Society*, 23(1), s. 23-47. doi: [https://doi.org/10.1016/S0361-3682\(96\)00036-0](https://doi.org/10.1016/S0361-3682(96)00036-0).
- Malmi, T. og Brown, D. A. (2008) Management control systems as a package—Opportunities, challenges and research directions, *Management Accounting Research*, 19(4), s. 287-300. doi: <https://doi.org/10.1016/j.mar.2008.09.003>.
- Manchester Triage Group (2014) *Emergency Triage*. Hoboken, New Jersey: Wiley-Blackwell.
- Melhus kommune (2016) *Om brukertvalget*. Tilgjengelig fra: <http://www.melhus.kommune.no/om-brukertvalget.5925874-343072.html> (Hentet: 13.04 2018).
- Merchant, K. og Otley, D. (2007) A review of the litterature on control and accountability, i Chapman, C. S., *et al.* (red.) *Handbook of Management Accounting Research*. Amsterdam: Elsevier LTD., s. 785-802.
- Meyer, J. og Rowan, B. (1977) Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony, *American Journal of Sociology*, 83(2). Tilgjengelig fra: http://security.ufpb.br/gets/contents/documentos/meyer_rowan_teor%C3%ADa_institucional.pdf.
- Morgen et al. (2016) *Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2016*. (Rapport nr. 4-2016 4). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, Bergen. Tilgjengelig fra: http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/12957/Legevaktorganisering%20i%20Norge2016_endelig%20versjon_rev_febr2017_Marie.pdf?sequence=5&isAllowed=y (Hentet: 9. januar 2018).
- Nilsen, A. A. (2015) Refser legevakta for Trondheim og omegn, *NRK*, 09.03.2018. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/trondelag/refser-legevakta-for-trondheim-og-omegn-1.12303283>.
- NOU:17 (2015) *Først og fremst - et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/477c27aa89d645e09ece350eaf93fedf/no/pdfs/nou201520150017000dddpdfs.pdf>.
- Nyeng, F. (2004) *Vitenskapsteori for økonomer*. Trondheim: Abstrakt Forlag.

- Nyland, K. og Pettersen, I. J. (2004) The control gap: The role of budgets, accounting information and (non-) decisions in hospital setting, *Financial Accountability & Management*, 20(1), s. 77-102.
- Nyland, K., Morland, C. og Burns, J. (2017) The interplay of managerial and non-managerial controls, institutional work, and the coordination of laterally dependent hospital activities, *Qualitative Research in Accounting & Management*, 14(4), s. 467-495. doi: <https://doi.org/10.1108/QRAM-08-2017-0076>.
- Nødnett (2016) *Historien om Nødnett i Norge*. Tilgjengelig fra: <http://www.nodnett.no/Nodnett/Om-Nodnett1/Historien-om-Nodnett/> (Hentet: 10.04 2018).
- Orton, J. D. og Weick, K. E. (1990) Loosely Coupled Systems: A Reconceptualization, *Academy of Management Review*, 15(2), s. 203-223. doi: <https://doi.org/10.5465/amr.1990.4308154>.
- Ouchi, W. G. (1992) A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms, i Emmanuel, C., *et al.* (red.) *Readings in Accounting for Management Control*. Boston, MA: Springer US, s. 63-82.
- Parrow, M. B. o. H., I. K og Hegvold, I. K. (2015) *Rapport fra tilsyn med legevaktjenesten ved Legevakten i Klæbu, Malvik, Melhus, Midtre Gauldal og Trondheim 2015*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/sor-trondelag/2015/klabu-malvik-melhus-midtre-gauldal-og-trondheim-kommuner-legevaktjenesten-2015/> (Hentet: 24.01 2018).
- Pettersen, I. J. *et al.* (2008) *Økonomi og Helse - Perspektiver på styring*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Ringdal, K. (2013) *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 3. utgave. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ryen, A. (2002) *Det kvalitative intervjuet - fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røvik, K. A. (1998) *Moderne Organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røvik, K. A. (1998b) *Moderne Organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Scott, W. R. (2008) *Institutions and organizations - Ideas and interests*. Third edition. utg. SAGE Publications.
- Scott, W. R. (2014) *Institutions and Organisations - Ideas, Interests, and identities*. Thousands Oaks: Sage Publications.

- Simonet, D. (2013) New public management and the reform of French public hospitals, *Journal of Public Affairs*, 13(3), s. 260-271.
- Simons, R. (1995) *Levers of Control: How Managers Use Innovative Control Systems to Drive Strategic Renewal*. Boston, USA: Harvard Business School Press.
- Skjesol, H. og Rabås, K. (2015) Refser legevakta i Trondheim, *Adresseavisen*. Tilgjengelig fra: <https://www.adressa.no/pluss/nyheter/article10836330.ece>.
- The Lancet (2017) Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015, *The Lancet*, 390(10091), s. 231-266. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30818-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30818-8).
- Tjora, A. H. (2012) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Trondheim Kommune (2018a) *Legevakta*. Tilgjengelig fra: <https://www.trondheim.kommune.no/legevakten/> (Hentet: 30.01 2018).
- Trondheim Kommune (2018b) *Trygghetsalarm*. Tilgjengelig fra: <https://www.trondheim.kommune.no/tema/helse-og-omsorg/hjemmetjenester/trygghetsalarm/#heading-h2-1> (Hentet: 15.05 2018).
- Vosselman, E. og Meer-Kooistra, J. v. d. (2009) Accounting for control and trust building in interfirm transactional relationships, *Accounting, Organizations and Society*, 34(2), s. 267-283. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aos.2008.04.002>.
- Yin, R., K. (2014) *Case study research: design and methods*. 5th edition. utg. Thousand Oaks: Sage.

8. Vedlegg

8.1 Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

“Casestudie av den interkommunale legevakta i Trondheimsområdet”

Bakgrunn og formål

Denne studien inngår i en avsluttende masteroppgave for siviløkonomstudiet ved NTNU Handelshøyskolen. Formålet med studien er å se på den interkommunale legevakta med fokus på organisering og styring.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Vi forespør deg til å delta i vår studie, fordi stillingen du innehar gjør deg til en interessant informant i forhold til vårt forskningsprosjekt. Vi mener at du kan bidra med verdifull informasjon som kan danne et grunnlag til eventuelle konklusjoner vi trekker.

Datainnsamlingen vil være i form av et åpent dybdeintervju. Det vil si at vi som forskere har utvalgte temaer rettet mot den interkommunale legevaktordningen. Intervjuene vil vi forsøke å gjennomføre etter nærmere avtale ved ditt arbeidssted. Varigheten vil være ca. 1-1,5 time.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Personidentifiserende opplysningene som inngår i datainnsamlingen er det kun vi som forfattere av denne oppgaven og våre veiledere som har tilgang til. I forbindelse med vår oppgave vil du som informant bli anonymisert. Det vil si at du som informant ikke vil være direkte identifiserbar. For eksempel vil samtlige informanter bli omtalt ut fra et tall 1,2,3,4,5 osv, samt en bokstav etter stilling/arbeidssted. Et eksempel kan være at en informant med lederansvar får tittel ”A1”, mens en uten lederansvar kan bli omtalt som ”X2” osv.

Prosjektet skal etter planen avsluttes senest 24.05.18. Vi ønsker å benytte oss av lydopptak under intervjuet, dersom du samtykker til det. Lydopptak vil i kort tid etter intervjuet bli transskribert til en anonymisert versjon. Alle lydopptak gjort i vår studie vil bli permanent slettet, senest ved prosjektslutt (24.05.18).

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Sindre S. Lassesen (tlf. xxxxxxxx / epost: xxxxxxxxxxxx@gmail.com) eller John Luo (tlf: xxxxxxxx / epost: xxxxxxxxxxxx@hotmail.com). Veiledere for vår oppgave er Professor Kari Nyland og Førsteamanuensis Per Christian Ahlgren (tlf: xxxxxxxx/ e-post: pca@ntnu.no), begge ansatt ved NTNU Handelshøyskolen.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

8.2 Intervjuguide ansatt ved Legevakta

Presentere oss selv, hvilket formål vår studie har. Si at vi tar opp intervjuet, og ønsker samtykkeerklæring

Start opptak!

1. Intro og oppvarming:

- 1.1 Kan du fortelle litt om din stilling?
- 1.2 Hvor lenge har du hatt denne stillingen?
- 1.3 Hvilken utdanning har du?
- 1.4 Tidligere jobberfaring?

2. Ledelse og organisering

2.1 Hvordan er den interkommunale legevakten organisert?

Hvordan koordinerer dere arbeidet på legevakta?

Formell og/eller uformelt?

- 2.2 Hvem rapporterer du primært til som enhetsleder ved Legevakta?
- 2.3 Hvordan foregår samarbeidet med ledernivået over?
- 2.4 Hvilken myndighet har du til å ta beslutning og avgjørelser i din stilling?
- 2.5 Hvordan er bruken av styringsdata internt på legevakta?

Hva brukes

For hvilke formål?

- 2.6 Hva er de største styringsutfordringene?

For legevakta?

For deg som enhetsleder?

- 2.7 Hvordan er økonomi og økonomistyringen organisert?

- 2.7.1 Finnes det egen økonomienhet/controller internt?

- 2.8 Hvor ofte har dere møter på legevakta?

Eks: Planlegging, ledermøter, strategisk ledelse i kommunen

3. Interkommunalt samarbeid

- 3.1 Hvordan foregår samarbeidet mellom legevakta og verts- og samarbeidskommunene?
- 3.2 Hvor ofte har du møter med vertskommune og samarbeidskommuner som omhandler legevakta?
- 3.3 Hvordan foregår samarbeidet mellom legevakta og vertskommunen?

3.3.1 Hva rapporteres til kommunene?

3.3.2 Etterspør samarbeidskommunene rapporter/styringsdata?

3.4 Hva er sentralt i kommunikasjonen med samarbeidskommunene?

3.5 Hvilke utfordringer har dere i dag tilknyttet styringssystemene mellom legevakta og samarbeidskommunene?

3.6 Legevakttjenesten vies mye oppmerksomhet politisk, i hvilken grad oppleves et press fra samarbeidskommuner og det politiske nivået i Trondheim?

4. Styring (internt)

4.1 Hvilke systemer for kontroll benyttes?

4.2 Hvem setter dine styringsmål?

I 2015 kom helsetilsynet med en rapport fra tilsynet til legevakttjenesten her, som sa «Legevakten har ikke forsvarlige systemer for styring, ledelse og kontroll med virksomheten.»

4.3 Hvilke tiltak ble gjort i systemer knyttet til styring, ledelse og kontroll?

Har det preget organisasjonen på andre måter uformelle måter?

4.4 Av de punkter som ble regnet som "ikke forsvarlig" som ble påpekt i rapporten fra 2015, er det fortsatt arbeid som gjenstår?

4.5 Hvordan har vertskommunen endret bruken av styringsdata for å effektivisere styring av virksomheten? (Bruk av styringsdata nå vs. tidligere)

4.6 Vil vi ved etterspørsel få tilgang til dokumenter? f.eks:

4.6.1 Budsjett, Strategi/plandokument, Årsrapport etc.

5. Avslutning:

Se over intervjuguiden og se til at alle spørsmål er lest opp.

5.1 Er det noen ting helt til slutt som du vil tilføye som du mener vi burde snakke om?

Takke for intervjuet og kort si litt om prosedyrene i etterkant. Dette er fortrolig og kun vi og veiledere som får tilgang til intervju eller annet materialet

8.3 Intervjuguide ansatt ved Legevakta

Presentere oss selv, hvilket formål vår studie har. Si at vi tar opp intervjuet, og ønsker samtykkeerklæring

Start opptak!

1. Intro og oppvarming:

1.1 Kan du fortelle litt om din stilling?

-Ansvarsområder

-Arbeidsoppgaver

1.2 Hvor lenge har du hatt denne stillingen?

1.3 Hvilken bakgrunn har du (utdanning, yrkeserfaring etc)

Hoveddel

2. Organisering og styring

2.1 Kan du fortelle litt om hvordan din avdeling er organisert?

2.2 Hvilke systemer benyttes i din avdeling?

- TransMed 8?
- Til hvilke formål?
- Ufirmelle ting?

2.3 Hvordan koordinerer du arbeidet og styring i din avdeling

- Formell/uformell?
- Hvordan foregår oppfølgingen av den daglige driften?

2.4 Hvem setter dine styringsmål?

2.5 Hva er de viktigste tingene for en vellykket drift av avdelingen din?

2.6 Har du noen utfordringer i dag knyttet til styring av din avdeling?

-Hvordan håndterer du disse?

2.7 Hvordan foregår samarbeid med ledernivået over deg?

3. Rapportering

3.1 Hva rapporteres i din avdeling?

- Noe som oppleves viktigere enn annet

- Hvordan arbeider man videre med det som rapporteres (hvordan tar man tak i ting som kan forbedres)

3.1.1 Hvordan foregår rapporteringen med din overordnede?

3.1.2 Hva rapporteres tilbake?

3.1.3 Rapporterer du/viser du informasjon nedover i din avdeling?

- formell/uformell

3.2 Hvordan foregår rapporteringen mellom deg og de andre avdelingslederne?

3.2.1 Hva rapporteres til hverandre?

3.2 Hvordan bruker dere informasjonen som rapporteres?

- i henhold til drift?
- målstyring?

3.3 Hvilke kontroll- og styringssystemer bruker dere for rapportering?

- Sosiale/relasjonsmessige også?

4. Interkommunalt

4.1 Hender det at du har direkte kontakt med de andre kommunene som er brukere av legevakta?

- Eksempler?

- Etterspør de informasjon om driftsdetaljer ved din avdeling?

I 2015 kom helsetilsynet med en rapport fra tilsynet til legevaktjenesten her, som sa «Legevakten har ikke forsvarlige systemer for styring, ledelse og kontroll med virksomheten.»

4.2 Kan du fortelle litt om hva som ble gjort i forhold til den rapporten fra helsetilsynet i din avdeling?

- Styring
- Rapportering

5. Avslutning:

4.1 Er det noen ting helt til slutt som du vil tilføye som du mener vi burde snakke om?

Takke for intervjuet og kort si litt om prosedyrene i etterkant. Dette er fortrolig og kun vi og veiledere som får tilgang til intervju eller annet materialet. – Påpek dette i forkant samtidig som dere spør om det er OK med opptak av intervju

8.4 Intervjuguide ansatt ved Legevakta

Presentere oss selv, hvilket formål vår studie har. Si at vi tar opp intervjuet, og ønsker samtykkeerklæring

Start opptak!

1. Intro og oppvarming:

1.1 Kan du fortelle litt om din stilling?

- Ansvarsområder
- Arbeidsoppgaver

1.2 Hvor lenge har du hatt denne stillingen?

1.3 Hvilken bakgrunn har du? Utdanning? Erfaring?

Hoveddel

2. Organisering og styring

2.1 Kan du fortelle litt om hvordan din avdeling er organisert?

- Antall ansatte, kompetanse

2.2 Hvordan koordineres arbeid og styring i din avdeling

- Ledelse?
- Formell og uformell?
- Hvordan foregår oppfølgingen av den daglige driften?

2.3 Hvilke styringssystemer benyttes i din avdeling?

- Til hvilke formål?
- Transmed 8?
- Formelle/uformelle?

2.4 Har du styringsmål?

- Hvem setter disse?

2.5 Hva er de viktigste tingene for en vellykket drift av avdelingen din?

- Sosiale aspekter?

2.6 Har du noen utfordringer i dag ved din avdeling?

- Har merkantilavdelingen utfordringer?
- Hvordan håndterer du/dere disse?

2.7 Hvordan foregår samarbeid med ledernivået over deg?

2.8 Hvordan opplever du fokus på økonomistyring på arbeidsplassen?

- Mer/mindre sammenlignet med før?
- Bevilgninger?

- Påvirker økonomi dere?

3. Rapportering

3.1 Hva rapporteres i din avdeling?

- Fra din avdeling
- Til din avdeling
- Noe som oppleves viktigere enn annet?

3.2 Hvordan bruker dere informasjonen som rapporteres?

- i henhold til drift?
- Målstyring?
- Andre ting?

3.3 Hvilke kontroller og styringssystemer bruker dere for rapportering?

4. Interkommunalt

4.1 Hender det at du har direkte kontakt med de andre kommunene som er brukere av legevakta?

- Eksempler?

- Etterspør de informasjon om driftsdetaljer ved din avdeling?

I 2015 kom helsetilsynet med en rapport fra tilsynet til legevakttjenesten her, som sa «Legevakten har ikke forsvarlige systemer for styring, ledelse og kontroll med virksomheten.»

4.2 Kan du fortelle litt om hva som ble gjort i forhold til den rapporten fra helsetilsynet i din avdeling?

- Styring
- Rapportering

4.3 Er det mulighet for å få tilgang til noen dokumenter?

5. Avslutning:

5.1 Er det noen ting helt til slutt som du vil tilføye som du mener vi burde snakke om?

Takke for intervjuet og kort si litt om prosedyrene i etterkant. Dette er fortrolig og kun vi og veiledere som får tilgang til intervju eller annet materialet. – Påpek dette i forkant samtidig som dere spør om det er OK med opptak av intervju

8.5 Intervjuguide eierkommune

Presentere oss selv, hvilket formål vår studie har. Si at vi tar opp intervjuet, og ønsker samtykkeerklæring

Start opptak!

1. Intro:

1.1 Kan du fortelle litt om din stilling?

1.2 Hvor lenge har du hatt denne stillingen?

1.3 Tidligere jobberfaring?

2. Styring (Overordnet):

2.1 Kan du si litt om samarbeidsorganene dere har i forhold til legevakta?

- Styringsgruppa
- Faglig utvalg
- Brukerutvalg
- Andre?

Hva tas opp i de organene?

Hvor ofte er kommunen i kontakt med Legevakta

4.2 Er det andre forum/styringsorgan dere bruker (i forhold til legevakta)?

4.3 Hva er det Trondheim kommune gjør for å påvirke Legevakta?

3. Rapportering

3.1 Kan du fortelle om rapporteringen fra legevakta?

3.1.1 Hva rapporteres?

3.1.2 Hva er det dere vektlegger i rapporteringen?

3.1.3 Er det noe dere ønsker av info/data som dere ikke får svar på? (eks ikke klart å hente ut fra TransMed 8 enda etc.)

3.2 Hva konkret bruker dere rapporteringene til?

3.2.1 Hvor god innsikt har du i driften av legevakta?

- Årsrapporten
- Kan vi få tilgang til denne årsrapporten?

3.2 Er det noe informasjon dere gir til legevakta?

3.2.1 Informasjonsflyten

- Åpen?

4. Samarbeid

4.1 Hvordan fungerer samarbeidet om legevakta med samarbeidskommunene?

4.2 Har dere ulikt interkommunalt samarbeid med ulike kommuner?

4.3 Er legevakt sentralt i møte med samarbeidskommunene?

- (Eller er det etter hva som er aktuelt)

I 2015 kom helsetilsynet med en rapport fra tilsynet til legevaktjenesten her, som sa «Legevakten har ikke forsvarlige systemer for styring, ledelse og kontroll med virksomheten.»

4.4 Kan du fortelle om dette fra din kommune sitt ståsted?

4.5 Hvilke tiltak ble gjort på politisk plan?

4.6 Har det ført til endring i kontroll og eller rapportering i forbindelse med legevakta?

4.7 Har ansvarslinjene endret seg etter tilsynet?

- Hvordan?

5. Avslutning:

Se over intervjuguiden og se til at alle spørsmål er lest opp.

5.1 Er det noen ting helt til slutt som du vil tilføye som du mener vi burde snakke om?

Takke for intervjuet og kort si litt om prosedyrene i etterkant. Dette er fortrolig og kun vi og veiledere som får tilgang til intervju eller annet materialet

8.6 Intervjuguide samarbeidskommune

Presentere oss selv, hvilket formål vår studie har. Si at vi tar opp intervjuet, og ønsker samtykkeerklæring

Start opptak!

1. Intro:

- 1.1 Kan du fortelle litt om din stilling?
- 1.2 Hvor lenge har du hatt denne stillingen?
- 1.4 Tidligere jobberfaring?

2. Samarbeid

- 2.1 Kan du beskrive samarbeidet dere har med legevakta?
 - 2.1.1 Hvordan har utviklingen i samarbeidet vært?
- 2.2 Hva er årsakene til at dere er med i et slik samarbeid?
- 2.3 Har det vært noen utfordringer rundt samarbeidet med legevakten?
- 2.4 Hvilke tiltak har dere forbedret eller holder på å forbedre med legevakten?
- 2.5 Hvordan er samarbeidet med de andre kommunene?
 - Vertskommune
 - samarbeidskommune
- 2.6 Hvilke andre interkommunale samarbeid har dere?

3. Rapportering

- 3.1 Kan du fortelle om rapporteringen med legevakta?
- 3.2 Hva får dere av rapportering fra legevakta?
- 3.3 Er det noe informasjon dere gir til legevakta?
 - 3.3.1 Informasjonsflyten
- 3.4 Hva konkret bruker dere rapporteringene til?

4. Styring (Overordnet):

- 4.1 Hvilke systemer for kontroll benyttes? (Spesifiser mer om legevakta?)
- 4.2 Hvem setter dine styringsmål?

I 2015 kom helsetilsynet med en rapport fra tilsynet til legevaktjenesten her, som sa «Legevakten har ikke forsvarlige systemer for styring, ledelse og kontroll med virksomheten.»

- 4.3 Kan du fortelle om dette fra din kommune sitt ståsted?
- 4.4 Hvilke tiltak ble gjort på politisk plan?
- 4.5 Har det ført til endring i kontroll og eller rapportering i forbindelse med legevakta?
- 4.6 Har ansvarslinjene endret seg etter tilsynet?
 - Hvordan?

5. Avslutning:

Se over intervjuguiden og se til at alle spørsmål er lest opp.

- 5.1 Er det noen ting helt til slutt som du vil tilføye som du mener vi burde snakke om?

Takke for intervjuet og kort si litt om prosedyrene i etterkant. Dette er fortrolig og kun vi og veiledere som får tilgang til intervju eller annet materialet