

Kristin Faye Eriksen  
Ingvild Schjander Torhaug

# Implementering av effektiviseringstiltak i ambulansetjenesten

Masteroppgave i Industriell økonomi og teknologiledelse  
Veileder: Marte Daae-Qvale Holmemo

Mai 2020



Kristin Faye Eriksen  
Ingvild Schjander Torhaug

# **Implementering av effektiviseringstiltak i ambulansetjenesten**

Masteroppgave i Industriell økonomi og teknologiledelse  
Veileder: Marte Daae-Qvale Holmemo  
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for økonomi  
Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse



Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

Forventningene og omgivelsene til prehospitaltjenester er i endring og dette utfordrer den tradisjonelle modellen for levering av ambulansetjenester. Ambulansetjenesten opplever jevn vekst i aktivitet, og med forventning om strammere budsjetter i årene som kommer vil det være viktig å utnytte ressursene best mulig uten at det går på bekostning av kvaliteten på tilbudet.

Ambulansetjenesten har vist seg å være et relativt nytt forskningsfelt og det eksisterer usikkerhet rundt hvordan å hensiktsmessig implementere endringstiltak. For å bidra til forskning og redusere usikkerheten har vi studert implementering av effektiviseringstiltak ved prehospital klinikk ved Sykehuset i Vestfold som et representativt case på den norske ambulansetjeneste. Vi har undersøkt implementeringen av en godt dokumentert endring i retrospekt for å kartlegge utfordringer som oppstod underveis og i etterkant av endringsprosessen, samt hvordan dette legger føringer for fremtidig endringsarbeid. I lys av arbeidet til Pettigrew (1985; 1987) og Pettigrew, Woodman og Cameron (2001) har vi sett på hvordan konteksten, innholdet og prosessen, samt relasjonen mellom disse aspektene er sentrale for utfallet av endringer med formål om å effektivisere ambulansetjenesten.

Gjennom vårt forskningsarbeid har det blitt avdekket fem utfordringer som prehospitaltjenesteledere trolig vil møte ved implementering av tiltak for å effektivisere tidsbruk på ambulanseoppdrag. De fem utfordringene er: variasjon på tvers av ambulanseoppdrag, å få til tilstrekkelig kommunikasjon til ambulansesarbeidere, utilstrekkelig samforståelse for endringsbehov, å få til høy nok grad av involvering av ambulansesarbeidere, samt lav grad av tillit til ledelsen blant ambulansesarbeidere. Vi konkluderer med at utfordringene kan generaliseres til andre norske ambulansetjenester og delvis utover landegrensene, men at det kreves mer forskning nasjonalt og internasjonalt for å generalisere ytterligere med sikkerhet. I praksis anbefaler vi prehospitaltjenesteledere å være forberedt på at utfordringene kan oppstå ved implementering av effektiviseringstiltak og vi råder dem til å tilrettelegge for disse utfordringene i endringsarbeidet.

# Abstract

The expectations and surroundings of prehospital services are changing and this challenges the traditional model for delivering ambulance services. The ambulance service is experiencing steady growth in activity, and with the expectation of tighter budgets in the years to come it is of importance to utilise resources in the best possible way without compromising the quality of the service.

The ambulance service has proved to be a relatively new field of research and there exists uncertainty regarding how to implement changes. In order to contribute to research and reduce uncertainty, we have studied implementation of efficiency measures at the prehospital clinic of the Vestfold Hospital Trust as a representative case of the Norwegian ambulance service. We have researched the implementation of a well-documented change in retrospect in order to identify challenges and experiences that occurred during and after the change process, and how this lays the foundations for future change. In light of the work of Pettigrew (1985; 1987) and Pettigrew, Woodman and Cameron (2001) we have studied how the context, content and process, as well as the relation between these aspects, are important to the outcome of changes with the purpose of improving the ambulance service's efficiency.

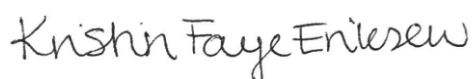
Through our research there has been identified five challenges that prehospital managers likely will encounter when implementing efficiency measures to reduce use of time on ambulance missions. The five challenges are: variation across ambulance missions, to obtain adequate communication to ambulance workers, inadequate mutual understanding of the need for change, to obtain a sufficient level of involvement of ambulance workers, and low degree of trust towards management among ambulance workers. We conclude that the challenges can be generalized to other Norwegian ambulance services, and partly beyond national borders, but that more research is needed nationally and internationally in order to generalize further with certainty. In practice, we recommend prehospital managers to be prepared for the challenges that may arise when implementing efficiency measures, and recommend them to take these challenges into account in the change process.

# Forord

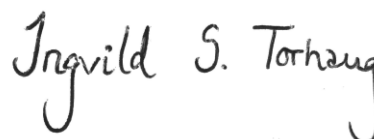
Denne masteroppgaven er skrevet ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) ved Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse (IØT) innenfor hovedprofilen strategisk endringsledelse, våren 2020. Formålet med oppgaven er å identifisere hvilke utfordringer prehospitale ledere møter ved implementering av tiltak for å effektivisere tidsbruk på ambulanseoppdrag.

Vi ønsker å rette en stor takk til vår veileder Marte Daae-Qvale Holmemo for god oppfølging, refleksjoner og grundige tilbakemeldinger underveis i prosessen. I tillegg vil vi takke prehospital klinikk ved Sykehuset i Vestfold for verdifull tilgang på informanter og data. Videre retter vi en takk til alle som tok seg tid til å bli intervjuet av oss. Deres bidrag har vært uvurderlig for forskningsarbeidet vårt.

Trondheim, 29.05.2020



Kristin Faye Eriksen



Ingvild Schjander Torhaug





# Innhold

Sammendrag .....	v
Abstract .....	vi
Forord .....	vii
Innhold .....	ix
Figurer .....	xi
Tabeller .....	xi
<b>1 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn .....	1
1.2 Forskningsspørsmål .....	1
1.3 Tilnærming til endring .....	2
1.4 Struktur for oppgaven .....	4
<b>2 Teori</b> .....	<b>5</b>
2.1 Ambulansetjenesten .....	5
2.2 Implementering av endring i ambulansetjenesten .....	7
2.3 Implementering av effektiviseringstiltak .....	11
2.4 Effektivisering i ambulansetjenesten .....	12
2.5 Implementering av effektiviseringstiltak i ambulansetjenesten .....	16
<b>3 Forskningstilnærming</b> .....	<b>18</b>
3.1 Forskningsstrategi .....	18
3.1.1 Kvalitativ forskningsstrategi .....	18
3.1.2 Forhold mellom teori og data .....	18
3.2 Forskningsdesign .....	19
3.2.1 Casestudie .....	19
3.2.2 Casebedriften .....	19
3.3 Forskningsmetode .....	20
3.3.1 Datainnsamling .....	20
3.3.2 Metodekritikk .....	22
3.4 Dataanalyse .....	22
3.5 Etiske vurderinger .....	23
3.5.1 Konfidensialitet og samtykke .....	23
3.5.2 Formidling av forskningen .....	24
<b>4 Resultater</b> .....	<b>25</b>
4.1 Ambulansetjenesten ved SiV .....	25

4.1.1 Utvikling og variasjon i etterspørsel, aktivitet og arbeidsoperasjoner .....	25
4.1.2 Ambulansearbeidernes arbeidssituasjon .....	26
4.1.3 Ny medisinsk indeks for fordeling av ambulanseoppdrag .....	27
4.2 Implementering av endring i ambulansetjenesten ved SiV .....	28
4.2.1 Endring av arbeidstidsordningen til ambulansepersonellet ved SiV.....	28
4.2.2 Ambulansearbeidernes tillit til ledelsen .....	31
4.3 Effektivisering av tidsbruk på ambulanseoppdrag ved SiV .....	31
4.3.1 Potensiale for effektivisering av et ambulanseoppdrag .....	31
4.3.2 Måling av og statistikk over tidsbruk.....	33
4.3.3 Varierende tidsbruk på tvers av enkeltpersoner og stasjoner .....	35
4.4 Implementering av effektiviseringstiltak i ambulansetjenesten ved SiV .....	36
<b>5 Diskusjon.....</b>	<b>38</b>
5.1 Utfordringer prehospitalt ledere ved SiV møter .....	38
5.2 Utfordringer prehospitalt ledere møter .....	39
5.2.1 Variasjon på tvers av ambulanseoppdrag .....	39
5.2.2 Å få til tilstrekkelig kommunikasjon til ambulansearbeidere .....	41
5.2.3 Utilstrekkelig samforståelse for endringsbehov gjennom et fokus på statistikk og målinger .....	42
5.2.4 Å få til høy nok grad av involvering av ambulansearbeidere.....	45
5.2.5 Lav grad av tillit til ledelsen blant ambulansearbeidere .....	46
5.2.6 Lite strukturert ledelse.....	47
5.3 Implikasjoner for forskning .....	49
5.4 Implikasjoner for praksis .....	50
<b>6 Konklusjon .....</b>	<b>53</b>
Referanser.....	54
Vedlegg.....	62

## Figurer

Figur 1.1. Illustrasjon av et ambulanseoppdrag .....	2
Figur 1.2. Visuell fremstilling av det analytiske rammeverket brukt for å besvare oppgavens forskningsspørsmål.....	3
Figur 2.1. Oppsummering av hva litteraturen sier om konteksten .....	7
Figur 2.2. Oppsummering av hva litteraturen sier om relasjonen mellom kontekst og prosess .....	10
Figur 2.3. Oppsummering av hva litteraturen sier om relasjonen mellom prosess og innhold.....	12
Figur 2.4. Illustrasjon av forskjellen mellom produktivitet og effektivitet i helsesektoren .....	13
Figur 2.5. Oppsummering av hva litteraturen sier om relasjonen mellom kontekst og prosess .....	16
Figur 2.6. Oppsummering av det teoretiske grunnlaget for masteroppgaven .....	17
Figur 3.1. Organisasjonskart for prehospital klinikk ved SiV .....	20
Figur 4.1. Utnyttelsesgrad av ambulanser per minutt gjennom en uke .....	26
Figur 4.2. Prosentvis fordeling av grønne, gule og røde oppdrag per år (1999-2020).....	27
Figur 4.3. Gjennomsnittlig etterspørsel etter ambulanser fordelt på røde, gule og grønne oppdrag, samt tilpasning av antall ambulanser i vakt. Den stiplede linjen viser antall ambulanser på døgnvakter .....	29
Figur 4.4. Utvikling (nedgang) i reaksjonstid på akutte oppdrag fra 2010-2018 fordelt på de fem ambulansestasjonene tilhørende SiV .....	32
Figur 4.5. Utvikling (nedgang) i reaksjonstid på hasteoppdrag fra 2010-2018 fordelt på de fem ambulansestasjonene tilhørende SiV .....	33
Figur 5.1. Illustrasjon av de seks utfordringene prehospital ledere ved SiV møter .....	39
Figur 5.2. Utfordringene prehospital ledere møter ved implementering av tiltak for å effektivisere tidsbruk på ambulanseoppdrag .....	49

## Tabeller

Tabell 3.1. Oversikt over informantene som deltok i intervjuene.....	21
Tabell 4.1. Tabell som illustrerer at "tid på hentested" og "tid på lev.sted" har økt de siste årene for en av SiVs ambulansestasjoner .....	34
Tabell 4.2. Statistikk over tidsbruk på leveringssted og hentested fordelt på stasjoner og enkeltpersoner.....	35
Tabell 4.3. Seks kilder til innflytelse .....	37



# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Helseorganisasjoner over hele verden er i dag utsatt for innstramming av driftsbudsjetter og samtidig en økende etterspørsel etter sine tjenester (Wankhade & Mackway-Jones, 2015). Både forventningene og omgivelsene til prehospitaler tjenester er i utvikling, og det er tydelig at konteksten til ambulansetjenesten endrer seg raskt (Wankhade & Mackway-Jones, 2015; Wankhade, Radcliffe & Heath, 2015). Videre hevder Wankhade og Mackway-Jones (2015) at omgivelsene som ambulansetjenesten opererer innenfor stadig blir mer komplekse. I tillegg vil presset fra en aldrende befolkning og demografiske endringer utfordre den tradisjonelle modellen for levering av ambulansetjenester. Alt dette har ført til nye tanker om hvordan ambulansetjenesten skal levere tjenester ved å gjøre "mer for mindre" (Wankhade et al., 2015). Ifølge Wankhade og Mackway-Jones (2015) er ambulansetjenesten nødt til å øke produktiviteten og tilpasse dette til lavere kostnader. For å kunne oppnå forventede forbedringer i prestasjon og kvalitet hevder Wankhade et al. (2015) at ambulansetjenesten globalt må benytte seg av mer effektive metoder i tiden fremover. Behovet for å tilpasse seg, finne nye modeller for levering av tjenester, samt å lære av andre ambulansetjenester over hele verden har derfor aldri vært større (Wankhade & Mackway-Jones, 2015).

Forskning innenfor prehospitaler tjenester som organisasjonsfelt henger etter andre deler av helsetjenesten, og det er behov for å øke volumet av prehospital forskning spesielt fra et ledelsesperspektiv (Andrews & Wankhade, 2014; Bevan & Hood, 2006; Heath & Radcliffe 2007; 2010; Wankhade, 2011a; 2012). Hva gjelder selve tjenestene som leveres, har det vært en tydelig utvikling (Helsedirektoratet, 2016). Tradisjonelt har ambulansetjenesten blitt ansett som en ren transporttjeneste med enkle førstehjelpsmuligheter, men har ifølge Helsedirektoratet (2016) utviklet seg til å bli et helhetlig system for håndtering av akutte skader og sykdommer utenfor sykehus.

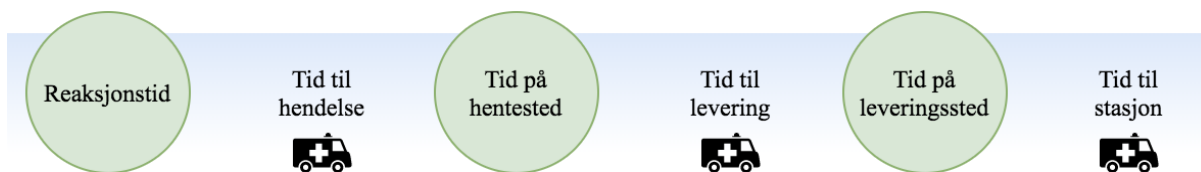
## 1.2 Forskningsspørsmål

Ettersom ambulansetjenesten er et relativt nytt forskningsfelt eksisterer det mye usikkerhet rundt hvordan man skal implementere endringstiltak i den gitte konteksten (Adler et al., 2003; Bernstrøm, 2014; Bowen & Graham, 2013). For å redusere usikkerheten slik at prehospitaler ledere skal kunne håndtere den økende etterspørselen og fremtidige utfordringer, vil det være nødvendig å forske mer på området. Videre vekket det faktum at det eksisterer et internasjonalt behov for bedre utnyttelse av ressurser i ambulansetjenesten vår nysgjerrighet for å studere effektivisering av ressursbruk ved prehospital klinikk ved Sykehuset i Vestfold, heretter omtalt som SiV. Med bakgrunn i alt dette vil denne oppgaven forsøke å besvare forskningsspørsmålet:

*Hvilke utfordringer møter ledelsen ved prehospital klinikk ved implementering av tiltak for å effektivisere tidsbruk på ambulanseoppdrag?*

I begrepet "implementering" legger vi det å omsette planer til praktisk arbeid. I tråd med Pettigrew (1987) forstår vi det slik at handlinger, reaksjoner og samspill mellom

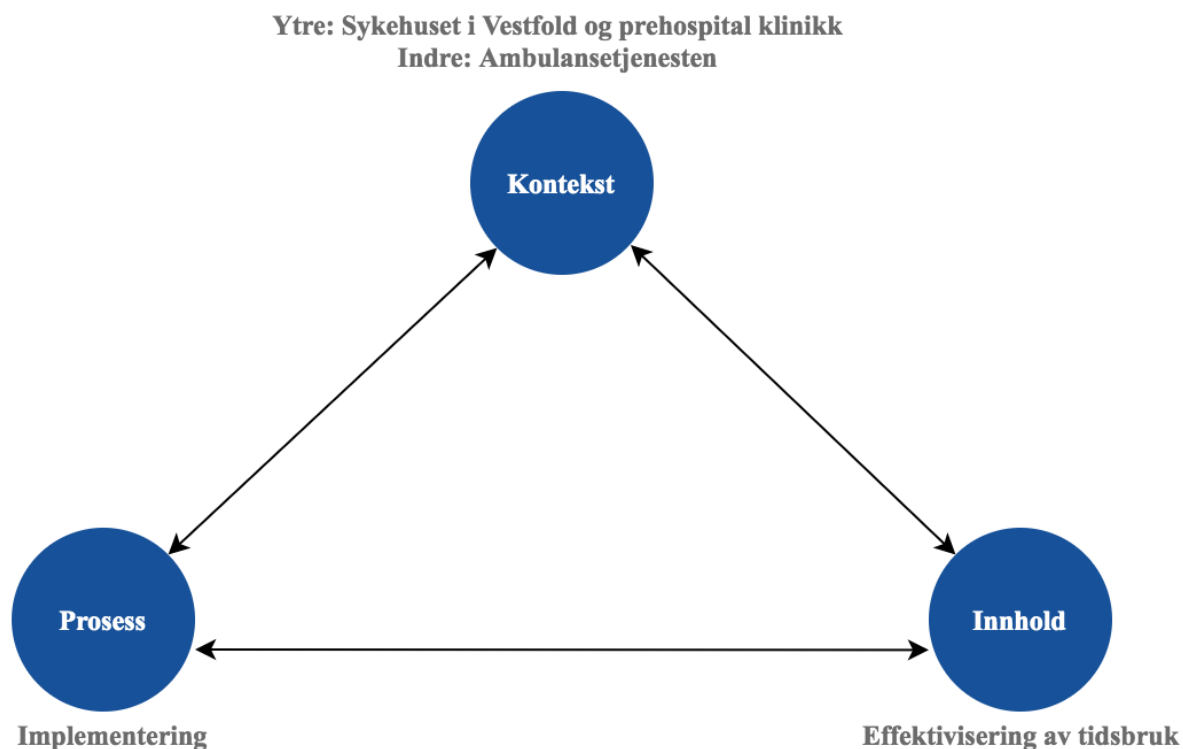
interessenter står sentralt under implementering av endring. Videre vil "tiltak for å effektivisere" betegne endringer med formål om å øke effektivitet i form av ressursbesparelse. "Å effektivisere tidsbruk på ambulanseoppdrag" vil etter vår forståelse omhandle å korte ned den totale tiden som en ambulanse bruker ute på oppdrag uten å forringe kvalitet. Det innebærer å optimalisere med hensyn til ressurser, i form av å nå ut til flere pasienter uten tilgang på en større mengde ressurser og på denne måten unngå at alle ambulanser er opptatt under kritiske aktivitetsperioder. For at dette skal være mulig vil det være nødvendig å redusere tiden som brukes på en eller flere av områdene som utgjør et ambulanseoppdrag. Med "ambulanseoppdrag" menes tiden det tar fra makkerparet i ambulansen blir varslet av Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral, heretter omtalt som AMK, om en hendelse, til de slår seg ledig for nytt oppdrag. Et makkerpar består av to ambulansearbeidere som jobber sammen ute på oppdrag, og AMK er telefonsentralen som besvarer det medisinske nødnummeret 113 og overvåker ambulansetransporter (Braut, 2019). Se figur 1.1 for en illustrasjon av et ambulanseoppdrag.



Figur 1.1. Illustrasjon av et ambulanseoppdrag

### 1.3 Tilnærming til endring

For å besvare forskningsspørsmålet vil vi ha en tilnærming til endring som er i tråd med Pettigrew (1985; 1987) og Pettigrew, Woodman og Cameron (2001) sitt arbeid. Årsaken er at deres arbeid fokuserer på endringsprosesser heller enn enkeltepisoder av endringer, og understreker viktigheten av å betrakte kontekstuelle faktorer som er med på å forme endring. Pettigrew (1987) påpeker at for å forstå en organisatorisk endring er man nødt til å se på konteksten, prosessen og innholdet til endringen, samt relasjonen mellom disse tre aspektene. Figur 1.2 gir en visuell fremstilling av det analytiske rammeverket som Pettigrew (1987) presenterer og hvordan det vil bli benyttet i denne oppgaven.



*Figur 1.2.* Visuell fremstilling av det analytiske rammeverket brukt for å besvare oppgavens forskningsspørsmål

Ifølge Pettigrew (1987) er konteksten til en organisatorisk endring det som beskriver hvor og hvorfor endringen oppstår. Konteksten kan deles inn i ytre og indre. Den ytre konteksten består av de sosiale, økonomiske, politiske og konkurrerende omgivelsene til organisasjonen, og den indre inkluderer strukturen, organisasjonskulturen og politisk kontekst innad. I denne oppgaven blir den ytre konteksten betraktet som SiV og prehospital klinikk, og den indre konteksten som ambulansetjenesten. Prosessen til en organisatorisk endring omhandler hvordan endringen skal gjennomføres (Pettigrew, 1987). Prosessen refererer til handlinger, reaksjoner og samspill mellom interessenter i utførelsen av endringen. I denne oppgaven vil prosessen betraktes som selve implementeringen av endring. Videre definerer Pettigrew (1987) innhold som det man ønsker å endre. I forbindelse med oppgavens forskningsspørsmål vil endringens innhold bli sett på som effektivisering av tidsbruk.

I tillegg til å se på konteksten, prosessen og innholdet til endring isolert, hevder Pettigrew (1987) at det er sentralt å analysere forholdet mellom de tre elementene kontekst, prosess og innhold ved endring. Oppgaven vil derfor ta for seg relasjonen mellom to og to elementer, samt sammenhengen mellom alle de tre elementene totalt. Relasjonen mellom kontekst og prosess blir her å undersøke hvilke spesielle forhold i ambulansetjenesten ved SiV som vil påvirke implementering av endring, samt hva som allerede er erfart relatert til implementering i denne konteksten. Sammenhengen mellom prosess og innhold, altså relasjonen mellom implementering og effektivisering av tidsbruk, vil i stor grad bli betraktet i lys av vår akademiske bakgrunn. Vi har begge kunnskap fra økonomi- og ledelsesfag i tillegg til å ha gått teknologiretningen produktutvikling og produksjon. Denne kombinasjonen har gitt oss faglig kompetanse som former vår forståelse for implementering av effektiviseringstiltak. Videre vil det å analysere forholdet mellom

kontekst og innhold ta for seg effektivisering av tidsbruk på ambulanseoppdrag ved SiV. Til sist vil det være sentralt å betrakte alle de tre elementene beskrevet av Pettigrew (1987), altså implementering av tiltak for å effektivisere tidsbruk på ambulanseoppdrag i ambulansetjenesten ved SiV.

I henhold til denne tankegangen ønsker vi å se på endring som en prosess over tid. En kontekstuell analyse av en slik endringsprosess vil ta for seg fenomener på vertikale og horisontale nivåer og sammenkoblingen mellom disse nivåene over tid (Pettigrew, 1987). Den vertikale dimensjonen refererer til gjensidig avhengighet mellom ulike nivåer. Likevel er det viktig å poengtere at det er forskjell på makro- og mikronivå, altså at man ikke automatisk kan si at det som er gjeldende for samfunnet også gjelder for en organisasjon (Pettigrew, 1987). I dette forskningsarbeidet vil det være sentralt å få innsyn i ulike nivåer som påvirker ambulansetjenesten ved SiV. På denne måten vil det være mulig å avdekke virkningen av en endring som pålegges av prehospitale ledere, og hvordan en slik endring påvirker den indre konteksten eksempelvis i form av atferden til ambulansarbeidere. Slik vil det være mulig å kartlegge utfordringer som ledelsen møter ved implementering av fremtidige endringer. Videre refererer den horisontale dimensjonen til sammenhengen mellom fenomener i fortid, nåtid og fremtid (Pettigrew, 1987). Med grunnlag i dette ønsker vi å ta for oss en endring som har blitt implementert ved ambulansetjenesten tidligere og se på hvordan det oppleves nå, samt hvordan det legger føringer for fremtidig endringsarbeid.

## **1.4 Struktur for oppgaven**

Vi vil i denne oppgaven først ta for oss det teoretiske grunnlaget som har blitt benyttet for å besvare forskningsspørsmålet. Her vil eksisterende litteratur bli presentert i en systematisk gjennomgang i henhold til Pettigrew (1987) sitt rammeverk. Deretter vil forskningstilnærmingen for arbeidet vårt presenteres, hvor vi begrunner valget av forskningsstrategi, -design og -metode og utdyper våre etiske vurderinger. Videre vil vi ta for oss resultatene som fremkommer fra datainnsamlingen. Deretter følger en diskusjon rundt resultatene hvor funnene fra datainnsamlingen blir drøftet og satt i sammenheng med teori. I diskusjonen vil i tillegg implikasjoner for forskning presenteres i form av vårt bidrag til litteraturen og behovet for videre forskning, så vel som implikasjoner for praksis. Til sist vil en konklusjon formuleres og forskningsspørsmålet vil besvares.



## 2 Teori

I denne delen vil det teoretiske grunnlaget for oppgaven gjennomgås. Vi vil først ta for oss hva eksisterende litteratur sier om endringsarbeid i ambulansetjenesten, samt implementering av endringer i ambulansetjenesten. Deretter vil vi betrakte hva litteraturen sier om implementering av effektiviseringstiltak generelt, i tillegg til effektivisering i ambulansetjenesten spesifikt. Til sist vil implementering av effektiviseringstiltak i ambulansetjenesten betraktes.

### 2.1 Ambulansetjenesten

Ambulansetjenesten omtales i dag som sykehusets forlengede arm (Helsedirektoratet, 2016). For å forstå endring i ambulansetjenesten vil det derfor være nødvendig med en innsikt i endringsarbeid på sykehus for en dypere kontekstuell forståelse.

Ifølge Sørås (2007) er sykehus så særegne at endring er spesielt vanskelig. Sørås (2007) belyser at det er flere årsaker til dette. Først og fremst oppleves arbeidet som utføres på sykehus å være mer komplekst og varierende enn i andre organisasjoner. Dette gjør det vanskelig å definere og måle resultater. Videre er mye av arbeidet akuttvirksomhet og det er liten toleranse for tvil eller feil. At klinikere på sykehus er profesjonsorienterte, som vil si at primærlojaliteten tilhører profesjonen fremfor organisasjonen, utgjør også et skille fra andre organisasjoner. Alt dette hevder Sørås (2007) gjør endringsarbeid på sykehus utfordrende.

Videre er systemer for å definere, måle og gi tilbakemelding omhandlende prestasjon tradisjonelt sett underutviklet i sykehus (Nembhard, Alexander, Hoff & Ramanujam, 2009). For det første er det vanskelig å kvantifisere det som utgjør sykehusets prestasjon, eksempelvis omsorgskvalitet (André, Sjøvold, Rannestad, Holmemo & Ringdal, 2013). For det andre ser man at ledelsen har en tendens til å ha et begrenset engasjement i utformingen av forbedringstiltakene, noe som virker negativt inn på de ansattes tillit (Nembhard et al., 2009).

Relatert til ambulansetjenesten er det tydelig at konteksten er i endring (Wankhade et al., 2015). Enorme kutt i offentlige utgifter kombinert med strukturelle endringer har ført til nye tanker om hvordan ambulansetjenesten skal levere tjenester ved å gjøre "mer for mindre". Blaber og Harris (2014) og Newton (2011) argumenterer for at ambulansetjenesten er låst i et foreldet tankesett som forsterker en tradisjonell driftsmåte. Denne tenkemåten er ikke tilstrekkelig tilpasset de nye kravene, variasjonen i aktivitet og den økte etterspørselen som er tilstede i dag. Å respondere på dagens økende press på en effektiv måte vil kreve læring og drift som er langt mer reflekterende, og som gjenspeiler de skiftende og uforutsigbare omgivelsene til ambulansetjenesten. Blaber og Harris (2014) og Newton (2011) konkluderer med at gjennomføring av nødvendige organisatoriske endringer vil kreve høy kompetanse innenfor ledelse.

Det er begrenset med akademisk litteratur som forklarer hvorfor etterspørselen av ambulansetjenester fortsetter å øke (Wankhade & Mackway-Jones, 2015). Den økende etterspørselen er til stede internasjonalt og omhandler lignende temaer på tvers av landegrensler, slik som høyere gjennomsnittsalder i befolkninger, samt urbanisering og fragmentering av lokalsamfunn. Til tross for at dette er bemerket og dokumentert de siste

årene over hele verden, finnes det ifølge Wankhade og Mackway-Jones (2015) fremdeles lite forskning som forklarer etterspørselsfaktorene beskrevet overfor.

I helsesektoren ser man et økt behov for profesjonell utvikling (Benger & Willett, 2013). Ambulansearbeidere er blant annet ansvarlig for å berolige pasient, pårørende og kollegaer gjennom å utføre en rekke ulike aktiviteter (Woollard, 2009). For å klare dette må ambulansearbeidere ifølge Woollard (2009) blant annet delta i klinisk veiledning, ta ansvar for egen fagutvikling, lese fagtidsskrifter regelmessig og være en rollemodell for mindre erfarne ambulansearbeidere i form av å vise god oppførsel og etikk, samt å oppnå gode resultater. I tillegg hevder First, Tomlins og Swinburn (2012) at for å få ambulansearbeidere til å ønske og videreutvikle deres profesjon, må ledelsen jobbe med å engasjere dem. Dette er viktig for å øke arbeidernes engasjement for ambulansetjenestens fremtidige retning.

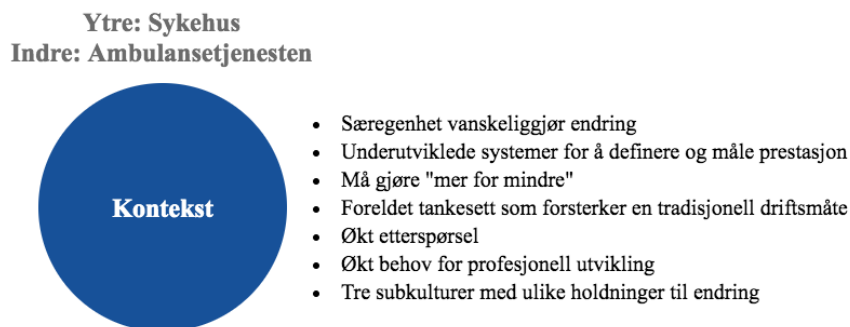
Flere studier tyder på at effektiviteten til en rekke organisasjoner, inkludert sykehus, kan være knyttet til organisasjonens kultur (Cameron & Freeman, 1991; Driscoll & Morris, 2001; Ferlie & Shortell, 2001; Wilderom, Glunk & Maslowski, 2000). Ifølge Wankhade (2010) eksisterer det ikke én samlet kultur i ambulansetjenesten, men heller tre subkulturer som ofte er i konflikt med hverandre og fungerer på tvers av formål. Wankhade (2012) argumenterer for at det mangler et felles syn blant de tre subkulturene på hva gode resultater er, og hver gruppe har vist å ha sine egne antagelser om dette. Videre preges kulturene av ulike holdninger til hvordan å tilpasse seg endringer.

Den første subkulturen i ambulansetjenesten er ifølge Wankhade (2010) operatørkulturen som består av ambulansearbeidere som påtar seg oppdrag og kjører ambulanse. Ambulansearbeiderne må ha bestemte medisinske ferdigheter for å kunne gi pasienten nødvendig hjelp og må håndtere et bredt utvalg av pasienter. For at ambulansetjenesten som en organisasjon skal prestere på et høyt nivå er den helt avhengig av ambulansearbeiderne, og ambulansetjenestens suksess avhenger av deres kunnskap, ferdigheter og forpliktelse til arbeidet. Den andre identifiserte subkulturen er ingeniørkulturen (Wankhade, 2010). Denne gruppen representeres av de som besvarer nødtelefoner og sender ut ambulansen til hentestedet. Ingeniørkulturen tilbyr en tjeneste som ofte involverer sterkt emosjonelle og stressende situasjoner. Deres effektivitet er avgjørende for å oppnå gitte standarder, noe som krever trening i å kategorisere nødannrop gjennom å stille innringer strukturerte spørsmål og respondere med hensiktsmessige svar. Den tredje og siste subkulturen i ambulansetjenesten er preget av er den utøvende kulturen bestående av lederne (Wankhade, 2010). Disse lederne fokuserer på økonomisk overlevelse for å gi sine interessenter tilstrekkelig avkastning, samt betrakter oppnåelse av gode resultater for ambulansetjenesten som øverste prioritet. Den utøvende kulturen ønsker å sikre samarbeid med andre akuttmottak og helsetjenester, da dette gjennom bedre planlegging og koordinering vil muliggjøre en raskere utvikling av ambulansetjenesten sin rolle, forbedring av kliniske ferdigheter og effektivitet.

Forskning viser at mangel på konsensus mellom de tre subkulturene ofte resulterer i rivalisering og konkurranse dem imellom (Martin, 1992; 2002). Ettersom kultur er basert på menneskelig samhandling og kommunikasjon, er tillit og teamarbeid avgjørende for å sikre effektivitet. Det er ifølge Schein (1995; 1996) viktig å gjenkjenne de tre subkulturene og anerkjenne bidraget til hver gruppe. I tråd med dette mener Wankhade (2012) at ambulansetjenesten ville vært mer effektiv dersom subkulturene ble anerkjent og tiltak ble iverksatt for å skape en felles forståelse mellom dem. Forfatteren mener sviktende

kommunikasjon mellom subkulturene påvirker læring i organisasjonen, og vil dermed prege både effektivitet og resultater (Wankhade, 2012).

Figur 2.1 viser en oppsummering av hva litteraturen sier om endringsarbeid i sykehus og ambulansetjenesten, altså endringens kontekst.



Figur 2.1. Oppsummering av hva litteraturen sier om konteksten

## 2.2 Implementering av endring i ambulansetjenesten

Sykehus blir i litteraturen konsekvent fremstilt som trege hva gjelder implementering av endringer, og det belyses at dette er gyldig uavhengig av type endring og klinisk kontekst (Adler et al., 2003; Colldén & Hellström, 2018; Vaughn et al., 2019). Til tross for at mange sykehus i dag bruker betydelige ressurser på forbedringsprosjekter, virker det som endringens innhold sprer seg sakte i organisasjonen (Engle et al., 2017; Nembhard et al., 2009; Radnor, Holweg & Waring, 2012). Dette skaper betydelige "knowing-doing" gap ved sykehus (Bowen & Graham, 2013). Et slikt gap vil si at ledere vet hva som må til for å forbedre resultatene til organisasjonen, men vet ikke hvordan de skal få gjennomført det (Adler et al., 2003).

Det finnes ulike syn blant teoretikere på hvorfor endringer er utfordrende å implementere i sykehus. Litteratur om organisasjonslæring legger vekt på læringsprosesser på teamnivå og viser hvordan sykehusets hurtige og skiftende arbeid samt hierarkisk struktur ofte er hemmende for systematisk problemløsning og ansattes medvirkning (Nembhard, Labao & Savage, 2015; Tucker & Edmondson, 2003; Tucker, Nembhard & Edmondson, 2007). Annen litteratur derimot vektlegger helsepersonellens motstand mot ledelsen og endring generelt, da helsepersonell ofte oppfatter at ledelsen implementerer tiltak som strider mot kvaliteten på omsorgen gitt til pasienten (Adler & Kwon, 2013; Waring & Bishop, 2010).

Flere studier tyder på at de nordiske landene kjennetegnes ved at organisasjoner ofte har et fokus på tilfredshet og læring på jobben, en flat organisasjonsstruktur og høy grad av deltagelse og autonomi (Gustavsen, 2011; Lindell & Arvonen, 1996; Smith, Andersen, Ekelund, Graversen & Ropo, 2003). Implementeringsprosesser som strider mot disse kjennetegnene ved å være for toppstyrt, legge opp til lite deltagelse og lite innflytelse blant de ansatte vil ifølge Bernstrøm (2014) møte særlig motstand. Endringer som vokser fram i organisasjonen vil dermed ha en høyere suksessrate enn de som er styrt ovenfra og ned (Higgs & Rowland, 2005). I tillegg vil det være viktig for implementering av endring at medarbeidere har et direkte eierforhold til problemet ved å kunne påvirke resultatet, samt

at de opplever at de selv definerer forbedringsområder og løsninger (Sørås, 2007). Videre står prinsippet om klinisk autonomi sterkt i helsesektoren, altså at den ansatte har kontroll over diagnose, behandling og evaluering (Gray & Harrison, 2004). Dersom ledelsen implementerer endringer som griper inn i denne kontrollen, vil dette stå i naturlig kontrast til helsepersonellets verdier og vil dermed kunne medføre motstand.

For norske sykehus er det ifølge Sørås (2007) utfordrende å implementere endringstiltak da de skiller seg fra andre organisasjoner i form av profesjonsdominans og liv-død-problematikken. Videre er kompleksiteten på et sykehus en dominerende årsak til at det er vanskelig å få til endringsprosesser, og sykehus tyr derfor ofte til ekstern bistand for å drive forbedringsarbeid. Dette kan medvirke til at sykehus ikke opparbeider egen endringskompetanse, da kompetansen forsvinner etter endt oppdrag. Sørås (2007) poengterer at det ikke foreligger noen tradisjon for å satse på endringskompetanse selv om dette er nødvendig for å få til kontinuerlig forbedring. I dag eksisterer det derfor et gap mellom strategiske signaler fra regionale helseforetak om økt endringsledelse, og den faktiske og formelle kompetansen rundt endringsarbeid hos ledere og ansatte i sykehusene (Sørås, 2007).

Videre hevder Bernstrøm (2014) at det i dag er flere implementeringer av endring i helsetjenesten som feiler og ikke når de målene ledelsen har satt opp. Årsaken til at implementeringen mislykkes er ifølge Bernstrøm (2014) ofte et resultat av at ansatte innehar en motstand mot endring. Forfatteren påpeker at det er flere faktorer som kan føre til at medarbeidere i helsesektoren motsetter seg endring. Ofte kan slik motstand oppstå med bakgrunn i at endringen innebærer et tap for vedkommende. Dette kan eksempelvis være tap av makt, lønn eller fritid. Dersom det eksisterer et manglende samsvar mellom de ansattes opplevelse av egne og organisasjonens verdier og forventninger og det den foreslåtte endringen representerer, kan dette også være en fremmede faktor for motstand (Burnes & Jackson, 2011; Fiol, 2002; Karp & Helgø, 2008; Latta, 2009). I helsesektoren må ledelsen forholde seg til politiske føringer og krav om kostnadseffektivisering, mens profesjonsdominansen gjør at det medisinske personellets lojalitet i større grad er knyttet til pasienten og profesjonen (Callaly & Arya, 2005). Dette kan ifølge Callaly og Arya (2005) medføre en skjevhet mellom ledelsen som tar beslutninger om implementering av endringer og utøvende personell som skal gjennomføre endringen, noe som er utfordrende.

Utover dette fremhever Bernstrøm (2014) endringskynisme som en årsak til motstand mot implementering av endringsprosesser i helsesektoren. Endringskynisme defineres som en innstilling til endring der medarbeidere opplever endringene som forstyrrende, at de ikke medfører bedring og tar oppmerksomheten vekk fra kjerneoppgavene. Troen på at endringsforsøket ikke vil lykkes er gjerne et resultat av ledelsens manglende evne til motivasjon, samt erfaringer med tidligere endringsprosesser som ikke har lyktes eller nådd de tiltenkte målene (Brown & Cregan, 2008; Wanous, Reichers & Austin, 2000). Slik kynisme kan fungere som en selvoppfyllende profeti ettersom de ansatte ikke bidrar eller støtter opp under endringer de i utgangspunktet ikke tror vil fungere. Det er derfor ifølge Sørås (2007) nødvendig at ledelsen skaper en krisefølelse for å lykkes med implementeringen, samt etablerer både en klar visjon for endringen og en forståelse for at noe må endres. Dersom de ansatte blir med på arbeidet med endringen, vil det være mer sannsynlig at implementeringen fører til en stabil endring som varer. Avslutningsvis står det sentralt at ansatte kan motsette seg en endring utelukkende fordi de mener at det er en dårlig ide. Ofte sitter medarbeiderne på annen informasjon enn ledelsen, og kan se

praktiske implikasjoner ved implementeringen som er vanskelig å se høyere opp i hierarkiet (Ford & Ford, 2010).

Ettersom litteraturen trekker frem konkrete faktorer som hemmer implementering av organisasjonsendringer, kan det tenkes at det er enkelt å unngå disse og heller gjennomføre en vellykket prosess (Bernstrøm, 2014). Slik er det ikke nødvendigvis. Til tross for at litteraturen beskriver hva som hemmer og fremmer endringsprosesser i helsesektoren er det fortsatt vanskelig å få gjennomført og implementert endring som når de definerte målene. Bernstrøm (2014) presenterer tre forslag som forklarer årsaken til dette. Først og fremst er det enklere sagt enn gjort. Det er enkelt å påpeke hvorfor implementering av endringer i helsesektoren ikke går som planlagt og hva som må iverksettes for å legge forholdene til rette for en vellykket prosess, men det er vanskeligere å gjennomføre i praksis. Videre eksisterer det ikke en "beste måte" å gjennomføre en endringsprosess på i helsesektoren som vil fungere hver gang. Hva som fremmer vellykket implementering varierer over tid og er avhengig av konteksten endringen skjer i (Burnes & Jackson, 2011). I tillegg trekkes det frem at helsetjenesten er en kompleks organisasjon med konkurrerende mål og flere ulike interesser, noe som medfører kaos som gjør det utfordrende å predikere og kontrollere utviklingen av endringsprosessen (Karp & Helgø, 2008).

Videre fremhever Scott, Mannion, Davies og Marshall (2003) at mangelfull håndtering av organisasjonskultur er en hindring for vellykkede endringer i helsetjenesten. Scott et al. (2003) identifiserer blant annet mangelfull eller upassende ledelse, mangel på eierskap til endringen, samt subkulturer innad i organisasjonen som faktorer som kan hindre implementering av endringer i helsesektoren. Relatert til mangelfull ledelse påpeker Scott et al. (2003) at ledelse er et viktig aspekt i enhver endringsprosess, og fremhever i tråd med Schein (1995) at upassende ledelse er en sentral årsak til hvorfor mange forsøk på kulturelle endringer feiler. For å få implementert endringer i helsetjenesten hevder Scott et al. (2003) at det er nødvendig med både transaksjonell og transformativ ledelse. Ved transaksjonell ledelse står kontroll gjennom for eksempel belønningssystemer i fokus, mens den transformativ ledelsen skal inspirere til kognitiv endring av organisasjonsmedlemmenes tolkning og erfaringer rundt helsesystemet.

Utover dette kan mangel på eierskap til endringen hindre forsøk på endringer innad i helseorganisasjonen (Scott et al., 2003). Forfatterne utdyper at med mindre mange av medarbeiderne føler eierskap til endringsprogrammet, er det sannsynlig at endringsforsøket vil feile. Den tredje faktoren Scott et al. (2003) tar for seg er forskjeller i subkulturer innad i helseorganisasjoner. Ettersom helseorganisasjoner ofte består av konkurrerende og overlappende profesjonelle undergrupper vil en sentral utfordring for et endringsprogram ofte være å gjøre en nøye vurdering av virkningen endringen vil få på spesifikke grupper, slik som leger, sykepleiere og ambulanspersonell, samt utforme passende retningslinjer for å imøtekomme disse virkningene.

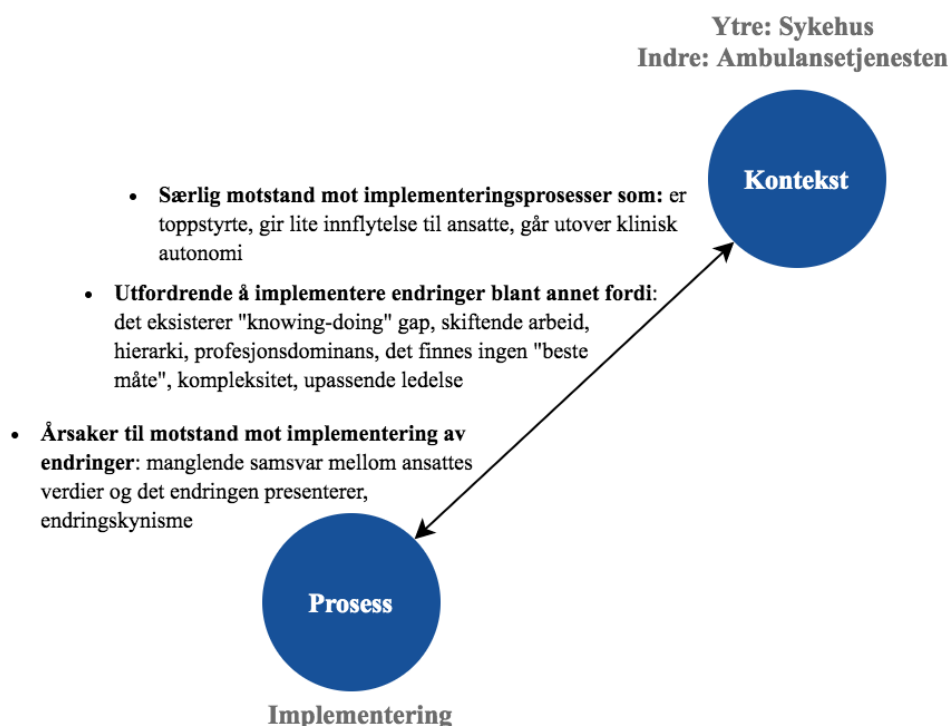
Andreasson, Eriksson og Dellve (2016) analyserer i sin studie lederes syn på og tilnærminger til implementering av modeller for forbedring av prosesser i helsesektoren. Forfatterne hevder at det i helsesektoren er utfordrende å implementere forbedringsmodeller for arbeidsprosesser som er besluttet av øverste ledere, og at tilnærmingen ledelsen tar til implementering kan påvirke resultatet. For å løse denne problematikken mener Andreasson et al. (2016) at "ledelse med fokus på coaching" er sentralt i håndteringen av prosessutvikling startet ovenfra og ned. Slik ledelse krever tett

samhandling mellom ledere og medarbeidere. Forfatterne påpeker at denne formen for ledelse har både en vertikal og horisontal tilnærming.

Vertikalt tar coachingen for seg at lederne forsøker å opprettholde avdelingenes integritet ved å tilpasse og oversette ordrer fra øverste ledelse på en slik måte at aksept blir oppnådd hos de ansatte (Andreasson et al., 2016). Denne vertikale tilnærmingen er ifølge Andreasson et al. (2016) relatert til å være oppmerksom på endringstempoet på avdelingsnivå. Den horisontale coachingen viser til ledernes strategier for å motivere og engasjere sine ansatte i implementeringsarbeidet. Andreasson et al. (2016) belyser at den horisontale coachingen er relatert til at lederne bør ha en strategi som motiverer og inkluderer ansatte. Videre krever denne formen for coaching at lederne forklarer viktigheten av organisatorisk endring, slik at man oppnår større støtte for implementering av nødvendige endringer. I tillegg går den horisontale coachingen ut på å myndiggjøre de ansatte slik at ledere og ansatte får delt ansvar for å forbedre arbeidsprosessene.

For å gjennomføre en vellykket implementeringsprosess av endring i sykehus trekker Sørås (2007) frem at det er nødvendig med forandringsvillighet blant lederne og god forankring i ledelsen. I tråd med dette hevder Bernstrøm (2014) at en viktig faktor for å fremme endringsprosesser er å sikre at mellomlederne forstår endringen de skal settes til å implementere, og hvordan å gjøre det. De vil da være mer tilbøyelige til å være positive til endringen. I relasjon til dette fremhever Sørås (2007) at helsepersonell trenger høynet kompetanse rundt endring. Dette vil kunne øke forståelsen for hvor viktig og nødvendig det er for sykehus å tenke nytt.

Figur 2.2 oppsummerer hva litteraturen sier om implementering av endringer på sykehus og ambulansetjenesten, det vil si relasjonen mellom kontekst og prosess.



Figur 2.2. Oppsummering av hva litteraturen sier om relasjonen mellom kontekst og prosess

## 2.3 Implementering av effektiviseringstiltak

De fleste planlagte endringsinitiativer i en organisasjon identifiserer økt effektivitet som det viktigste forventede utfallet av implementeringen (Coram & Burnes, 2001; Hendriks & Tops, 2003; Hoque & Kirkpatrick, 2008; Reichard, 2003; Vann, 2004; Weissert & Goggin, 2002). Likevel er det ofte en større interesse for om implementeringen i seg selv er effektiv heller enn hvordan slike endringer fører til økt effektivitet (Kuipers et al., 2014). Kuipers et al. (2014) trekker frem at teorier om endringsledelse ofte legger betydelig vekt på hvordan å implementere en endring, men har en tendens til å mangle kontekstuelle hensyn. Videre har det samlet seg funn i litteraturen om at hvor vellykket en endring er ikke bare skyldes innholdet, men også prosessen og handlinger som blir utført under implementeringen (Hendry, 1996). Innhold og prosess må derfor sees på som komplementære elementer i planlegging og oppfølging av en organisasjonsendring (Armenakis & Bedeian, 1999).

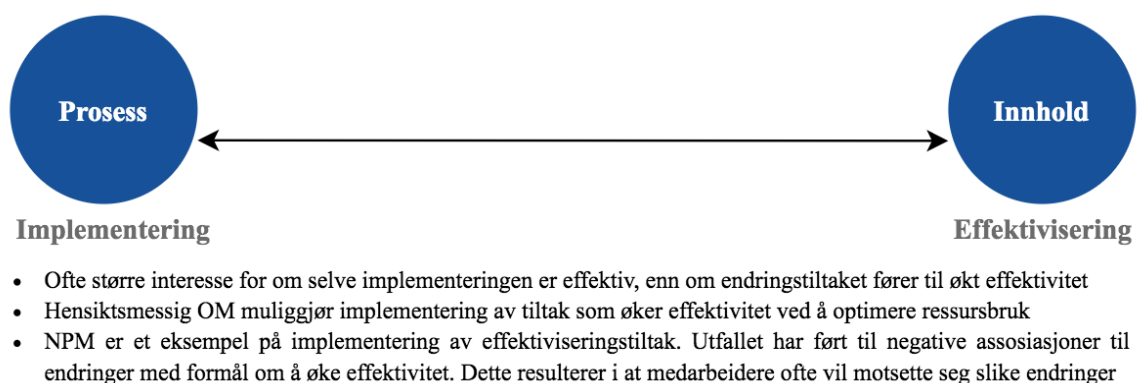
“Operations management”, heretter omtalt som OM, er et område innenfor ledelse med formålet å sikre at ressurser blir brukt på en effektiv måte i levering av varer og tjenester (Slack, Chambers & Johnston, 2010). Hensiktsmessig OM gir muligheten til å implementere tiltak for å forbedre en organisasjons effektivitet, og baserer seg på å optimere ressursbruk for å levere bedre resultater (Belyh, 2016). Aktiviteter som inngår i OM inkluderer planlegging, oppfølging og kontroll samt forbedring av prosesser (Slack et al., 2010). I planleggingsfasen vil det ifølge Belyh (2016) være viktig å definere hensiktsmessige målinger for prosessene, eksempelvis mål på ønsket leveringstid, slik at man vet om målet nås etter planleggingen. Videre vil det sett fra et OM-perspektiv være viktig med kontinuerlig oppfølging av prosessene for å kunne rette opp i potensielle feil underveis slik at effektivisering sikres. I tillegg står det sentralt å fokusere på å forbedre prosessene over tid, da det ifølge Belyh (2016) alltid vil være mulighet for mer hensiktsmessig bruk av ressurser.

Det finnes flere tilnærminger til OM, hvor “lean thinking” er ett eksempel. “Lean thinking” har blitt en populær ledelsesmetode i offentlig sektor med formål om å øke blant annet organisasjonens effektivitet (McCann, Hassard, Granter & Hyde, 2015; Radnor & Osborne, 2013). Selv om lean i utgangspunktet skal gi forbedringer, viser det seg at kun ti prosent av implementeringene er vellykkede (Bhasin & Burcher, 2006; Liker & Franz, 2011). Litteraturen peker på flere årsaker til hvorfor. Eksempelvis vil ordet “lean” ifølge Carter et al. (2011) i noen tilfeller kun bli betraktet som et alias for intensivering av arbeid og større mulighet for ledelsen til å følge opp og kontrollere. Dette kan ifølge Carter et al. (2011) føre med seg motstand mot endring. I andre tilfeller blir årsaken til at implementeringen feiler forklart gjennom selve valget av implementeringsstrategi som organisasjonen tar (Holmemo & Ingvaldsen, 2016). Holmemo og Ingvaldsen (2016) belyser at vellykkede implementeringer av lean krever at alle nivåene av ledere i en organisasjon støtter og er forpliktet til endringen. Forfatterne understreker at dersom mellomledere ikke involveres vil forsøk på å implementere lean trolig bli stoppet opp forårsaket av blant annet utilstrekkelig koordinering og støtte.

Et eksempel på en implementering av et effektiviseringstiltak er introduksjonen av “New Public Management”, heretter omtalt som NPM, i offentlig sektor. NPM er et internasjonalt

fenomen med formålet å forbedre offentlige tjenester ved å påvirke hvordan offentlig sektor er designet, organisert og ledet (Diefenbach, 2009). Målet er å gjøre offentlige organisasjoner og menneskene som arbeider der mer effektive. Mange av konseptene ved NPM har trolig blitt implementert basert på gode grunner, eksempelvis en mening om at offentlig sektor kan utnytte ressurser bedre og at offentlige tjenester kan leveres på en mer effektiv måte (Diefenbach, 2009). Likevel hevder Diefenmach (2009) at mange er misfornøyde med tiltaket og at det er flere grunner til å kritisere NPM. Effektiviseringstiltaket er blant annet ifølge Diefenmach (2009) preget av flere inkonsistenser og har betydelig flere negative utfall enn positive. Dette har ført til negative assosiasjoner ved implementering av tiltak med formål om å øke effektivitet, og medarbeidere vil derav ofte motsette seg slike endringer ettersom de forventer at implementeringen vil få et uønsket resultat (Armenakis & Bedeian, 1999).

I figur 2.3 fremkommer en oppsummering av hva litteraturen sier relatert til implementering og effektivisering, altså endringens prosess og innhold.



Figur 2.3. Oppsummering av hva litteraturen sier om relasjonen mellom prosess og innhold

## 2.4 Effektivisering i ambulansetjenesten

Gjennom en offentlig finansiert helsesektor og lik tilgang på helsetjenester for alle er det i Norge et sentralt helsepolitisk mål å oppnå flest mulig gode leveår for hele befolkningen (Norsk forening for helseøkonomi [NFHO], 2020). Et grunnleggende problem i økonomisk teori er knapphet på ressurser, og dette gjelder også i helsesektoren. Med teknologiske nyvinninger og nye behandlingsmetoder følger en økende etterspørsel etter helsetjenester samtidig som det ikke er nok ressurser til å møte etterspørselen (NFHO, 2020). Ifølge NFHO (2020) vil behovet for prioritering av ressurser oppstå når det viser seg et misforhold mellom etterspørsel og de ressursene som er stilt til disposisjon. Det vil da være sentralt å utnytte ressursene best mulig ettersom jo mer effektiv ressursbruken er, desto flere pasienter kan få et tilbud innenfor en gitt budsjetttramme.

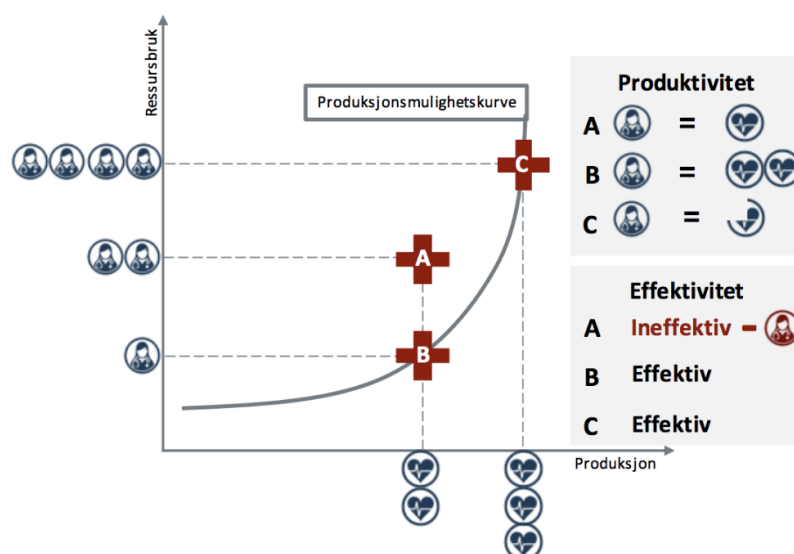
Ifølge Theie, Lind, Jenssen, Nellesmann og Skogli (2017) står den norske helsesektoren overfor store utfordringer knyttet til utviklingen i årene fremover. Dette skyldes blant annet et økende behov for spesialisthelsetjenester, en aldrende befolkning og strammere budsjetter (Riksrevisjonen, 2018). At andelen eldre i befolkningen øker samtidig som den eldre generasjonen lever lenger vil ifølge Theie et al. (2017) ha to sentrale implikasjoner



som påvirker helsesektoren. For det første vil befolkningen vokse ettersom det til enhver tid er flere mennesker i live, noe som medfører at det vil være flere potensielle brukere av de helsetjenestene som tilbys. For det andre vil befolkningen eldes over tid og det er ventet en enorm vekst i antall pensjonister, noe som vil legge et sterkt press på helsesektoren. I tillegg har befolkningen høye forventninger til kvalitetsforbedringer i helsesektoren. Theie et al. (2017) hevder at alt dette vil føre til en kraftig vekst i etterspørsel etter helsetjenester og dermed også helsepersonell.

Dersom man ønsker å legge til grunn en kvalitetsheving på det offentlige tilbudet av helsetjenester, og i tillegg møte den demografiske utviklingen som er ventet de kommende årene, poengterer Theie et al. (2017) at norsk helsesektor står overfor en betydelig ressursutfordring. Ifølge Riksrevisjonens rapport (2018) omhandlende effektivitet i sykehus vil det være sentralt at ressursene i spesialisthelsetjenesten utnyttes best mulig i tiden fremover, og at kvaliteten i tjenestene samtidig styrkes. I tillegg påpeker Helsedirektoratet (2012) at prioritering av ressurser er nødvendig nå. Selv om den norske helsesektoren aldri har utført flere helsetjenester enn i dag opplever mange at det ikke gjøres nok, og opplevelsen av knapphet er reell (Helsedirektoratet, 2012).

Videre beskriver Hagen (2014) at måling av produktivitet og effektivitet i helsetjenesten er utfordrende. Det er enkelt å telle antall behandlede pasienter og relatere antallet til ressursinnsats for eksempel målt ved årsverk eller timeverk, men et slikt mål forteller lite om helsetjenestens egentlige produktivitet (Hagen, 2014). Figur 2.4 illustrerer forskjellen mellom produktivitet og effektivitet i helsesektoren. Effektivitet måler hvor langt unna man er beste praksis, mens produktivitet måler forholdet mellom ressursbruk og produksjon (Theie et al., 2017). Den grå kurven kalles produksjonsmulighetskurven og viser hvor mye som maksimalt kan produseres, gitt ulike nivåer av ressursbruk. Den grå kurven illustrerer altså beste praksis. Kurven krummer oppover ettersom man får mindre igjen for å øke ressursbruken ytterligere, når man allerede bruker mye (Theie et al., 2017).



Figur 2.4. Illustrasjon av forskjellen mellom produktivitet og effektivitet i helsesektoren

Punktet A viser en tilpasning hvor man bruker to leger og produserer to helseenheter, for eksempel kvalitetsjusterte leveår, heretter omtalt som QALY (Theie et al., 2017). QALY forteller hvor mange ekstra leveår en behandlingsprosedyre eller et annet

helsetjenestetiltak gir (Hagen, 2014). Produktiviteten i punktet A er altså én QALY per lege. Ettersom punktet A ligger innenfor produksjonsmulighetskurven er det ifølge Theie et al. (2017) mulig å spare ressurser ved å effektivisere produksjonen. Ved å gå fra punkt A til B kan man redusere bruken av leger fra to til en, uten at produksjonen av helse reduseres. Produktiviteten øker derfor til to QALY per lege. Punktet B ligger på produksjonsmulighetskurven og det er derfor ikke mulig å effektivisere driften ytterligere (Theie et al., 2017). Videre viser punktet C en tilpasning hvor man bruker fire leger og produserer tre helseenheter. Produktiviteten er altså tre fjerdedels QALY per lege. Dette er en lavere produktivitet enn i både A og B, men ettersom C ligger på produksjonsmulighetskurven er det likevel ifølge Theie et al. (2017) ikke mulig å effektivisere driften, som vil si at man ikke kan bruke færre leger og samtidig produsere like mange QALY. At produktiviteten er lav, selv om tilpasningen er effektiv, skyldes at man i C gjennomfører ressurskrevende behandlinger hvor tilstander er komplekse og prognosene er dårlig (Theie et al., 2017).

Ifølge Theie et al. (2017) er man nødt til å legge til rette for produktivitetsvekst dersom norsk helsesektor ønsker å gå inn i de neste tiårene med et tilbud som er i stand til å møte den ventede demografiske utviklingen, uten at det skal gå på kompromiss av kvaliteten på tilbudet. Til tross for et økende fokus på effektivisering i spesialisthelsetjenesten, hevder Theie et al. (2017) at å stille krav til at arbeidskraften i helsesektoren skal bli mer effektiv neppe er nok. Forfatterne poengterer at før eller siden vil det være umulig for leger og sykepleiere å "løpe fortere", og muligens har norsk helsesektor allerede nådd dette punktet.

For ambulansetjenesten spesifikt vil dagens utfordringsbilde påvirke de prehospitaltjenestene da det ifølge Helsedirektoratet (2012) fremkommer en tydelig sammenheng mellom pasientens alder og forbruket av ambulansetjenester. En større andel eldre pasienter i tillegg til økt antall oppdrag vil gi både faglige og kapasitetsmessige utfordringer. Dersom de prehospitaltjenestene ikke tilføres tilstrekkelig med ressurser vil det kunne tvinge seg fram prioriteringsutfordringer knyttet til kapasitet og faglig kvalitet (Helsedirektoratet, 2012). Utvikling av kompetanse og elektronisk innsamling av pålitelige data som grunnlag for kunnskapsbasert utvikling vil ifølge Helsedirektoratet (2012) være avgjørende for å kunne innrette den akuttmedisinske kjeden til å møte fremtidens utfordringer på en effektiv måte.

Til tross for at Helsedirektoratet (2012) fremhever innsamling av pålitelig data som en avgjørende faktor, har målinger av ambulansetjenestens prestasjoner og utilsiktede konsekvenser av slike målinger vært et lite undersøkt emne i litteraturen (Bevan & Hamblin, 2009; Heath & Radcliffe, 2007; Heath & Radcliffe, 2009; Wankhade, 2008). Wankhade (2011b) hevder at de fleste indikatorer for prestasjonsmålinger i offentlig sektor har blitt implementert under den antagelse at det vil gi effektiviseringsgevinster, uten å vie særlig oppmerksomhet til de utilsiktede konsekvensene av slike målinger og indikatorer.

Wankhade (2011b) identifiserer gjennom sin studie flere utilsiktede konsekvenser av prestasjonsmålinger i ambulansetjenesten. For det første kan en konsekvens ifølge Wankhade (2011b) være tunnelsyn. Det vil si at ledelsen vektlegger fenomener som er kvantifisert som en indikator for prestasjonsmåling over det som ikke er kvantifisert (Smith, 1995). Videre fremhever Wankhade (2011b) nærsynhet hvor kortsiktige mål etterstrebes på bekostning av langsiktige mål, samt suboptimalisering som to andre

utilsiktede konsekvenser. Med bakgrunn i dette ser Wankhade (2011b) et stort behov for å sette i gang nye metoder for kommunikasjon og læring i ambulansetjenesten, slik at ambulansesarbeidere får den nødvendige kunnskapen om resultatmåling. Dette vil ifølge Wankhade (2011b) medføre forbedret effektivitet på alle områder i ambulansetjenesten.

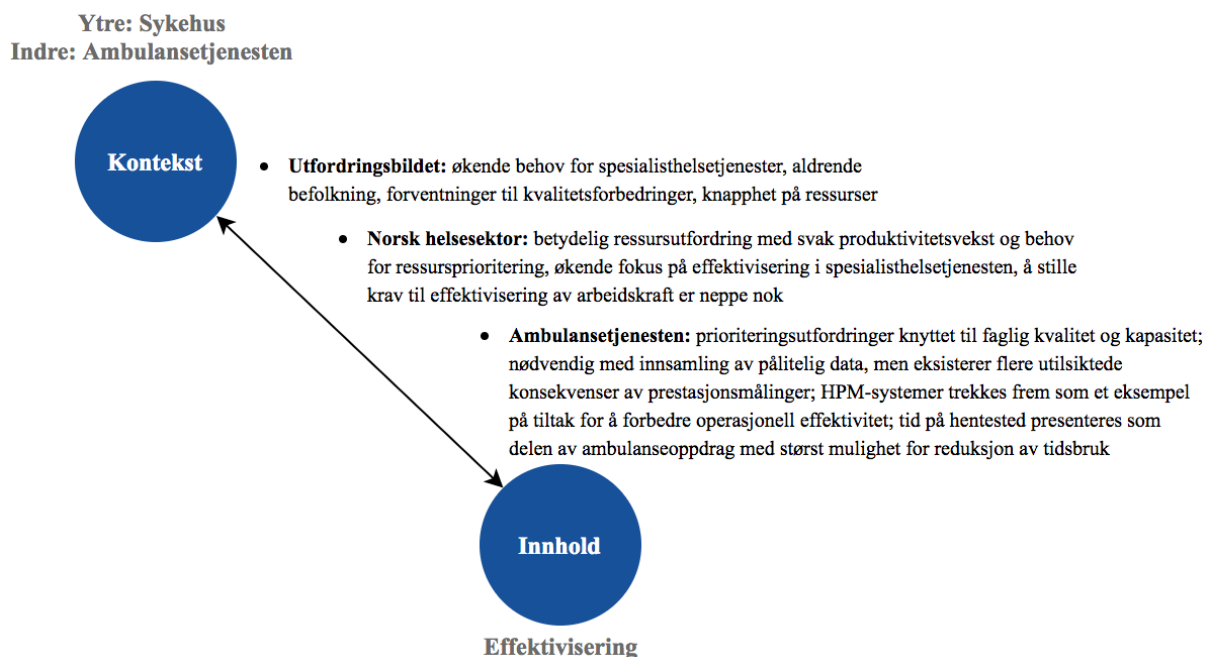
Videre undersøker Woollard, Lewis og Brooks (2003) muligheten for å øke effektiviteten til ambulansetjenesten gjennom konkrete tiltak. Spesifikt betrakter deres studie "high performance management"-systemer, heretter omtalt som HPM-systemer. HPM-systemer består av strategier designet for å forbedre operasjonell effektivitet og holde kostnader nede (Stout, 1989a). Et eksempel på en slik strategi kan være at man gjennom analyse av geografiske og tidsmessige etterspørselsmønstre, og basert på historisk data, legger en plan for hvordan ambulanser skal posisjoneres ut (Stout, 1989b). En slik strategi tar sikte på å maksimere tilgjengeligheten av ambulanser og klinisk personell for å respondere på nødannrop, og har dermed potensialet for å redde liv og komme flere pasienter til gode (Woollard et al., 2003).

Ifølge Guppy og Woollard (2000) sin studie vil innføringen av HPM-systemer utfordre underliggende forutsetninger i ambulansetjenesten, som for eksempel troen på at ventetiden mellom oppdrag skal brukes til pause på stasjonen. Likevel vil HPM-systemer ifølge Guppy og Woollard (2000) og Woollard et al. (2003) resultere i en betydelig reduksjon av den totale tidsbruken på ambulanseoppdrag. Videre viser studien til Woollard et al. (2003) at til tross for at ambulansespersonell er styrt av autonomi og arbeider uten tilsyn, ytrer de et ønske om overvåking av medarbeidere som presterer dårlig. Dette beskrives som en HPM-strategi som ambulansesarbeidere foretrekker med formål om å øke effektiviteten (Woollard et al., 2003).

Når det er sagt diskuterer Woollard et al. (2003) at innføringen av et HPM-system fører med seg en del endringer i måten ambulansespersonell arbeider på. Dette kan ifølge Woollard et al. (2003) lede til flere barrierer for endring ettersom endring generelt kan oppleves som stressende for medarbeidere. Forfatterne har gjennom sin studie identifisert tre hovedbarrierer: arbeidernes motstand til endringen av sin arbeidspraksis, mangel på kompetanse hos mellomledere, samt lite hensiktsmessig kommunikasjon mellom ledelse og ansatte. For å overvinne slike barrierer og få implementert et effektivt HPM-system foreslår Woollard et al. (2003) noen suksessstrategier. Disse suksessstrategiene inkluderer god kommunikasjon til ansatte om fordelene med et slikt system, samt involvering av ambulansesarbeidere fra planleggingsfasen av slike tiltak. I tillegg har studien til Woollard et al. (2003) identifisert en rekke bekymringer rundt forholdet mellom operativt personell og ledere i ambulansetjenesten, og forfatterne mener derfor at dette forholdet krever spesiell og sensitiv oppmerksomhet dersom motstanden mot endringsprosesser skal reduseres.

Videre har Puolakka et al. (2016) gjennomført en studie som undersøker tiden som brukes på hentested i løpet av et ambulanseoppdrag. Ifølge forfatterne er en betydelig del av prehospitale forsinkelser grunnet ambulansespersonell som bruker lang tid ute hos pasienter. Studien til Puolakka et al. (2016) baserer seg på en implementering av et opplæringsprogram for ambulansespersonell med formålet å optimalisere tid på hentested og effektivisere arbeidsflyten. Studien viser at høyere treningsnivå for personell fremmer kortere tidsbruk på hentested. Ifølge Puolakka et al. (2016) vil et dedikert treningsprogram rettet mot eksisterende, erfarne ambulansesarbeidere kunne redusere tid brukt på hentested og effektivisere arbeidsflyt.

Figur 2.5 viser en oppsummering av hva litteraturen sier om relasjonen mellom konteksten, altså sykehus og ambulansetjenesten, og innhold i form av effektivisering.

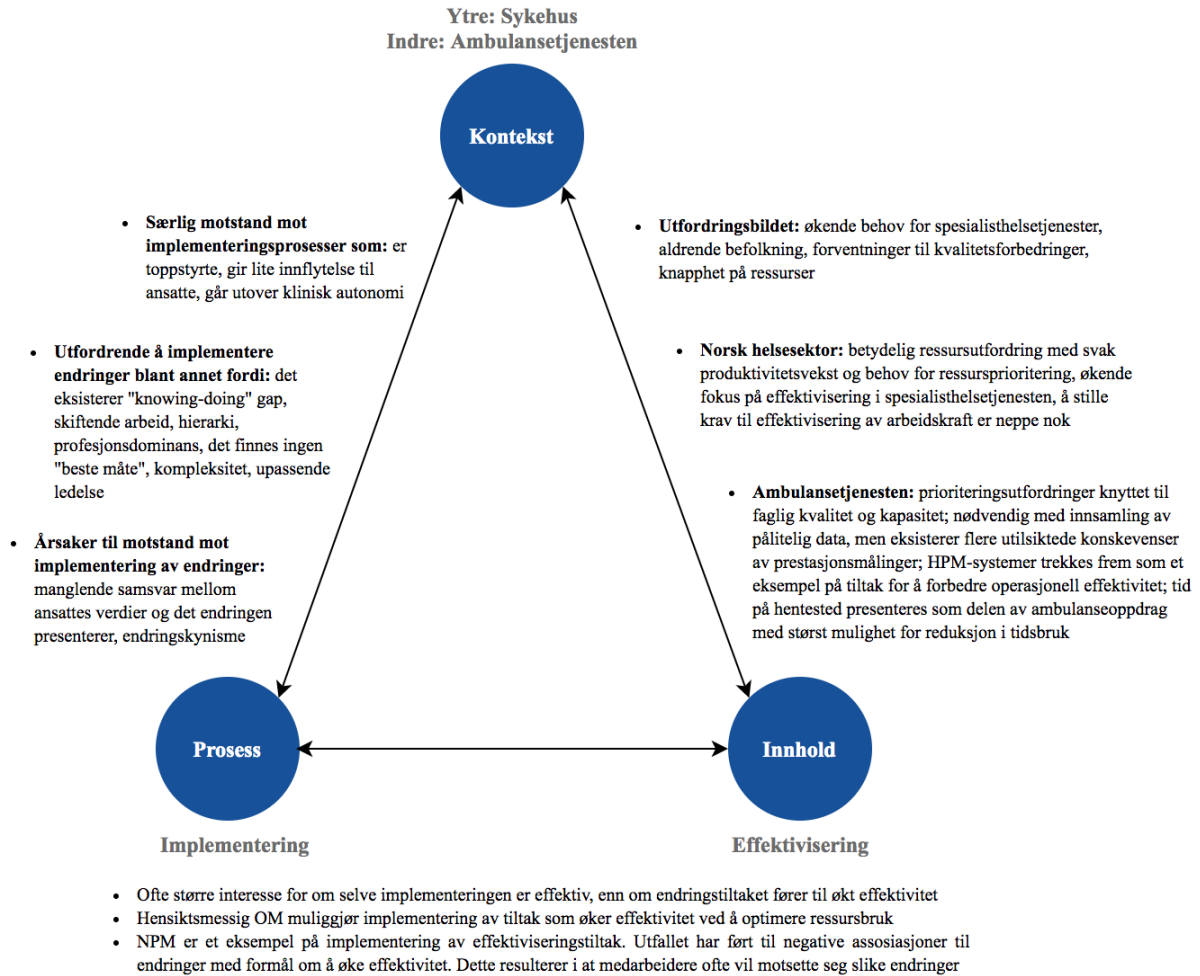


Figur 2.5. Oppsummering av hva litteraturen sier om relasjonen mellom kontekst og prosess

## 2.5 Implementering av effektiviseringstiltak i ambulansetjenesten

I gjennomgangen av eksisterende litteratur i forbindelse med vårt forskningsarbeid ble det ikke funnet litteratur som tar for seg både endringens kontekst, prosess og innhold, altså implementering av effektiviseringstiltak i ambulansetjenesten. Likevel har vi dannet oss en oversikt over konteksten isolert, samt relasjonen mellom to og to av elementene. Figur 2.6 viser det som har fremkommet fra gjennomgangen av litteratur relatert til oppgavens forskningsspørsmål og tydeliggjør i tillegg forholdet mellom de tre elementene. Vi vil ta utgangspunkt i teorien som utgjør figur 2.6 og ved å opparbeide en bredere innsikt i implementering av effektiviseringstiltak i ambulansetjenesten gjennom vår forskning, vil vi utvikle den teoretiske modellen i figur 2.6 videre.

- Særegenhet vanskeliggjør endring
- Underutviklede systemer for å definere og måle prestasjon
- Må gjøre "mer for mindre"
- Foreldet tankesett som forsterker en tradisjonell driftsmåte
- Økt etterspørsel
- Økt behov for profesjonell utvikling
- Tre subkulturer med ulike holdninger til endring



Figur 2.6. Oppsummering av det teoretiske grunnlaget for masteroppgaven

## 3 Forskningstilnærming

Denne delen av oppgaven vil ta for seg forskningstilnærmingen som har blitt benyttet for å besvare forskningsspørsmålet. Først vil det presenteres en beskrivelse av hvorfor en kvalitativ forskningsstrategi var hensiktsmessig. Deretter vil vi begrunne hvorfor vi har valgt en casestudie som forskningsdesign før selve casen blir nærmere forklart. Videre vil det følge en beskrivelse av hvordan vi har arbeidet for å samle inn data ved bruk av metodene intervju, observasjon og dokumentanalyse. I tillegg vil prosessen for hvordan vi har arbeidet med å analysere datamaterialet presenteres. Til sist vil etiske vurderinger ved forskningsarbeidet trekkes frem, før det blir forklart hvordan forskningen skal formidles i senere deler av oppgaven.

### 3.1 Forskningsstrategi

#### 3.1.1 Kvalitativ forskningsstrategi

Ettersom vi ser på endring som en prosess har vi valgt en kvalitativ strategi for dette forskningsprosjektet, da en slik strategi er godt egnet for å avdekke prosesser (Bryman, 2016). I arbeidet med denne oppgaven har vi hatt et gjennomgående fokus på at konteksten virker inn i ethvert endringsarbeid og ettersom konteksten stadig forandrer seg vil det ifølge Pettigrew (1985) kreve en kvalitativ inngang for å oppnå tilstrekkelig forståelse. Valget av forskningsstrategi er basert på vårt ønske om å få dypere forståelse av kontekstuelle faktorer som gjør det utfordrende å drive endringsarbeid i ambulansetjenesten, samt oppnå original innsikt og muligheten til å avdekke mønstre vi ikke hadde kjennskap til i forkant. Vi valgte derfor en utforskende kvalitativ forskningsstrategi som gjorde det mulig for oss å gå i dybden av fenomenet som ble studert (Bryman, 2016).

I forskningsarbeidet så vi det som nødvendig å ha direkte kontakt med medarbeidere ved SiVs prehospitalt klinikk som har vært involvert i tidligere endringstiltak og som vil være involvert i fremtidig endringsarbeid. På denne måten ble det mulig å undersøke endringsprosesser slik det oppleves av de involverte, samt meningen bak medarbeidernes handlinger, som er sentrale aspekter ved en kvalitativ strategi (Bryman, 2016). Dette var viktig for å kunne oppnå en kontekstsensitiv og nyansert forståelse av endringsprosesser ved ambulansetjenesten ved SiV, og dermed kunne besvare forskningsspørsmålet på best mulig måte.

#### 3.1.2 Forhold mellom teori og data

I forskningsprosjektet har vi arbeidet vekselvis i henhold til en deduktiv og en induktiv tilnærming. Ettersom kunnskapen vår om ambulansetjenesten var begrenset i utgangspunktet, startet arbeidet med en induktiv tilnærming i form av en litteraturgjennomgang av eksisterende litteratur på området (Tjora, 2012). Fra litteraturgjennomgangen hadde vi med oss figur 2.6 inn i arbeidet med prehospitalt klinikk ved SiV. Den teoretiske modellen som figur 2.6 illustrerer gjelder til dels for helsesektoren utover ambulansetjenesten og gir dermed etter vår mening ikke en dyp nok innsikt i ambulansetjenesten. I forskningsarbeidet vårt ville vi derfor undersøke om litteraturen fra figur 2.6 samsvarer med det vi ser i ambulansetjenesten ved SiV for å opparbeide en bedre forståelse. Derav tok arbeidet et deduktivt steg (Tjora, 2012). Kunnskapen og teorier om

ambulansetjenesten og sykehus som vi hadde tilegnet oss gjennom eksisterende litteratur la grunnlaget for studien av og datainnsamlingen fra prehospital klinikk ved SiV.

Etter datainnsamlingen ble all data analysert for å avdekke overordnede temaer som senere ble formulert til utfordringer som ledelsen ved prehospital klinikk møter ved implementering av tiltak for å effektivisere tiden som brukes på oppdrag. Dette viser til nok et induktivt steg i form av at ny teori ble utfallet av forskningen (Tjora, 2012). I tillegg har det blitt gjennomført flere iterasjoner på forskningsspørsmålet, noe som ifølge Tjora (2012) viser til en vekselvis deduktiv og induktiv tilnærming ved at spørsmålet har endret og utviklet seg underveis i arbeidet.

## **3.2 Forskningsdesign**

### **3.2.1 Casestudie**

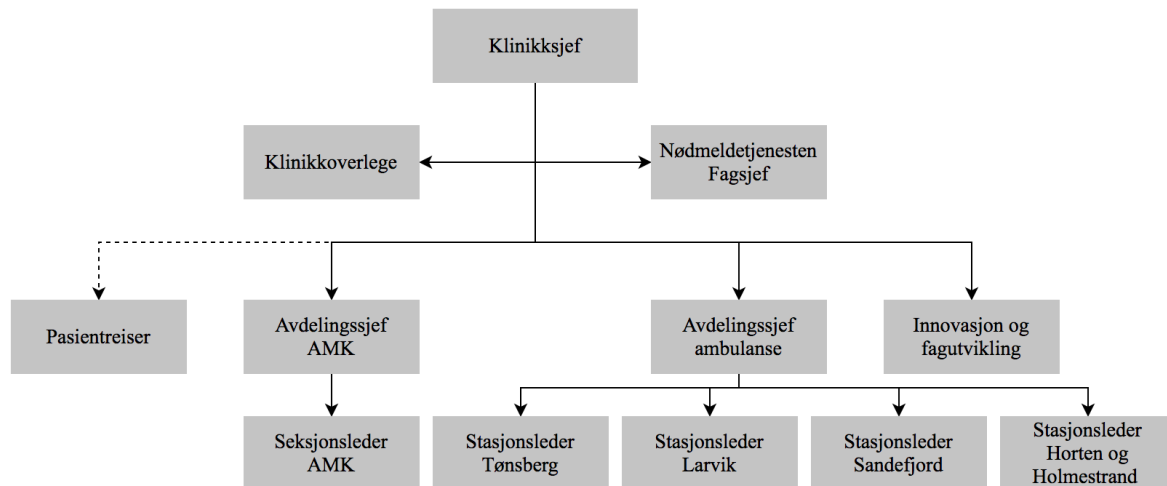
I oppstarten av masterarbeidet fikk vi tildelt prehospital klinikk ved SiV som samarbeidspartner, og interessen for oppgavens tematikk kom i kommunikasjon med klinikken. For å best mulig kunne belyse forskningsspørsmålet valgte vi å utføre en casestudie som forskningsdesign. Årsaken var at ambulansetjenesten er et område som er lite forsket på, og casestudier er kjent for å være passende i tidlige faser av forskning på et tema og der eksisterende kunnskap er begrenset (Benbasat, Goldstein & Mead, 1987; Cavaye, 1996; Eisenhardt, 1989). Videre muliggjør en casestudie ifølge Cavaye (1996) og Eisenhardt og Graebner (2007) å komme med forskning som er nyskapende gjennom muligheten til å gå i dybden på caset, noe som var relevant for vår forskning da vi skulle forske på et relativt nytt forskningsfelt. Forskningsdesignet innebar en detaljert og intensiv analyse av prehospital klinikk ved SiV for å oppnå dybdeforståelse av casets kompleksitet og særtrekk.

I studien av SiVs prehospital klinikk var målet å avdekke utfordringer ledelsen vil møte ved implementering av tiltak for å effektivisere tidsbruk på ambulanseoppdrag. For at dette skulle være mulig så vi det som nødvendig å forstå konteksten som preger endringsarbeid i ambulansetjenesten (Pettigrew, 1987). Prehospital klinikk ved SiV har vært et representativt case for å kunne besvare forskningsspørsmålet da ambulansetjenesten ved SiV utgjør et eksempel på den norske ambulansetjeneste, og casestudien vil dermed kunne gi et tydelig bilde av konteksten (Yin, 2009). Selv om en longitudinell studie ifølge Pettigrew (1987) ville vært optimalt for å studere endringer over tid har forskningsarbeidet vært tidsbegrenset, og det har derfor ikke vært mulig å utføre en langsgående studie. Likevel har vi valgt å studere en godt dokumentert endring som ble gjennomført for noen år tilbake ved klinikken, og på denne måten har tidselementet blitt inkludert i form av å studere endringen i retrospekt. Til tross for at vi ikke har hatt mulighet til å studere fremtidsaspektet ved endring, har vi likevel til en viss grad inkludert et tidselement ved å studere endring i fortid (Pettigrew, 1987). Dermed har vi så langt det har latt seg gjøre studert endring over tid og derav til dels dratt fordel av styrken til longitudinelle studier.

### **3.2.2 Casebedriften**

Prehospital klinikk ved SiV ledes av en klinikkssjef som har overordnet ansvar for daglig drift og koordinering av fire ulike avdelinger. De fire avdelingene som til sammen utgjør prehospital klinikk er: ambulanse, AMK, pasientreiser, samt innovasjon og fagutvikling. Figur 3.1 gir en visuell fremstilling av organisasjonskartet. Avdelingene AMK og ambulanse

har hver sin avdelingssjef som er ansvarlig for at avdelingen fungerer optimalt, i tillegg til førstelinjeledere. AMK-sentralen besvarer 113-anrop fra AMK-området Vestfold-Telemark, mens ambulanse består av fem ulike stasjoner som er lokalisert i Tønsberg, Larvik, Sandefjord, Horten og Holmestrand. Under avdelingssjefen for ambulanse er det fire stasjonsledere som har ansvar for én eller to stasjoner. Nederst i hierarkiet er det omlag 150 ambulansesarbeidere fordelt på de ulike stasjonene.



Figur 3.1. Organisasjonskart for prehospital klinikk ved SiV

## 3.3 Forskningsmetode

### 3.3.1 Datainnsamling

Datagrunnlaget for denne masteroppgaven består av totalt 13 intervjuer, en observasjon, samt dokumentanalyse av syv dokumenter. Vi har vært på besøk hos SiV i tre arbeidsdager, hvor vi gjennomførte intervjuene og observasjonen. Dokumentanalysen ble utført i etterkant av besøket. Vi valgte å benytte flere forskningsmetoder i innsamlingen av data for å sikre triangulering og dermed øke troverdigheten til forskningsarbeidet (Lincoln & Guba, 1985; 1994).

### Intervju

De 13 intervjuene som ble gjennomført under datainnsamlingen hadde totalt 18 informanter og varigheten av hvert intervju var på omlag 30 minutter. Antall informanter som var til stede under et intervju varierte fra én til fire, og i intervjuene hvor det var flere informanter ble tiden også forlenget i noe grad. Vi så det som nødvendig med et stort datagrunnlag, samt å intervju informanter fra flere nivåer i hierarkiet ved SiVs prehospital klinikk for å få innsikt i casets kompleksitet. Ved å samle perspektiver fra flere informanter fra ulike hierarkiske nivåer ble også sannsynligheten for bias i innhentet informasjon redusert (Eisenhardt & Graebner, 2007). Tabell 3.1 viser en oversikt over informantene som deltok i intervjuene. Her skilles det mellom "leder", "ambulansesarbeider" og "AMK-operatør", hvor "leder" omfatter klinikkssjef, fagsjef, avdelingssjefer, samt seksjons- og stasjonsledere. Som tabell 3.1 viser består utvalget vårt av totalt seks ledere, ti ambulansesarbeidere og to AMK-operatører.



Tabell 3.1. Oversikt over informantene som deltok i intervjuene

Dato	Informant	Antall informanter
10.02.20	Ambulansearbeider	1
10.02.20	AMK-operatør	1
10.02.20	AMK-operatør	1
10.02.20	Leder	1
10.02.20	Leder	1
10.02.20	Leder	1
11.02.20	Ambulansearbeider	1
11.02.20	Ambulansearbeider	2
11.02.20	Ambulansearbeider	4
11.02.20	Leder	1
11.02.20	Leder	1
12.02.20	Ambulansearbeider	2
12.02.20	Leder	1

I denne casestudien har det blitt utført intervjuer som har vært semistrukturerte (Bryman, 2016). Årsaken til at denne intervjuformen ble benyttet var for å tilrettelegge for at informantene kunne dele informasjon som vi ikke hadde tenkt på i forkant av intervjuet, samt å gi oss selv muligheten for å stille oppfølgings spørsmål der informanten trakk frem noe interessant. Dette viser til en vekselvis deduktiv-induktiv undersøkelse og bidro til at forskningsarbeidet ble mer fleksibelt ettersom det åpnet opp for en relativt fri samtale som kretset rundt noen spesifikke, forhåndsbestemte temaer (Bryman, 2016; Tjora, 2012). I tillegg ble semistrukturerte intervjuer benyttet for å muliggjøre informantens perspektiv, reflektering og detaljerte forklaringer rundt endringsarbeid ved SiV (Bryman, 2016).

I forkant av besøket til SiV ble det utviklet en intervjuguide. Se vedlegg A for fullstendig utgave. Før intervjuene ble gjennomført valgte vi et mindre antall informanter som vi ønsket å snakke med, og disse informantene rekrutterte så andre medarbeidere som besatt relevant informasjon. Dette viser til at vi benyttet et ikke tilfeldig utvalg basert på en snøballstrategi (Bryman, 2016). Ettersom vi hadde oversikt over informantene i forkant av besøket hos SiV, lagde vi to ulike versjoner av intervjuguiden hvor den ene var tilpasset ledere og den andre ambulansearbeidere og AMK-operatører. Informantene fikk tilsendt intervjuguiden i forkant av intervjuet. For å skape en avslappet stemning hvor informanten følte seg trygg, introduserte vi oss selv og forskningsprosjektet i starten av intervjuet i

tillegg til at informanten fortalte om seg selv og sine arbeidsoppgaver (Tjora, 2012). Alle intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt i et lukket rom, og det ble tatt lydopptak med samtykke fra informantene.

## **Observasjon**

For å danne et bilde av hvordan ledelsen ved SiVs prehospital klinikk samarbeider og tar vare på medarbeidernes interesser, ble det gjennomført en observasjon av et møte med arbeidsmiljøutvalget, heretter omtalt som AMU. AMU er et samarbeidsorgan rundt arbeidsmiljøet ved klinikken hvor arbeidsgiver og arbeidstaker skal være representert med like mange representanter. Møtet varte i totalt to timer og det var syv personer til stede, inkludert klinikkjef, tillitsvalgte og vernetjeneste. Det ble gjennomført en åpen observasjon, som vil si at vår identitet ikke ble holdt hemmelig (Bryman, 2016). AMU-deltagerne ble i forkant informert om vår tilstedeværelse og hensikten med forskningsarbeidet. Observasjonen var ikke-deltagende og vi noterte uten innblanding i møtet.

## **Dokumentanalyse**

Den siste kilden til data som ble benyttet i forskningsarbeidet var informasjon fra eksisterende dokumenter. Dokumentene var hovedsakelig administrative i form av statistisk informasjon, rapporter og Powerpoint-presentasjoner gitt fra ledelsen. Det var totalt syv dokumenter som ble analysert, blant annet en medarbeiderundersøkelse fra 2019 og en nøkkeltallsrapport for prehospital klinikk. I denne studien har dokumentene primært blitt brukt til å verifisere utsagn fra intervjuene i form av å se hvordan resultater fra medarbeiderundersøkelser og annen statistisk data sammenfaller med informantenes utsagn (Yin, 2014).

### **3.3.2 Metodekritikk**

Etter datainnsamlingen opplevde vi å ha samlet et godt datagrunnlag for å besvare forskningsspørsmålet, men ideelt sett er det enkelte ting som kunne vært gjort annerledes. I løpet av forskningsperioden ble det kun gjennomført ett besøk til SiV over tre dager. Vi mener dette var nok tid til å få holdt tilstrekkelig antall intervjuer, men enkelte av intervjuene var vi nødt til å ta med flere enn én informant om gangen. Et mulig utfall av at flere informanter deltok på samme intervju kan være at enkelte informanter ikke turte å si det de virkelig mente. Optimalt skulle vi holdt alle intervjuene med kun en informant, men grunnet tidsbegrensningen lot ikke dette seg gjøre.

I tillegg var det i utgangspunktet planlagt for enda et besøk til SiV hvor tanken var å ta del i og observere en 12-timersvakt på en ambulanse. Besøket skulle ha som formål å gi en enda dypere kontekstuell forståelse og ytterligere tyngde til forskningsarbeidet. Grunnet utbruddet av Covid-19 våren 2020 var ikke hospiteringen mulig å gjennomføre. Videre er det alltid en fare for bias i forskningsarbeid slik som vårt, men vi har vært bevisste på bias som fenomen gjennom hele masterarbeidet. Denne bevisstheten mener vi har gjort at vi har klart å redusere bias så langt det lar seg gjøre.

## **3.4 Dataanalyse**

I forbindelse med forskningsarbeidet vårt har det blitt gjennomført en tematisk analyse av rådata (Bryman, 2016). I analyseprosessen har vi fokusert på å identifisere essensen av

datamaterialet ved å hente ut de sentrale temaene i datasettet. I første fase av analysen gjorde vi oss kjent med dataene i form av å transkribere intervjuene, lese gjennom notatene fra observasjonen og dokumentene, samt notere ned ideer (Bryman, 2016). Bruken av lydopptak og påfølgende transkripsjon gjorde det mulig å få lagret dataene i tekstformat, noe som la til rette for en mer detaljert analyse av rådata. Underveis i transkriberingsprosessen ble uklarheter kontinuerlig kryssjekket. Dersom det var dårlig lyd kvalitet eller mumling på opptaket prøvde vi sammen å oppklare uklarhetene så langt det lot seg gjøre, og hvis dette ikke var mulig ble den usikre delen av intervjuet tatt vekk fra datamaterialet. Dette ble gjort for å styrke reliabiliteten til forskningsarbeidet (Bryman, 2016).

Etter transkriberingsprosessen var ferdig ble datamaterialet kodet. Vi startet med tekstnær koding for å sikre at den empiriske dataen ble godt representert i kodene som vi tok med oss videre i analysearbeidet (Tjora, 2012). Kodingen ble først gjennomført individuelt, før vi sammen ble enige om hvilke koder vi ønsket å benytte oss av. Etter datamaterialet var ferdig kodet, satte vi sammen kodene til potensielle temaer og samlet data som var relevant for hvert tema. Temaer som omhandlet det samme ble slått sammen til en felles hovedkategori som ble utviklet og omdefinert i en iterativ prosess. Noen av hovedkategoriene vi kom frem til var: "Pasienten skal få rask og riktig hjelp", "økt etterspørsel og større prosent røde oppdrag", "leders rolle" og "potensiale for effektivisering". Ettersom arbeidet med kategoriene ble gjennomført av oss to i fellesskap reduserte vi muligheten for uoverensstemmelser og misforståelser, noe som var med på å øke troverdigheten til forskningsarbeidet (Bryman, 2016). Til slutt ble det laget et tematisk kart som viste oversikten over alle hovedkategoriene med undertemaer og koblingen mellom de. For å strukturere teori- og resultatdelen av oppgaven ble det tematiske kartet organisert i henhold til Pettigrew (1987) sitt rammeverk.

## **3.5 Etiske vurderinger**

### **3.5.1 Konfidensialitet og samtykke**

Ettersom forskningsprosjektet vårt tar for seg sensitiv informasjon og følsomme temaer, har vi vært opptatt av å ivareta konfidensialiteten til informantene som har deltatt i studien. Spesielt i helseorganisasjoner er det viktig å garantere informantens anonymitet ettersom man i tillegg til etiske retningslinjer må forholde seg til medarbeidernes taushetsplikt og personvern hensyn (Tjora, 2012).

I forkant av intervjuene fikk alle informantene tilsendt en samtykkeerklæring for signering. Se vedlegg B for fullstendig utgave. Samtykkeerklæringen inneholdt spørsmålet om det var ønskelig å delta i forskningsprosjektet, en beskrivelse av formålet med prosjektet og hva deltakelse ville innebære. Samtykkeerklæringen ble signert i starten av hvert intervju av alle informantene, samtidig som de ble muntlig påminnet deres rettigheter. Dette ble gjort for å forsikre oss om at informanten forstod hva det innebar å la seg intervju.

Intervjuobjektene ble informert om at det var frivillig å delta i prosjektet og at de når som helst kunne trekke tilbake samtykke uten å oppgi noen grunn. For at prosjektet ikke skulle ha noen negative konsekvenser for informanten ble alle opplysninger om vedkommende anonymisert. Utover dette fikk informanten beskjed om at det kun var oss to

masterstudentene som hadde tilgang på opplysningene som de delte og at personopplysninger og lydopptak ville bli slettet etter forskningsarbeidets slutt.

### **3.5.2 Formidling av forskningen**

For å opprettholde informantenes anonymitet har vi valgt å omtale dem med pseudonymer i oppgaveteksten (Tjora, 2012). Intervjuobjektene vil derfor bli referert til som "en leder", "en ambulansesarbeider" eller "en AMK-operatør" for å gi tyngde til utsagnet. I formidlingen av forskningen har det blitt brukt sitater fra intervjuene for å belyse funnene på en gode måte og gi leseren mulighet til å komme tettere på empirien (Tjora, 2012). Årsaken til at det er brukt pseudonymer er at utsagn eller direkte sitat ikke skal kunne kobles tilbake til en identitet og gjøres gjenkjennelig for leseren. Likevel er det ifølge Tjora (2012) viktig at anonymiseringen ikke fjerner så mye vesentlig informasjon at selve analysen lider av det, og vi så det derfor som nødvendig å bruke pseudonymer med utgangspunkt i en generell stillingsbeskrivelse.

## 4 Resultater

Denne delen av oppgaven vil først ta for seg resultater fra datainnsamlingen relatert til konteksten vi befinner oss i, nemlig ambulansetjenesten ved SiV. Deretter tar vi for oss funn i forbindelse med implementering av endring i ambulansetjenesten ved SiV, for så å gå inn på resultater i tilknytning til effektivisering av tidsbruk på ambulanseoppdrag. Til sist inneholder denne delen funn omhandlende implementering av effektiviseringstiltak i ambulansetjenesten ved SiV.

### 4.1 Ambulansetjenesten ved SiV

#### 4.1.1 Utvikling og variasjon i etterspørsel, aktivitet og arbeidsoperasjoner

Vi har et klart inntrykk av at prehospital klinikk ved SiV er preget av en økt etterspørsel etter tjenestene deres. Vi ble fortalt av en leder at antall ambulanseoppdrag per år har hatt en betydelig økning, og at veksten ser ut til å fortsette. Ifølge lederen har antall ambulanseoppdrag ved SiV økt med omlag 50 000 oppdrag fra 1999 til 2018. Både ledere og ambulansespersonell påpekte en mye større aktivitet enn tidligere og et større behov for ambulansesarbeidere ute på oppdrag enn før. Vi ble fortalt av de respektive at dette betyr flere ambulanseturer og mer tid brukt utenfor stasjon for ambulansesarbeiderne.

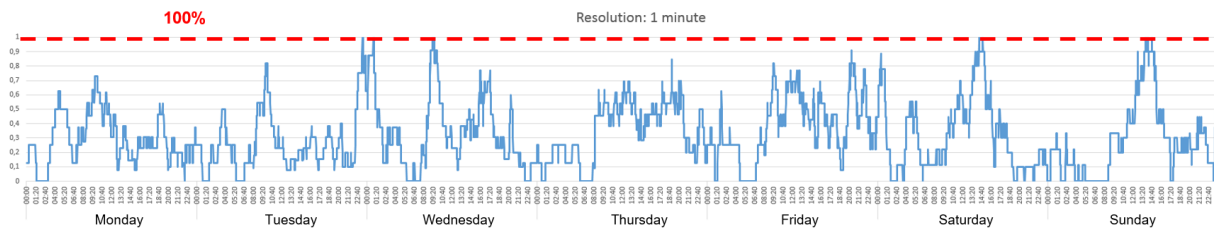
Videre har vi sett at ambulansetjenesten ved SiV preges av en betydelig variasjon i oppdragsaktiviteten. En ambulansesarbeider belyste blant annet at:

*Dagene våre er veldig forskjellige. Noen ganger står oppdragene i kø, så vi ikke får skrevet journal og må bare hive fra oss pasienten og gi en muntlig rapport fra en dårlig skrevet kladd, og så må vi bare ta blålys ut igjen og så går den loopen til dagen er ferdig. Andre ganger ligger vi på sofaen og sover.*

I tråd med dette ble det fremhevet av en leder at selv om gjennomsnittlig arbeidsbelastning oppleves som overkommelig, vil alle tilgjengelige ambulanser til tider være opptatt samtidig, og at det også vil være perioder der ingen ambulanser er i bruk. Ifølge lederen er det å dimensjonere virksomheten til å takle variasjonen i aktivitet en stor utfordring, og vedkommende fortalte at:

*En av de tingene som er vanskelig i ambulansetjenesten er variasjon. Plutselig har du masse å gjøre og så har du ingenting å gjøre. Og det å dimensjonere virksomheten til å takle de toppene, det er vanskelig.*

Lederen viste oss figur 4.1 som ifølge vedkommende presenterer aktivitetsvariasjonen ved å illustrere utnyttelsesgrad av ambulansene til SiV per minutt gjennom en uke. En slik loggføring av aktivitet har ledelsen fortalt at de gjør til enhver tid, og vår oppfatning er derfor at disse statistikkene er en representasjon av ledelsens kontroll over og oppfattelse av situasjonen, samt deres måte å følge opp ressursbruken til klinikken på.



Figur 4.1. Utnyttelsesgrad av ambulanser per minutt gjennom en uke

Arbeidsoperasjonene som utføres av ambulansarbeiderne ser også ut til å være preget av variasjon og å ha vært i utvikling ved at ambulansarbeiderne utfører mer medisinsk behandling prehospitalt nå enn tidligere. Dette kom til uttrykk blant annet ved at en ambulansarbeider fortalte at: *"Ambulansetjenesten har vært i en enorm utvikling. (...) Nå gjør vi så mye behandling i bilen. Altså tidligere målte vi såvidt blodtrykk"*. Dette samsvarer med en leders oppfatning, ved at vedkommende uttrykte at: *"Behandling i bil og kravene til ambulansarbeiderne har økt voldsomt"*. Videre fortalte flere ambulansarbeidere at arbeidsoperasjonene de utfører er særegne ved at de er preget av kompleksitet og at pasientene og oppdragene de møter på er så ulike og trenger forskjellig behandling. Vår tolkning er at variasjonen i oppgavene ambulansarbeiderne utfører på tvers av oppdrag forårsaker uforutsigbarhet, og at dette kan vanskeliggjøre effektivisering av ressursbruk.

På tross av at flere av ambulanspersonellet og lederne ved prehospitalklinikk ved SiV fortalte om en utvikling både i etterspørsel, aktivitet og arbeidet som gjøres prehospitalt virker det som at det eksisterer en generell holdning hos ambulansarbeiderne om at måten å gjøre ting på likevel skal være som det alltid har vært. Det ble blant annet utdypet av en ambulansarbeider at:

*Det er en veldig tradisjonell bransje. Den har vært drevet på samme måte i 100 år. Forutsetningene og måten å drive på har endret seg veldig, men grunnstrukturen har holdt seg. Eller kultur på at det skal være som det har vært da.*

#### 4.1.2 Ambulansarbeidernes arbeidssituasjon

Vi har sett at ambulansetjenesten ved SiV kjennetegnes ved at mesteparten av arbeidet som ambulanspersonellet utfører foregår utenfor sykehuset, de er lite inne på ambulansstasjonen og de har relativt få oppmøter på jobb per måned. Vi har et inntrykk av at dette vanskeliggjør kommunikasjonen mellom arbeiderne og ledelsen, noe som kan være hemmende for implementering av endringer. Dette kom til uttrykk blant annet ved at en leder fortalte at vedkommende betrakter det faktum at prehospitalt foregår utenfor sykehuset som noe av det som er mest krevende ved endringsarbeid. I tråd med dette ble det understreket av en annen leder at det til tider er en utfordring å få tak i ambulansarbeiderne ved at de sjeldent er til stede på stasjonen, da mye av tiden tilbringes ute på oppdrag. Vedkommende utdypet at:

*Det som er særegent [med ambulansetjenesten], hvert fall sett i forhold til resten av sykehuset, det er at når de [ambulansarbeiderne] jobber så er de ikke her inne på stasjonen. Jobber du på en sykehusavdeling så er du inne på avdelingen og det er enkelt å få tak i folk og snakke med folk. Men her jobber de ute, det er utfordrende innimellom. De er innom, men det er ikke så mye i løpet av dagen de*

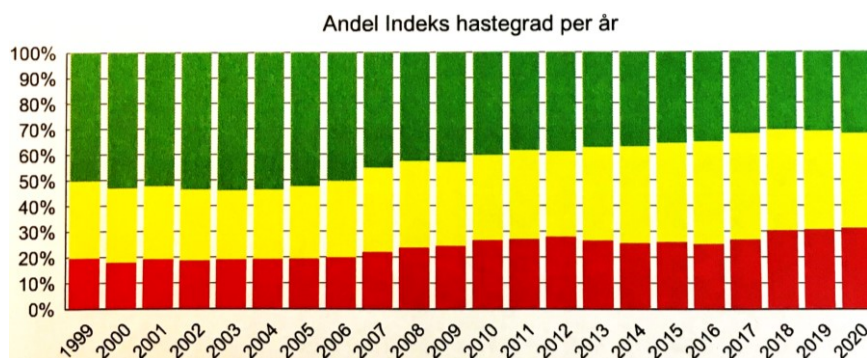
*er inne selv om de er på jobb. Så det å klare og ha kontakten godt og jevnlig nok, og få tatt de samtale man skal ha mens de er på jobb, det er utfordrende.*

Vi ble også fortalt av flere ambulansesarbeidere at de oppfatter seg selv som en vanskelig gruppe å informere til både fordi de har få oppmøter og er mye utenfor stasjon. Dette kom til uttrykk blant annet gjennom at en arbeider påpekte at: "Ofte er vi jo ute. Vi er jo ikke på stasjonen mange av gangene". En annen arbeider sa i tillegg at: "Vi er en ganske vanskelig gruppe å informere til for vi er lite på jobb og vanskelig å få tak i".

### 4.1.3 Ny medisinsk indeks for fordeling av ambulanseoppdrag

Ifølge en leder har den prosentvise andelen gule (hastende) og røde (akutte) oppdrag på SiV økt gradvis de siste årene, noe figur 4.2 illustrerer. Denne påstanden virker det som ambulansesarbeiderne er enige i, og årsaken er ifølge flere av arbeiderne at AMK har fått ny indeks og nye retningslinjer for hva som betegnes som akutte oppdrag og ikke. Vi ble fortalt at de opplever at de i dag rykker ut på langt flere akutte oppdrag som egentlig ikke oppleves som akutte når de kommer til hentested, ved eksempelvis at pasienten er såpass frisk at vedkommende kan bli hjemme. Dette ble utdypet av en ambulansesarbeider:

*Også har AMK en ny indeks som kom i fjor som gjør at vi rykker ut på akutte oppdrag som ikke er akutte for oss egentlig. (...) Det er småting som gjør at det blir akutt. Det tilsier at vi skal rykke ut på rød tur og når vi kommer frem så er det ofte en som kan bli igjen hjemme.*



Figur 4.2. Prosentvis fordeling av grønne, gule og røde oppdrag per år (1999-2020)

I tillegg ble det fortalt av tre ambulansesarbeidere at den nye indeksen som AMK må følge har gjort at det er flere som kan få ambulanse, noe arbeiderne betrakter som negativt ved at de opplever de må ut på flere oppdrag som er unødvendige, der pasienten kun skal transporteres fra et sted til et annet. En ambulansesarbeider opplevde at: "Det virker som ambulansen betraktes som en slags taxi. (...) Vi kjører forferdelig mye tull". Det ble videre påpekt av en annen ambulansesarbeider at det finnes et skjema for misbruk eller unødvendig bruk av ambulanse som personellet kan fylle ut, men vedkommende har ikke tro på at det blir tatt tak i eller at det føres noe statistikk på det:

*Det er generelt mye unødvendige turer. Det er flere av de nå enn før. Og vi har et skjema vi fyller ut hvor vi kan krysse av om det er misbruk av ambulanse eller unødvendig bruk av ambulanse, men om det blir tatt noe tak i og ført noe statistikk på det, det tror jeg virkelig ikke i det hele tatt.*

Basert på dette har vi et inntrykk av at ambulansearbeidere er frustrert over situasjonen og oppgitt over at ledelsen ikke tar tak i problematikken.

Videre ble det uttrykt at den større andelen røde oppdrag som ofte ikke oppleves som akutte resulterer i lavere skuldre for ambulansearbeiderne når de kjører til og ankommer hentestedet:

*Du møter så og si daglig turer som ikke er så meningsfylte som det det var før. (...) Og da merker du også på mange at vi har mye lavere terskel på at man tror at når man kommer til en trafikkulykke, 95% av trafikkulykkene så er det ikke skadde. Det er bulk eller kræsje. Før så var det mye mer skader og dødsulykker. (...) Ikke mange dødsulykker jeg har vært på de siste årene i forhold til hva jeg var på før. Og godt er det, men ting blir hauset så opp og det merker du. At det høres mye verre ut ofte enn det er. (...) Vi har nok i større grad lavere skuldre og det kan være skummelt.*

## **4.2 Implementering av endring i ambulansetjenesten ved SiV**

### **4.2.1 Endring av arbeidstidsordningen til ambulansepersonellet ved SiV**

Vi har en klar oppfatning av at implementeringen av endringen i arbeidstidsordningen til ambulansepersonellet ved SiV som ble iverksatt noen år tilbake, førte med seg flere ulike utfordringer for ledelsen. Derfor er dette en endringsprosess av interesse for å undersøke både hvilke spesielle forhold i ambulansetjenesten ved SiV som påvirker implementering av endring, samt for å kunne ta tak i tidsaspektet ved endringsprosesser gjennom å betrakte hvordan endringen ble tatt i mot, hvordan den oppleves nå og hvordan den legger føringer for fremtidig endringsarbeid.

Arbeidstidsordningen for ambulansearbeiderne ved SiV bestod tidligere av vakter på 24 timer. Deler av vakten, fra klokken 21 til klokken 08, var "hvilende" som vil si at arbeiderne ble lønnet med en tredjedel av normal timesats, og dersom de ble kalt ut på oppdrag fikk de 150% lønn i tillegg til lønningen på en tredjedel. Dette var ifølge både ledere og ambulansearbeidere en godt betalt og attraktiv vaktordning med kun syv oppmøter i måneden. Ved lav oppdragsaktivitet er en slik vaktordning ifølge ledelsen fullt ut forsvarlig, men etter deres mening ikke ved høy. En leder fortalte videre at prehospital klinikk ved SiV målte aktiviteten på "hvilende" vakt til å være over 30% på stadig flere stasjoner, noe Arbeidstilsynet anser som uforsvarlig. Lederen påpekte i tillegg at:

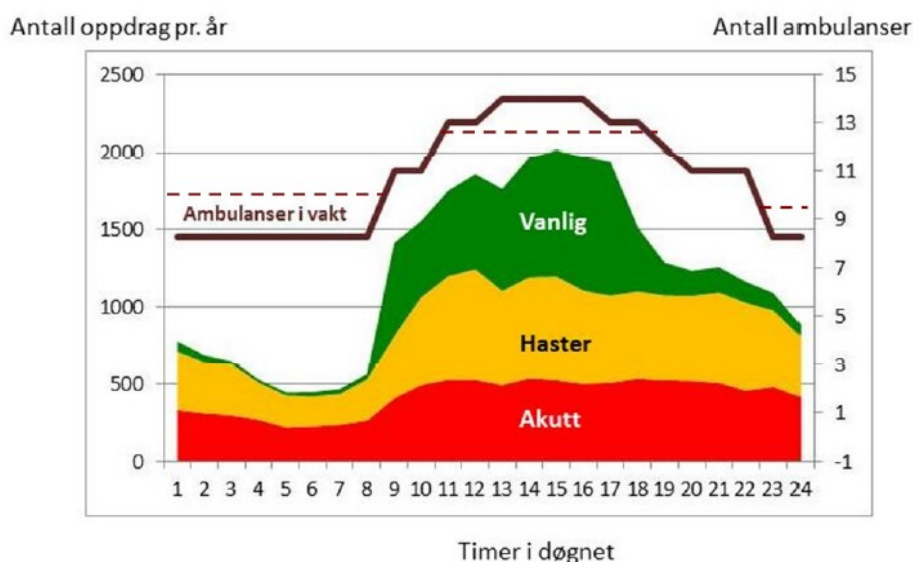
*Bakgrunnen [for endring i arbeidstidsordningen] var at det ikke var bærekraftig med den aktiviteten vi hadde i 24 timer. Det var ikke mulig å jobbe i 24 timer. Det var verken bærekraftig for pasientens del, for veitrafikkloven eller for langvarig bærekraftig arbeidstid, folk blir jo dødsslitne om de skal jobbe så lenge. Det var en veldig enkel beslutning, men veldig krevende å gjennomføre.*

Vi ble fortalt av ledelsen at implementeringen av endringen i arbeidstidsordningen til 12-timersvakter tok seks år. En leder utdypet at SiV startet med å øke antall lærlinger, for så å korte ned "hvilende" vakt til å begynne klokken 00 istedenfor klokken 21. Lederen fortalte



at dette grepet krevde økt bemanning, men at ved å utdanne flere lærlinger hadde de flere ressurser å benytte seg av, slik at da endringen til 12-timersvakter først kom for fullt i 2015 hadde de nok ambulansesarbeidere tilgjengelig. Vi har et klart inntrykk av at SiV gjennom denne endringen har tilpasset kapasiteten bedre til gjennomsnittlig etterspørsel og dermed effektivisert bemanningen. Inntrykket er basert på både figur 4.3 som vi ble vist av ledelsen og blant annet en ambulansesarbeider som uttrykte at:

*Når behovet [for en endring i arbeidstidsordning] er så stort at sunn fornuft tilsier at det er ikke mulig å gjøre noe annet, så må man jo bare. (...) Det er et større behov for oss ute enn før. Og det er bra for ellers måtte vi gå ned på ressurser og det er verre. Det er bedre at vi har et økende ressursbehov, og ja vi jobber mer [med den nye arbeidstidsordningen], men nå er det hvertfall behov for at vi er der.*



Figur 4.3. Gjennomsnittlig etterspørsel etter ambulanser fordelt på røde, gule og grønne oppdrag, samt tilpasning av antall ambulanser i vakt. Den stiplede linjen viser antall ambulanser på døgnavakter

Både ledere og ambulansesarbeidere understreket at det var mye motstand mot endringen i arbeidstidsordningen. Vårt inntrykk er at for de aller fleste av ambulansespersonellet var ikke endringen ønskelig, og vi ble blant annet fortalt at: "Fra oss ansatte ble det jobbet mye imot for det var ikke ønskelig. (...) Selvfølgelig var det masse motstand". En i ledergruppen utdypet at det var tydelig at endringsprosessen bar preg av at avsender og mottaker hadde ulik oppfatning om endringen, noe som skapte problemer.

Hva gjelder grad av involvering av ambulansesarbeiderne i implementeringsprosessen så vi at arbeiderne og ledelsen har en til dels ulik oppfatning. Samtlige ambulansesarbeidere opplevde at de i liten grad ble inkludert i prosessen. Noen opplevde at de ble fortalt at endringen skulle skje, men ikke at meningene deres ble hørt. Det ble blant annet uttrykt at:

*Jeg følte ikke at vi ble involvert av ledelsen og hadde kontroll på hvorfor endringen skulle skje, nei. Og så ble vi ikke tatt helt inn, men vi ble fortalt at det [endringen] skulle skje. Men vi ble ikke hørt på samme måte.*

Videre påpekte en arbeider at vedkommende ikke fikk nok informasjon om hvorfor endringen skulle implementeres. I kontrast til dette fortalte en leder at det var nok av muligheter for å få innsikt og komme med synspunkter gjennom blant annet spørreundersøkelser. Likevel hevdet samme leder at når det kom til selve beslutningen om døgnvakter skulle fjernes, så ble ikke ambulansarbeidernes meninger tatt med. En annen leder utdypet at de primært ikke inkluderte de ansatte, men at de forhandlet med tillitsvalgte på et mer overordnet nivå, mens en tredje leder hevdet at det ble brukt tid i starten på å høre med de ansatte hva de ønsket. Vedkommende fortalte at:

*Vi brukte mye tid i starten [på å involvere de ansatte], og sjekket med de ansatte og hva de ønsket. Og de aller fleste ville videreføre døgnvaktene, og de hadde mange rare tanker rundt det. Det var jo en av grunnene til at vi måtte gå forsiktig frem fordi motstanden var så voldsom.*

Ettersom det har vist seg å være uenighet mellom ledere og ambulansarbeidere, samt lederne imellom, er vår opplevelse at involvering av ansatte ikke var et tydelig formulert fokusområde under implementeringen.

Videre var det flere ledere som opplevde at de tillitsvalgte var lite samarbeidsvillige og arbeidet mot endringen. Blant annet ble det påpekt av en leder at: *"Vi brukte jo fakta [statistikk over oppdragsaktivitet] hele tiden, men det var ikke mulig å nå frem med det, de tillitsvalgte var rett og slett faktaresistente"*. Basert på dette kan det virke som at ledelsen benyttet statistikk som grunnlag for å forklare og overbevise om at endringen i arbeidstidsordningen var nødvendig, men at dette ikke var tilstrekkelig for å få de tillitsvalgte til å stå opp for endringen. Dette kan tyde på at det eksisterer ulike holdninger blant ledelsen og de ansatte når det kommer til hva som blir betraktet som fakta, og at statistikk ikke gir ambulansarbeiderne tilstrekkelig forståelse av behov for endring.

Hva gjelder resultatet av implementeringen av den nye arbeidstidsordningen fant vi at det fikk relativt store konsekvenser for ambulansarbeiderne økonomisk. En ambulansarbeider fremhevet blant annet at: *"Det har vært heavy med den overgangen fra 24 til 12 timer. Det har vært en enorm overgang for mange"*. Videre ble det forklart at flere av arbeiderne hadde bierverv som de måtte si fra seg, da antall oppmøter per måned økte relativt mye med den nye arbeidstidsordningen. Dette ble beskrevet av en leder som krevende:

*Det vanskeligste med endringen var de med bierverv som måtte si fra seg det de hadde på si. (...) I gamle dager var det sånn at i løpet av 30 dager så var man 7 døgn på jobb, og det vil si 23 døgn til kapasitet til bierverv.*

Ledelsen så likevel ut til å betrakte flere oppmøter og kortere vakter som positivt ved at arbeiderne er mer opplagte på jobb. De argumenterte for at dette gir pasientene en bedre tjeneste. Videre fortalte både ledere og ambulanspersonell at arbeiderne fikk redusert årsinntekten med mellom 70 000-100 000 kroner gjennom endringen. Dette ble fremstilt av enkelte som noe som "svir": *"De har også tatt en bit av lønnskaken og det er ikke kompensert på noen måte. Man stiller svakere lønnsmessig, og det svir"*.

Vår oppfattelse er likevel at selv om mye tyder på at implementeringen av denne endringen ikke var ønskelig for ambulansarbeiderne ved SiV, forstår de i ettertid verdien av

endringen og hvorfor den ble implementert. Det ble belyst av de aller fleste ambulansesarbeiderne vi har snakket med at de forstår at det i dag ikke er forsvarlig med døgnvakter lenger, verken relatert til medisinsk faglig kvalitet eller arbeidernes arbeidsforhold, grunnet økt etterspørsel og oppdragsaktivitet. De fleste av dem uttrykte videre at de aldri hadde villet gå tilbake til den gamle arbeidstidsordningen. Vi ble fortalt at endringen i arbeidstidsordningen fremdeles blir snakket om, men at de opplever at flesteparten har innsett at man ikke hadde orket å jobbe døgnvakter med den høye etterspørselen som er i dag:

*Det [endringen av arbeidstidsordningen] blir fortsatt snakket om. (...) Altså folk sier det var bedre da, men så tror jeg at de egentlig har innsett at man ikke hadde orket med det kjøret vi har nå og jobbet 24 timer.*

#### **4.2.2 Ambulansesarbeidernes tillit til ledelsen**

Vi har sett at ambulansepersonellet ved SiV har mer tillit til sin nærmeste leder enn lederne høyere opp i organisasjonshierarkiet. Basert på innsyn i medarbeiderundersøkelsen for ambulansetjenesten ved SiV fra 2019 fant vi blant annet at temaet "opplevd lederatferd" som belyser relasjonen mellom nærmeste leder og medarbeidere hadde fått en skår på 86 av 100. I motsetning hadde temaet "toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeidet" som belyser tillit til at administrerende direktør støtter godt opp om arbeidet med pasientsikkerheten skåret 50 av 100. Undersøkelsen ble sendt ut til ambulansesarbeiderne ved SiV og hadde en svarprosent på 73%. Resultatet fra undersøkelsen gjenspeiles i at flere ambulansesarbeidere uttrykte at de opplever å ha en stasjonsleder som forstår deres side av saken hva gjelder implementering av endringer, mens eksempelvis klinikkjef aldri har hatt stilling som ambulansesarbeider og derav ikke får den samme troverdigheten når det kommer til endringer som gjøres. Det ble påpekt av en ambulansesarbeider at:

*Det er jo noen i ledelsen som aldri har kjørt sykebil. Og det blir jo litt som at du har en sjef som er leder på bilverksted og sier hvordan du skal mekke på bilen og så har han aldri åpnet panseret en gang. (...) Men stasjonslederen her har jo kjørt sykebil i mange år, så han er mer forståelig.*

Utover dette har vi et inntrykk av at ambulansesarbeiderne opplever at ledelsen stadig prakker på dem nye endringer og at noen av endringene oppleves som unødvendige, samt at det er et større fokus på å implementere endringer heller enn å sikre en god gjennomføring og et godt utfall. Det ble uttrykt at: "Alle endringene er ikke like gjennomtenkte", "ledelsen kommer med en endring for så å ikke tilrettelegge for den i ettertid", samt at "en del endringer blir et jag".

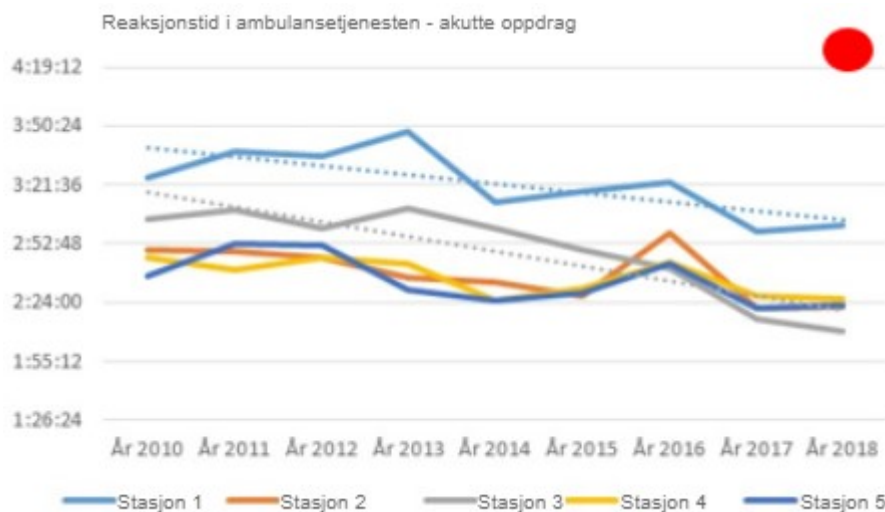
### **4.3 Effektivisering av tidsbruk på ambulanseoppdrag ved SiV**

#### **4.3.1 Potensiale for effektivisering av et ambulanseoppdrag**

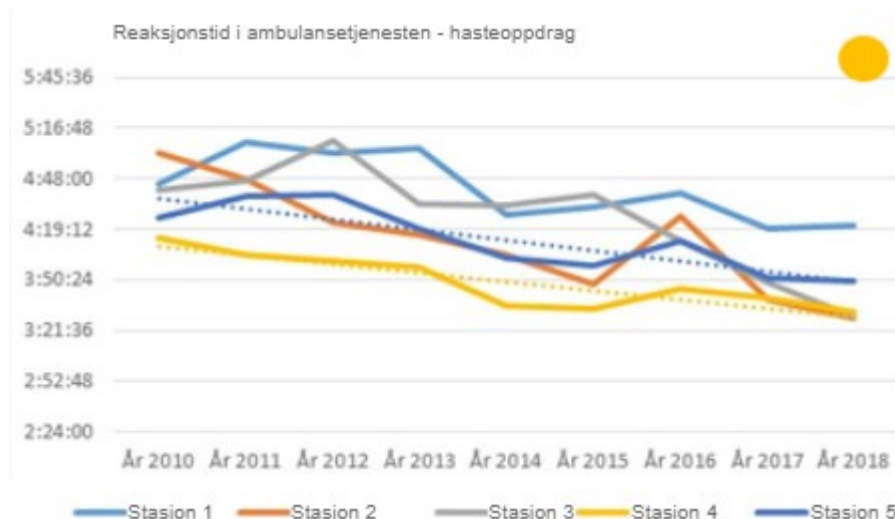
Relatert til effektivisering av de ulike delene av et ambulanseoppdrag er vår tolkning at tiden som brukes på leveringssted har størst potensiale for effektivisering og kan dermed bidra til å redusere total tid på et oppdrag ved SiVs ambulansetjeneste. Ledelsen ved prehospital klinikk understreket at det ikke er ønskelig å korte ned på kjøretid, da det i

henhold til trafikkregler og risiko som påløper for både personell og pasient ved uforsvarlig kjøring ikke er mulig. Dette tatt i betraktning vil det derfor for en ambulansarbeider være mulig å påvirke egen reaksjonstid, tid på hentested og tid på leveringssted. En ambulansarbeider sin reaksjonstid defineres som tiden det tar fra makkerparet blir varslet av AMK til de sitter i ambulansen og er klare for utrykning. Ledelsen ved prehospital klinikk viste oss imidlertid statistikk som gir oss inntrykk av at ambulansens reaksjonstid allerede har en positiv utvikling, som vist i figur 4.4 og figur 4.5. Videre påpekte to ambulansarbeidere at de ikke ser noen mulighet for å effektivisere tiden de bruker på hentested, da det vil gå utover ivaretagelsen av pasienten. I kontrast ble tiden som brukes på leveringssted belyst av flere som mulig å effektivisere, eksempelvis ved at flere av personellet hevder noen bevisst tar seg ekstra god tid i akuttmottaket. En ambulansarbeider fortalte blant annet at:

*Det er noen som bruker ekstremt lang tid, for eksempel i mottak. (...) Der blir det brukt veldig mye tid til kaffeslabberas. Og vi har jo aktiv lytteplikt på radio, og det hender jo at de roper fra AMK at nå trenger vi en bil og da er det noen som er sånn "nei ikke søren at jeg gidder å si ifra at jeg er ledig".*



Figur 4.4. Utvikling (nedgang) i reaksjonstid på akutte oppdrag fra 2010-2018 fordelt på de fem ambulansestasjonene tilhørende SiV



Figur 4.5. Utvikling (nedgang) i reaksjonstid på hasteoppdrag fra 2010-2018 fordelt på de fem ambulansestasjonene tilhørende SiV

#### 4.3.2 Måling av og statistikk over tidsbruk

En leder fortalte at prehospital klinikk ved SiV måler tidsbruken på alle ambulanseoppdrag og har statistikk som viser blant annet gjennomsnittlig tid enkeltpersoner og stasjoner bruker på ulike deler av et oppdrag. Gjennomsnittlig tid er regnet ut ifra 90-prosentilen, som vil si at de 10 prosent høyeste tidene er tatt vekk fra datasettet før beregning, for å sikre at statistikken gjenspeiler et troverdig bilde av virkeligheten. Vår tolkning er at denne statistikken og kontinuerlige målingen er en representasjon av ledelsens kontroll over situasjonen hva gjelder potensiale for effektivisering på et oppdrag, og at det er ulike meninger på tvers av ledelsen og ambulansepersonellet hva gjelder effekten av slike målinger.

Tidsbruken på hentested og leveringssted har ifølge ledelsens statistikk økt de siste årene, noe tabell 4.1 illustrerer for en av ambulansestasjonene. Årsaken er ifølge ledelsen at det utføres flere oppgaver på hentested enn tidligere og journal skrives ferdig når pasient leveres. Både ledere og ambulansearbeidere påpekte at alle ambulansearbeiderne har tilgang på sin egen og sin tilhørende stasjons overordnede statistikk, i tillegg til en mulighet for å kunne sammenligne tidsbruk på tvers av stasjoner. En leder fortalte at på månedlig basis sendes også statistikken for foregående måned ut til den enkelte. Vårt inntrykk er at ledelsen preges av en kultur som er opptatt av statistikk, men at dette kan være problematisk for ambulansearbeiderne. Det ble nemlig understreket av flere ambulansearbeidere at det oppleves forstyrrende for dem å tidfeste alt de gjør og å ha tidsbegrensning på de ulike delene av et oppdrag. De utdypet at årsaken er at de opplever dette kan skape et stressmoment for personellet slik at de ikke klarer å fange opp alt det nødvendige med situasjonen, samt at pasienten kan bli stresset. Det ble fortalt blant annet at:

*Man skal ikke bruke så og så lang tid hos pasienten, og så og så lang tid på sykehuset og det kan skape et stressmoment for den enkelte som kan gjøre at du ikke klarer å fange opp alt da. Eller at du stresser pasienten. Det er viktig å ta seg*

*litt tid, ikke for mye, men litt tid for å få roet ned situasjonen, så pasienten ikke blir dårligere.*

Tabell 4.1. Tabell som illustrerer at "tid på hentested" og "tid på lev.sted" har økt de siste årene for en av SiVs ambulansestasjoner

År	Reaksjons-tid	Tid til hendelse	Tid på hentested	Tid til levering	Tid på lev.sted	Tid til stasjon	Tellende oppdrag
2010	03:25	16:53	27:11	28:16	33:13	24:00	931
2011	03:38	15:40	27:41	29:27	34:57	20:17	1049
2012	03:36	15:54	29:23	26:30	35:11	16:16	1388
2013	03:48	15:59	28:09	27:22	34:08	15:40	1654
2014	03:13	16:05	30:09	27:15	35:33	27:22	1875
2015	03:18	16:08	29:34	27:34	34:18	28:29	2064
2016	03:23	15:38	29:49	26:46	36:04	26:47	2129
2017	02:59	15:56	31:21	28:06	37:01	24:57	2257
2018	03:00	15:57	32:28	28:51	39:57	25:15	2676
2019	02:47	16:41	32:30	28:27	37:06	26:41	2792
2020	01:49	16:17	34:00	23:40	37:47	34:07	390

Videre har vi en opplevelse av at ambulansearbeiderne heller er lojale mot pasientene og deres behov fremfor organisasjonen og tilhørende statistikk. Det ble påpekt av flere ambulansearbeidere at det er ulikt hva som føles på kroppen ute på oppdrag og hva som fremkommer i statistikken. Vi ble blant annet fortalt at:

*Det var et personalmøte hvor ledelsen ville at vi skulle skrive ut det vi kaller for statistikken vår, det vil si hvor lang tid vi bruker på å rykke ut, på stedet hos pasienten, levering til sykehuset, ikke sant. Og den greia der. Så det er jo for mange en litt sånn "nei", for det de er ute etter er bare å se hvor lang tid vi bruker. Jeg bruker heller fem minutter ekstra hos pasienten for å trygge pasienten enn å bare si "snakkes, nå må jeg dra for jeg må følge statistikken min". (...) Vi er hos pasienter som er redde eller angstpregede eller demente mennesker (...), så vi må bruke tid hos dem. Det er det de trenger. Jeg ruser ikke med de pasientene i det hele tatt.*

Vi har et inntrykk av at det er flere ambulansearbeidere som føler seg presset på tid og som ikke betrakter tidsmålinger og statistikk som motiverende overhode. Dette kom blant annet til uttrykk ved at vi ble fortalt av to arbeidere at: "Det [å bli målt] er ikke motiverende

på noen som helst måte. Ikke litt en gang” og ”vi blir målt hele tiden, det er et konstant tidspress”.

### 4.3.3 Varierende tidsbruk på tvers av enkeltpersoner og stasjoner

Vi har sett at tiden som brukes på ambulanseoppdrag ved SiV varierer både mellom de ulike stasjonene og mellom enkeltpersoner, og at det her ligger et potensiale for effektivisering. En leder viste oss tabell 4.2 som skal illustrere denne variasjonen i tidsbruk ved å ta for seg henholdsvis tid brukt på leveringssted og hentested for de fem ambulansestasjoner tilhørende SiV. ”Maks” refererer til den personen som bruker lengst tid på en stasjon, ”min” refererer til personen som bruker kortest og ”diff” presenterer den prosentvise differansen mellom ”maks” og ”min”. Eksempelvis viser tabell 4.2 at differansen mellom ambulansearbeideren på ambulansestasjon 4 som bruker lengst og kortest tid fra pasienten er levert til arbeideren slår seg ledig for nytt oppdrag, er 48%. Videre fremkommer det av tabell 4.2 at tidsbruken varierer fra stasjon til stasjon ved blant annet at ”maks” på stasjon 5 er 51,5 minutter, mens den er 44,8 minutter på stasjon 2.

Tabell 4.2. Statistikk over tidsbruk på leveringssted og hentested fordelt på stasjoner og enkeltpersoner

Tid fra levert til slått ledig for oppdrag					
	Stasjon 1	Stasjon 2	Stasjon 3	Stasjon 4	Stasjon 5
Maks	46,4	44,8	50,5	47,4	51,5
Min	32,2	37,3	37,6	32,1	34,3
Diff.	44%	20%	34%	48%	50%
Tid på hentested					
	Stasjon 1	Stasjon 2	Stasjon 3	Stasjon 4	Stasjon 5
Maks	38,6	35,8	47,4	41,6	43,5
Min	26,8	26,8	31,3	27,0	28,8
Diff.	44%	34%	51%	54%	51%

Ulik tidsbruk på tvers av stasjoner ble påpekt av en leder å være forårsaket av det vedkommende uttrykte som: ”Ulike kulturer fra stasjon til stasjon” der noen stasjoner har fokus på å være raske, mens andre tar seg lenger tid til å snakke med kollegaer for eksempel i akuttmottaket. Flere blant både ledelse, ambulanse- og AMK-personell fortalte om ulikhet mellom enkeltpersoner når det kommer til tidsbruk. Det ble belyst at man kjenner igjen makkerpar som konsekvent bruker lang tid og at dersom disse makkerparene splittes legges det merke til at effektiviteten løftes eller at man drar makkeren ned til å bli mer ineffektiv. I tillegg nevnte flere ambulansearbeidere at enkeltpersoner som bruker lengre tid enn andre ikke blir tatt tak i, selv om det har blitt sagt ifra om til ledelsen, men

at ambulanspersonellet som gruppe får svi for det. Vi har et inntrykk av at ambulansarbeiderne blir demotiverte for å arbeide effektivt når deres kollegaer er ineffektive og er oppgitte over at dette skal gå utover fellesskapet.

Videre fortalte en leder at de fleste har gode rutiner hva gjelder å jobbe effektivt når de leverer pasient eller skal klargjøre bilen, men vedkommende påpekte likevel at:

*Men det er disse som ikke gjør det [jobber effektivt]. Det er delvis fordi de ikke forstår hvordan de skal organisere arbeidet sitt, og delvis fordi de har en egeninteresse av å være litt sene for å slippe å ta den turen.*

I tråd med dette ble det fremhevet av flere ambulansarbeidere at de vet om noen som bevisst venter med å slå seg ledig til nytt oppdrag. De påpekte at de vet om enkeltpersoner som eksempelvis bruker ekstra lang tid på akuttmottaket, som tar en omvei tilbake til stasjonen etter oppdrag, eller som på nattetid kjører en omvei hjem for å få mer hvile:

*Absolutt, det vet vi [at noen bevisst venter med å slå seg ledig]. (...) Det har jo blitt tatt opp også i forhold til at noen bruker ekstremt lang tid, for eksempel i mottak. (...) Vi ser folk som tar en omvei på hjemturen på vei til stasjonen. (...) Og på nattetid ser vi noen som er sleipe og kjører en omvei fordi da er den andre bilen for tur og de kan hvile. Men vi vet jo hvem de er.*

#### **4.4 Implementering av effektiviseringstiltak i ambulansetjenesten ved SiV**

Vi er under den oppfattelse at det står sentralt for vellykket implementering av tiltak for å effektivisere ambulansoppdrag ved SiV at ambulansarbeiderne forstår årsaken bak endringen og at den positive effekten av endringen for den enkelte synliggjøres. En leder utdypet blant annet at:

*Det beste vi kan gjøre med endringsarbeid er å se effekten av det vi gjør. Hvis jeg skjønner at det jeg bidrar med nå bidrar positivt til utkommet for pasienten, så er det mye lettere å implementere det. Men hvis du da lager noen sånne pasientforløp og endringsprosesser hvor man ikke skjønner helt hvorfor det skal være sånn eller sånn, så (...). De må hvertfall forstå viktigheten av at de gjør det. Og at noen av de endringene også blir positive for både dem og pasienten. Det er vanskelig å skjønne en del av de effektiviseringsprosessene og hvorfor vi gjør ting veldig annerledes, hvis man ikke ser utfallet av det.*

Selv om vi har et inntrykk av at ledelsen har forståelse for at det er viktig for fremtidig endringsarbeid og vellykket implementering at ambulanspersonellet ser effekten av endringene, fortalte likevel to ambulansarbeidere at de ikke opplever å få synliggjort gevinsten i det hele tatt. En annen ambulansarbeider opplevde at ledelsen jager etter at de skal bli raskere og bedre, uten å formidle bakgrunnen for endringer og å skape forståelse for nødvendigheten av fremtidige endringer.

En leder fortalte at som grunnlag for en gjennomføringsplan for endringer benytter ledelsen ved prehospital klinikk ved SiV det de kaller for "seks kilder til innflytelse". De seks kildene baserer seg på individuell, sosial og strukturell motivasjon og evne for endring og er



fremstilt i tabell 4.3. Denne modellen er ifølge lederen blant annet tiltenkt brukt som grunnlag for å gjennomføre effektivisering av tidsbruk på ambulanseoppdrag. Vårt inntrykk er at modellen tar for seg viktige aspekter for å få til en vellykket endringsprosess og sikrer at SiV har et godt utgangspunkt for å implementere endringer.

Tabell 4.3. Seks kilder til innflytelse

	Motivasjon	Evne
Individuel	Å få noen til å gjøre det de ikke har	Investerer i trening
Sosial	Sørg for å skape et sosialt press	Investerer i formelle og uformelle
Strukture	Finn gode belønningssystemer og	Finn relevante målesystemer som

Likevel kan det virke som at det foreligger et potensiale for mer strukturert ledelse ved prehospital klinikk ved SiV. Som et suksesskriterium for å få med ambulansesarbeiderne på en effektiviseringsprosess ble det blant annet understreket av en arbeider viktigheten av å ha en stasjonsleder som er god på å kommunisere endringen ut til de aktuelle på en hensiktsmessig måte. I relasjon til dette tydeliggjorde en annen viktigheten av å definere tydeligere lederroller. Vedkommende mente prehospital klinikk ved SiV har mye å hente hva gjelder å tydeliggjøre lederrolle på stasjonene, da det bæres preg av "vennemiljøer":

*Jeg tenker ledelsen kan gjøre noe [for å skape tillit mellom leder og ansatte ved implementering av tiltak for effektivisering]. (...) At den er en tydelig leder for ansatte. Og da tenker jeg spesielt på stasjonsleder, at stasjonsleder er en tydelig leder for de under seg og ikke er en vennegenerasjon. Tydeligere lederroller, rett og slett.*

I tillegg påpekte en ambulansesarbeider et behov for tydeligere lederansvar, samt at flere av lederne ikke har lederutdanning:

*I tillegg vil jeg legge vekt på lederansvar. Tydelig lederskap i klinikken. Til nå vil jeg si at der må det være mye å hente. Flere av lederne har ikke lederutdanning. (...) Lederrollen burde det vært sett mer på. Strukturert ledelse vil gi effektivisering over en helhet.*

Videre ble det belyst av flere at det vil være viktig ved fremtidig implementering av effektiviseringstiltak at ledelsen involverer ambulansesarbeiderne fra tidlig fase og er gode på å informere dersom det de jobber med angår dem. Det ble fremhevet av flere at involveringen bør starte tidligere enn den gjorde under prosessen med endringen av arbeidstidsordningen. I tillegg kom det til uttrykk en opplevelse av at forhandlinger ikke bare bør inkludere tillitsvalgte, men også resten av ambulansepersonellet, for å skape mer tillit mellom ansatte og ledelse.

## 5 Diskusjon

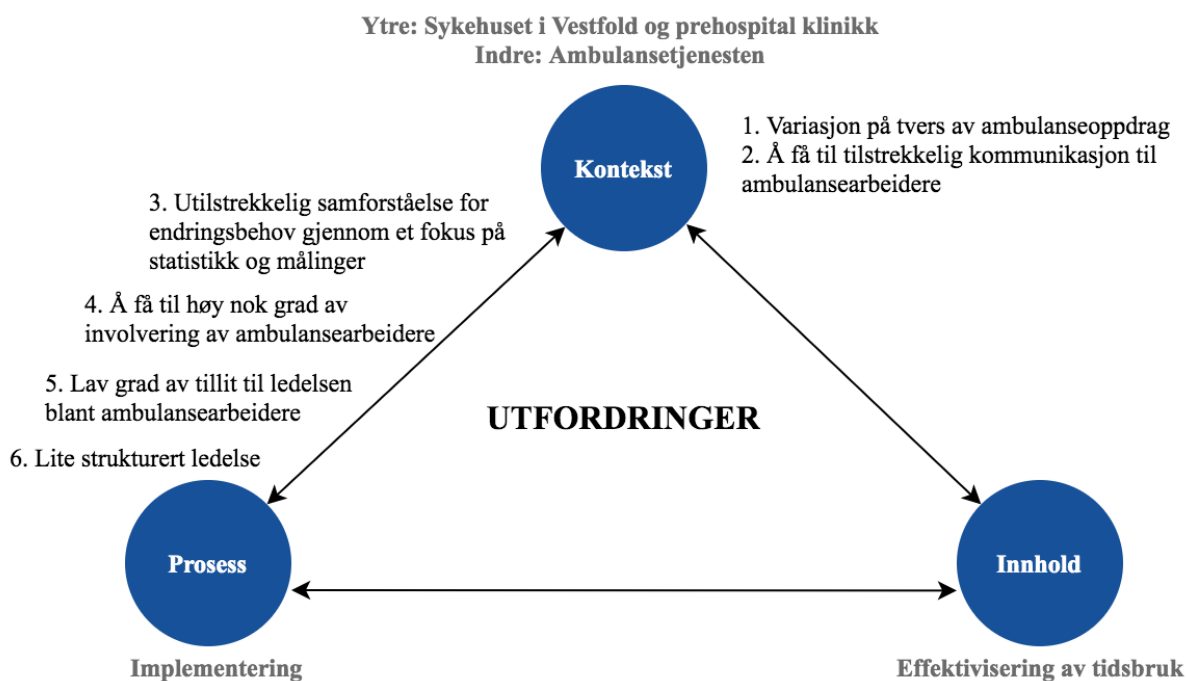
I denne delen av oppgaven vil vi først ta for oss en oppsummering av utfordringsbildet som ledelsen ved prehospital klinikk ved SiV møter ved implementering av tiltak for å effektivisere tidsbruk på ambulanseoppdrag. Deretter følger en diskusjon rundt hvordan utfordringene vi har avdekket hos SiV kan forklares teoretisk og hvordan dette utfordringsbildet samsvarer med det teoretiske grunnlaget for vårt forskningsarbeid som fremstilt i figur 2.6. I tillegg vil det diskuteres hvorvidt utfordringene er generaliserbare utover SiV. Til slutt vil implikasjoner for forskning presenteres i form av vårt bidrag til litteraturen og behovet for videre forskning, så vel som implikasjoner for praksis.

### 5.1 Utfordringer prehospital ledere ved SiV møter

Basert på resultatene har vi kommet frem til at det er totalt seks dominerende utfordringer som ledelsen ved prehospital klinikk ved SiV trolig vil møte ved implementering av tiltak for å effektivisere tidsbruk på ambulanseoppdrag. Utfordringene er relatert til variasjon, kommunikasjon, samforståelse for endringsbehov, involvering, tillit og ledelse, og er som følger:

1. Variasjon på tvers av ambulanseoppdrag
2. Å få til tilstrekkelig kommunikasjon til ambulansesarbeidere
3. Utilstrekkelig samforståelse for endringsbehov gjennom et fokus på statistikk og målinger
4. Å få til høy nok grad av involvering av ambulansesarbeidere
5. Lav grad av tillit til ledelsen blant ambulansesarbeidere
6. Lite strukturert ledelse

Vi hevder, i tråd med Pettigrew (1985; 1987) og Pettigrew et al. (2001), at en endrings kontekst, innhold og prosess interagerer og former hverandre over tid. Vi mener derfor at det ikke vil være tilstrekkelig for en leder å fokusere på ett av elementene i endringsarbeid, ettersom ingen av elementene vil føre til en vellykket endring på egenhånd. I denne delen av oppgaven har vi likevel valgt å kun se nærmere på enkelte relasjoner, ettersom vi mener det her var flest utfordringer å ta tak i for SiV. Figur 5.1 viser de seks utfordringene som ble avdekket for prehospital klinikk ved SiV satt inn i Pettigrew (1987) sitt analytiske rammeverk.



Figur 5.1. Illustrasjon av de seks utfordringene prehospital ledere ved SiV møter

Som figur 5.1 viser vil påfølgende diskusjon vektlegge utfordringer tilknyttet endringens kontekst, samt relasjonen mellom kontekst og prosess. Årsaken er at det her ble avdekket de mest sentrale utfordringene for prehospital klinikk ved SiV. Likevel vil det ikke være mulig å diskutere utfordringer i relasjon til oppgavens forskningsspørsmål uten endringens innhold, altså effektivisering av tidsbruk, og selv om det ikke er avdekket utfordringer hos SiV direkte tilknyttet innholdet vil dette elementet prege oppgavens diskusjon. Relasjonen mellom prosess og innhold blir derimot ikke betraktet isolert grunnet viktigheten av at ledelsen tar høyde for den spesifikke konteksten som endringen gjennomføres i.

Diskusjonen som følger tar for seg situasjonen som aktualiserer de seks utfordringene ved SiV og om hver av disse utfordringene kan generaliseres utover SiV. For å undersøke om resultatene fra SiV er gjeldende andre steder og om de kan underbygges teoretisk vil vi ta utgangspunkt i teorien som utgjør figur 2.6 og undersøke om denne teorien samsvarer med funnene fra SiV. Dette vil bli gjort for å besvare forskningsspørsmålet:

*Hvilke utfordringer møter ledelsen ved prehospital klinikk ved implementering av tiltak for å effektivisere tidsbruk på ambulanseoppdrag?*

## 5.2 Utfordringer prehospital ledere møter

### 5.2.1 Variasjon på tvers av ambulanseoppdrag

Arbeidsoperasjonene som ambulansesarbeiderne ved SiV utfører i løpet av et oppdrag ser ut til å være preget av variasjon, både i form av at pasientene er forskjellige og at behovet for medisinsk behandling varierer betraktelig. Dette samsvarer med Woollard (2009) som viser til hvordan ambulansesarbeidere må utføre en rekke ulike aktiviteter for å berolige pasient og pårørende. Variasjonen og særegenheten i oppgavene ambulansesarbeiderne ved SiV utfører på tvers av oppdrag har blitt tolket til å forårsake uforutsigbarhet, og det

kan tenkes at det derav er utfordrende for ledelsen å predikere hvordan et oppdrag vil se ut. I tråd med Karp og Helgø (2008) hevder vi det er spesielt utfordrende å kontrollere og predikere utviklingen av en endringsprosess når organisasjonen er kompleks og det er flere ulike interessenter. Da kompleksitet og ulike interessenter ifølge Karp og Helgø (2008) er særtrekk som kjennetegner den norske helsetjenesten kan det argumenteres for at dette også gjelder den norske ambulansetjenesten. Vi argumenterer for at dette kan vanskeliggjøre effektivisering av ressursbruken til prehospitaler klinikker og vil kunne by på utfordringer for ledelsen hva gjelder å implementere tiltak for å effektivisere tidsbruk på ambulanseoppdrag.

I tråd med Sørås (2007) kan det argumenteres for at arbeidet til ambulansearbeidere er mer komplekst og varierende enn i andre organisasjoner, noe vi mener gjør endringsarbeid i ambulansetjenesten utfordrende. Ved å implementere tiltak for å effektivisere tidsbruk på ambulanseoppdrag hevder vi i tråd med Pettigrew (1985; 1987) og Pettigrew et al. (2001) at endringens innhold må ses i sammenheng med den komplekse konteksten som preger ambulansetjenesten. I litteraturen trekkes det frem at helsesektoren er en akuttvirksomhet som er preget av hurtig og skiftende arbeid og det er liten toleranse for feil eller tvil (Nembhard et al., 2015; Tucker & Edmondson, 2003; Tucker et al., 2007; Sørås, 2007). Dette argumenterer vi for at vanskeliggjør effektivisering av ambulanseoppdrag generelt, og gjør at det er utfordrende for ledelsen ved prehospitaler klinikker å sette en tidsbegrensning på de ulike delene av et oppdrag.

I tillegg til betydelig variasjon i pasienter og medisinsk behandling, er vår oppfattelse at tiden som brukes på ambulanseoppdrag ved SiV varierer mellom ulike stasjoner og enkeltpersoner. Vi argumenterer for at slik variasjon vanskeliggjør effektivisering av ambulanseoppdrag i form av at det eksisterer en skjevhet mellom ambulansearbeiderne i hvor effektivt de allerede arbeider. Dette mener vi kan by på utfordringer for ledelsen ved klinikken gjennom at det å implementere effektiviseringstiltak som skal gjelde allment for alle ambulansearbeiderne og ambulansestasjonene ikke nødvendigvis tar tak i den virkelige problematikken hvor enkelte personer og stasjoner har en egeninteresse av å være trege. Ettersom det argumenteres for at det er utfordrende for ledelsen å sette en tidsbegrensning på et oppdrag, kan det tenkes at det heller foreligger et potensiale for å effektivisere i form av å redusere forskjellene mellom enkeltpersoner og stasjoner. Vi mener at dersom det skal være mulig å redusere forskjellene vil det være fordelaktig å ta tak i de enkeltpersonene som konsekvent er ineffektive hva gjelder å slå seg ledig for et nytt oppdrag. Dette samsvarer med Woollard et al. (2003) sin studie som viser at overvåking av medarbeidere som presterer dårlig er en foretrukket strategi blant ambulansearbeidere for å øke effektiviteten i tjenesten. Da Woollard et al. (2003) sin studie fra Storbritannia viser til at det er ønskelig å overvåke ineffektive medarbeidere, kan det argumenteres for at variasjon i tidsbruk mellom enkeltpersoner også er tilfellet i andre deler av verden og at det derav kan tyde på at variasjon i tid brukt på oppdrag er en utfordring som gjelder utover SiV.

Fra resultatene fremkommer det at det er stor variasjon mellom ambulansearbeidere ved SiV når det kommer til tiden de bruker ved levering av pasienter. Leveringsstedet har derav blitt tolket til å være den delen av et ambulanseoppdrag ved SiV hvor det foreligger størst potensiale for effektivisering. Dette strider mot Puolakka et al. (2016) som mener at tiden ambulansepersonell bruker ute hos pasienter utgjør den største andelen av prehospitaler forsinkelser. På tross av at resultatene tyder på at tid på hentested også varierer i stor grad ved ambulansetjenesten ved SiV argumenterer vi for at et fokus på å effektivisere

dette området vil være utfordrende for ledelsen da ambulansearbeiderne er redde for at slike tiltak vil gå utover ivaretagelse av pasienten. I lys av Adler og Kwon (2013), Callaly og Arya (2005), Gray og Harrison (2004), Sørås (2007) og Waring og Bishop (2010) mener vi at tiltak for å effektivisere tid brukt på hentested trolig vil møte motstand fra ambulansearbeidere både ved SiV og andre prehospitale klinikker i Norge og andre land, og dermed vil være vanskelig for ledelsen å implementere.

Basert på argumentasjonsrekken over mener vi at en betydelig variasjon på tvers av ambulanseoppdrag vil være en utfordring som er gjeldende utover ambulansetjenesten ved SiV, og at dette derfor er en utfordring som ledelsen ved prehospitale klinikker generelt vil kunne møte i relasjon til å effektivisere tiden som brukes på ambulanseoppdrag.

### **5.2.2 Å få til tilstrekkelig kommunikasjon til ambulansearbeidere**

Fra resultatene fremkommer det at mesteparten av arbeidet som ambulansearbeiderne ved SiV utfører foregår utenfor sykehuset, de er lite inne på ambulansestasjonen og de har relativt få oppmøter på jobb per måned. Med økt etterspørsel etter deres tjenester følger flere ambulanseturer og mer tid brukt utenfor stasjon. Dette har blitt tolket til å vanskeliggjøre kommunikasjonen mellom ledelsen og arbeiderne ved SiV. Da flere studier slik som Wankhade og Mackway-Jones (2015), Blaber og Harris (2014) og Newton (2011) viser til en økt etterspørsel etter ambulansetjenester internasjonalt kan det argumenteres for at denne problematikken trolig er gjeldende for ambulansetjenester utover SiV. Videre mener vi i tråd med Wankhade (2012) at mangelfull kommunikasjon kan være hemmende for endringsarbeid ved prehospitale klinikker og at det vil kunne prege både effektivitet og resultater.

For å belyse viktigheten av kommunikasjon i endringsledelse påpeker teoretikere hvordan det er vanlig i endringsprosesser at det som normalt skaper stabilitet og sikkerhet forsvinner, noe som medfører at omgivelsene fremstår som usikre og diffuse for medarbeidere (Irgens, 1996; Meaney & Pung, 2008). I tider med store og raske endringer er intern kommunikasjon spesielt viktig ettersom de involverte har behov for kunnskap om hva som skal skje (Meyer & Stensaker, 2006). Dette reduserer ifølge Meyer og Stensaker (2006) usikkerhet og opprettholder motivasjonsnivået i løpet av endringsprosessen. Meyer og Stensaker (2006) påpeker at en lederstil som er basert på åpenhet og menneskelig kontakt skaper et grunnlag for god kommunikasjon.

I tråd med Theie et al. (2017) mener vi det virker som at ambulansetjenesten ved SiV står overfor en ressursutfordring som krever at endringer iverksettes raskt. Sett i lys av Meaney og Pung (2008) og Irgens (1996) kan dette medføre at ambulansearbeiderne opplever arbeidsdagen som usikker, noe som i tråd med Meyer og Stensaker (2006) nødvendiggjør god intern kommunikasjon. Ettersom ledelsen og arbeiderne ved ambulansetjenesten ved SiV er distansert fra hverandre store deler av arbeidstiden og i den sammenheng har liten grad av menneskelig kontakt, kan det argumenteres for at det er utfordrende å få til god kommunikasjon hvor begge parter sitter igjen med samme opplevelse av budskapet. Basert på tidligere argumentasjon om at ambulansetjenesten internasjonalt er utsatt for økt etterspørsel som resulterer i mer tid brukt utenfor stasjon, vil trolig denne problematikken også gjelde for andre ambulansetjenester enn ved SiV. Fra resultatene virker det som at ledelsen ved SiVs prehospitale klinikk opplever det å holde jevn kontakt med arbeidere som problematisk, noe som tyder på at ledelsen møter en utfordring relatert til tilstrekkelig kommunikasjon i forkant og underveis av endringer. I den sammenheng

hevder vi i tråd med Wankhade (2011b) at det er et behov for å sette i gang nye metoder for kommunikasjon i ambulansetjenesten for å ta høyde for problematikken.

Vår oppfattelse er at ambulansesarbeiderne ved SiV preges av en holdning om at måten å gjøre ting på skal være som den alltid har vært. Da det i lys av Wankhade et al. (2015) ser ut til at ambulansetjenesten over hele verden står overfor et økt behov for endring, mener vi en slik tankegang som er synlig hos SiV kan relateres til Blaber og Harris (2014) og Newton (2011) sine teorier om at ambulansetjenesten er låst i et foreldet tankesett som ikke lenger er bærekraftig når behovet for endring øker. Med bakgrunn i dette kan det virke som at en holdning om at ting skal være som det alltid har vært gjelder for ambulansespersonell utover ved SiV. Basert på vår argumentasjon rundt at ambulansespersonell foretrekker å utføre arbeid slik det alltid har blitt gjort, argumenterer vi for at det kan være vanskelig å kommunisere endringer til ambulansesarbeidere og få dem til å forstå nødvendigheten av endringen. Sett i lys av Sørås (2007) kan denne problematikken være et resultat av at personell i ambulansetjenesten mangler kompetanse rundt endring, da dette trolig kunne bidratt til å øke forståelsen deres av hvor viktig og nødvendig det er å komme ut av gammeldags oppfatning.

I litteraturen trekkes innføring av HPM-systemer frem som strategier som utfordrer de underliggende forutsetningene i ambulansetjenesten (Guppy & Woollard, 2000; Woollard et al., 2003). Ettersom HPM-systemer fører med seg endringer i måten ambulansespersonell arbeider på, mener vi i tråd med Woollard et al. (2003) at ambulansesarbeidere trolig vil motsette seg slike endringer, med bakgrunn i holdningen om at ting skal være som det alltid har vært. Vi argumenterer for at lite hensiktsmessig kommunikasjon mellom ledelse og medarbeidere vil være en barriere for å gjennomføre en vellykket endring av ambulansespersonell sin arbeidspraksis. Dette presenteres også i litteraturen som en utfordring ved implementering av HPM-systemer (Woollard et al., 2003). Sett i lys av Woollard et al. (2003) og Meyer og Stensaker (2006) hevder vi at god kommunikasjon til medarbeidere som gir kunnskap om fordelene med en endring vil være et suksesskriterium for å sikre en vellykket prosess. Det kan tenkes at sviktende kommunikasjon mellom ledelse og arbeidere i endringsarbeid vil medføre usikkerhet hos ambulansesarbeidere og dermed svekke deres motivasjon for å endre egen arbeidspraksis. Dette mener vi kan skape utfordringer for ledelsen ved prehospitaler klinikker relatert til å sikre en vellykket implementering av endringer i ambulansetjenesten.

Basert på at lite menneskelig kontakt mellom ledelse og medarbeidere virker å være gjeldende utover ambulansetjenesten ved SiV, samt at ambulansespersonell tilsynelatende er en gruppe det er krevende å formidle endringer til, mener vi at å få til tilstrekkelig kommunikasjon til ambulansesarbeidere er en utfordring ledelsen ved prehospitaler klinikker vil møte ved forsøk på å effektivisere tidsbruk på ambulanseoppdrag.

### **5.2.3 Utilstrekkelig samforståelse for endringsbehov gjennom et fokus på statistikk og målinger**

Resultatene fra datainnsamlingen bærer preg av at ledelsen ved SiVs prehospitaler klinikk presenterte oss ulike statistikker og målinger av klinikkens ressursbruk. Statistikkene og målingene har blitt tolket som en representasjon av ledelsens kontroll over og oppfølging av ressursene. Et slikt fokus på å følge opp og kontrollere gjennom statistikk og målinger kan tyde på at ledelsen har et OM-perspektiv når det kommer til hva som er hensiktsmessig ledelse og prioriteringer for å få implementert tiltak for å effektivisere ambulansetjenestens

ressursbruk. Årsaken er at et slikt fokus utgjør et sentralt aspekt ved OM (Belyh, 2016; Slack et al., 2010).

Basert på at norsk helsesektor ifølge Helsedirektoratet (2012), NFHO (2020), Riksrevisjonen (2018) og Theie et al. (2017) ser ut til å være utsatt for ressursknapphet og at prioritering av ressursbruk er nødvendig fremover, samt at Helsedirektoratet (2012) fremhever innsamling av pålitelig data som avgjørende for å svare effektivt på problematikken, kan det argumenteres for at SiVs fokus på ressurskontroll gjennom å føre statistikk er en nødvendighet for å imøtekomme fremtidens ambulansetjeneste. Likevel tyder resultatene på at ambulansarbeiderne ved SiV setter pasientene og deres behov høyere enn organisasjonen og hva som fremkommer av tilhørende statistikker. Det kan derfor virke som at arbeiderne i større grad er styrt av profesjonsdominans og ønske om klinisk autonomi heller enn krav om effektivisering av ressursbruk. Profesjonsdominans og klinisk autonomi presenteres i litteraturen som to særtrekk ved helsesektoren både i Norge og internasjonalt som gjør implementering av endringstiltak utfordrende (Adler & Kwon, 2013; Callaly & Arya, 2005; Gray & Harrison, 2004; Sørås, 2007; Waring & Bishop, 2010). Med bakgrunn i dette argumenterer vi i tråd med Wankhade (2010; 2012) og Callaly og Arya (2005) for at det eksisterer en skjevhet mellom ledelsen og det medisinske personellet forårsaket av at der prehospital ledere fokuserer på effektivisering av ressursbruk, har ambulansarbeidere et fokus på å gi pasienten best mulig behandling.

Denne skjevheten mener vi i tråd med Adler og Kwon (2013) og Waring og Bishop (2010) kan forårsake at ambulansarbeidere motsetter seg endringer gjennom en tro på at det vil gå utover omsorgskvaliteten. Videre kan det manglende samsvaret mellom ledelsen og arbeidernes prioriteringer resultere i at ambulansarbeiderne får en opplevelse av at organisasjonen har andre verdier enn dem selv, som ifølge Burnes og Jackson (2011), Fiol (2002), Karp og Helgø (2008) og Latta (2009) vil kunne forårsake at helsepersonell motsetter seg endringer. Disse aspektene mener vi antagelig vil være med på å gjøre det utfordrende å implementere tiltak ved prehospital klinikk med formål om å effektivisere.

Vår oppfattelse er at ledelsen ved prehospital klinikk ved SiV i stor grad benyttet statistikk over historisk oppdragsaktivitet som faktagrunnlag for å overbevise ambulansarbeiderne om at en endring i arbeidstidsordningen var nødvendig, men at arbeidernes tillitsvalgte likevel ikke ønsket å stå opp for endringen. Dette støtter opp under argumentasjonen om at det eksisterer en skjevhet mellom ledelse og medarbeidere relatert til hva som betraktes som fakta og viktigste prioritering. Vi argumenterer for at denne ulikheten har en kulturell dimensjon. Resultatene tyder på at ledelsen ved prehospital klinikk ved SiV preges av en kultur som er opptatt av måling av ressursbruk og legger dette til grunn for hva et godt resultat er, mens ambulansarbeiderne har en kultur som legger vekt på at et godt resultat baseres på best mulig medisinsk behandling og omsorg til pasienten. I relasjon til Wankhade (2010; 2012) sin teori mener vi det er tydelig at ambulansarbeiderne og ledelsen ved SiVs prehospital klinikk preges av to subkulturer der det mangler et felles syn på hva gode resultater er, samt at de har ulik tilpasning til endring. Vi argumenterer i tråd med Scott et al. (2003) for at ulikhetene på tvers av disse subkulturene er en utfordring for vellykket implementering av endring, og at det derfor i tråd med Schein (1995; 1996) vil være sentralt å erkjenne og ta stilling til forskjellene. Dette for å skape samforståelse for endringsbehov blant ambulansarbeiderne og ledelsen. Da disse subkulturene ifølge Wankhade (2010; 2012), Scott et al. (2003) og Schein (1995; 1996) er synlig også i Storbritannia, mener vi disse aspektene er gjeldende for andre ambulansetjenester enn kun ved SiV.

Ledelsen ved prehospital klinikk ved SiV sin kontinuerlige måling av tidsbruk på ambulanseoppdrag kan betraktes som en metode for å tallfeste ressursbruken til klinikken på, og resultatene tyder på at målingene er en representasjon av deres kontroll over muligheten for å effektivisere tidsbruk, samt å dimensjonere virksomheten til å takle variasjon i oppdragsaktivitet. Da flere ambulansesarbeidere ved SiV opplever at de blir kontinuerlig presset på tid kan det diskuteres hvorvidt et så fremtredende fokus på kvantifisering av ressursbruk er hensiktsmessig. Litteraturen tilsier at norsk helsesektor muligens har nådd et punkt hvor det ikke lenger er mulig å effektivisere arbeidskraften, i tillegg til at å måle og tallfeste helsetjenestens prestasjoner og effektivitet er utfordrende blant annet fordi omsorgskvalitet spiller inn (André et al., 2013; Hagen, 2014; Theie et al., 2017). I relasjon til dette mener vi at ledelsen ved SiV har et uhenktsmessig snevert fokus hva gjelder effektiviseringsarbeid, der de i stor grad betrakter endringens innhold isolert uten å ta tilstrekkelig hensyn til endringens konteksten. Det kan argumenteres for at dette har resultert i et slags tunnelsyn hvor ledelsen vektlegger kvantifiserte fenomener for å måle prestasjon over det som ikke er kvantifisert. Et slikt syn er i tråd med det Smith (1995) og Wankhade (2011b) presenterer som en utilsiktet konsekvens av prestasjonsmålinger i offentlig sektor. Relatert til Pettigrew (1987) sin tankegang hevder vi at det vil være sentralt for ledelsen ved prehospital klinikk å betrakte relasjonen mellom endringens innhold og kontekst for å sikre en dypere forståelse for kontekstuelle hensyn som kan forårsake utfordringer når det kommer til å implementere effektiviseringstiltak.

Videre påpekes det i litteraturen at implementering av effektiviseringstiltak som NPM har ført med seg negative assosiasjoner rundt implementering av tiltak med formålet å øke effektivitet, og at medarbeidere derfor ofte motsetter seg slike endringer fordi de forventer et uønsket resultat (Armenakis & Bedeian, 1999). Erfaringer med tidligere endringsprosesser som ikke har lyktes presenteres i tillegg i litteraturen som en årsak til at helsepersonell motsetter seg endringer (Bernstrøm, 2014; Brown & Cregan, 2008; Warnous et al., 2000). Med bakgrunn i dette mener vi at ledelsen ved SiV sin kontinuerlige måling av ambulansesarbeidernes tidsbruk trolig gir arbeiderne assosiasjoner til effektivisering og tidligere erfaringer med effektiviseringstiltak, som i seg selv kan resultere i en negativ holdning til målingene. Videre argumenterer vi for at Carter et al. (2011) sin forklaring av ordet lean som et alias for intensivering av arbeid kan generaliseres til andre forsøk på å effektivisere, da effektivisering er et av leans formål. I lys av dette mener vi at målingene til prehospital ledere ved SiV potensielt kan betraktes som et alias for effektivisering av tidsbruk. Vår tolkning er at alt dette kan bidra til en utilstrekkelig forståelse for behov for endring blant ambulansesarbeiderne.

Resultatene tilsier at de aller fleste ambulansesarbeiderne ved SiV ikke betrakter tidsmålinger som motivasjon for å jobbe mer effektivt. Det kan derav tenkes at ledelsen ved SiVs prehospital klinikk ikke har hatt det å motivere ambulansesarbeiderne som et fokusområde ved endringsarbeid. Å motivere mener vi i tråd med First et al. (2012), Brown og Cregan (2008) og Wanous et al. (2000) er sentralt for at ambulansesarbeidere skal ønske å videreutvikle sin profesjon og for at de ikke skal motsette seg endringer. At ledelsen ved SiVs prehospital klinikk skaper forståelse blant ambulansesarbeiderne for årsaken bak endringer og synliggjør gevinsten for den enkelte, fremkommer i resultatene som viktig for vellykket implementering av tiltak for å effektivisere på oppdrag. Dette presenteres også i litteraturen som viktige elementer for at ledelsen skal lykkes med endringsarbeid (Andreasson et al., 2016; Sørås, 2007). Dette er derav en problematikk som trolig kan



generaliseres utover SiV. Selv om resultatene viser at ledelsen ved SiV er klar over det sentrale aspektet ved å skape forståelse og synliggjøre gevinst i endringsarbeid, opplever ikke ambulansesarbeiderne at det gjøres. Dette mener vi tydeliggjør skjevheten mellom ledelsen og arbeiderne som hos SiV vises gjennom at ledelsen benytter målingene og statistikkene som faktagrunnlag for å forklare hvorfor og hvordan ressurser kan effektiviseres, altså synliggjøre gevinst og årsak, mens ambulansesarbeiderne ikke opplever det på samme måte. Vi mener dette styrker argumentasjonen om at målinger og statistikk er utilstrekkelig for å skape forståelse for endringsbehov blant arbeidere. Dette resulterer trolig i at arbeidere i større grad motsetter seg endringen og ikke føler eierskap til den ved at de ikke forstår hvorfor det skal skje, noe vi i tråd med Scott et al. (2003) mener vil øke sannsynligheten for at forsøk på å effektivisere i ambulansetjenesten vil feile.

Basert på det som er presentert over har vi kommet frem til at en potensiell utfordring som ledelsen ved prehospitalt klinikk møter ved implementering av tiltak for å effektivisere tidsbruk på ambulanseoppdrag er utilstrekkelig samforståelse for endringsbehov blant ambulansesarbeidere og ledere. Dette er forårsaket av blant annet ulikheter mellom subkulturer i ambulansetjenesten. Vi har sett at ved SiV bunner en stor del av denne utilstrekkeligheten ut i ledelsens fokus på statistikk og målinger. Med vårt forskningsarbeid har vi ikke funnet noe litteratur som tar for seg denne problematikken konkret og vi kan derfor ikke generalisere at utilstrekkelig samforståelse for endringsbehov er et resultat av et fokus på statistikk utover ved SiV.

#### **5.2.4 Å få til høy nok grad av involvering av ambulansesarbeidere**

Med bakgrunn i resultatene har vi inntrykk av at involvering av ambulansesarbeiderne ved SiV ikke var et tydelig formulert fokusområde for ledelsen under implementeringen av endring i arbeidernes arbeidstidsordning. Vi så også at ambulansepersonellet ikke opplevde at de ble involvert i endringsprosessen. Bernstrøm (2014) peker mot at implementeringsprosesser i den norske helsetjeneste som legger opp til lite deltagelse og innflytelse blant medarbeidere vil møte særlig motstand, og i relasjon påpeker Sørås (2007) at det står sentralt at medarbeidere får mulighet til å påvirke resultatet. Basert på at prosessen med å få innført den nye arbeidstidsordningen ved SiV møtte mye motstand fra ambulansesarbeiderne kan det i lys av Bernstrøm (2014) tenkes at lav grad av involvering av arbeiderne var en sentral årsak til at motstanden var såpass stor. Resultatene ga i tillegg inntrykk av at selv om noen ledere ved SiVs prehospitalt klinikk mente de ga arbeiderne mulighet til å komme med innspill i starten av endringsprosessen, fikk de ikke mulighet til å påvirke resultatet endringen skulle føre til. Dette strider mot Sørås (2007) og styrker dermed argumentasjonen vår ytterligere. Ettersom både Bernstrøm (2014) og Sørås (2007) er studier utført i Norge mener vi at problematikken som oppstår ved lav grad av involvering i endringsarbeid ved SiV trolig vil kunne generaliseres til å gjelde andre ambulansetjenester i Norge også. Å få til høy nok grad av involvering av ambulansesarbeidere betrakter vi derfor som en potensiell utfordring prehospitalt ledere i Norge trolig vil møte ved implementering av endringer.

Resultatet av implementeringen av den nye arbeidstidsordningen fikk relativt store konsekvenser for ambulansesarbeiderne ved SiV økonomisk. Tap av lønn fremstilles av Bernstrøm (2014) som en årsak til motstand mot endring. Etter vår mening blir det for naivt å forsøke og forklare årsaken til motstand mot en endring forårsaket av lønnstap kun basert på lite involvering. Likevel mener vi det kan tenkes at dersom arbeiderne ved SiV hadde opplevd at de i større grad ble involvert og myndiggjort gjennom mulighet til å ha

innflytelse på endringsprosessen og resultatet, ville de trolig ha hatt større forståelse for lønnsendringen. En slik form for myndiggjøring er i tråd med Andreasson et al. (2016) sin teori om hensiktsmessig ledelse for å få implementert endringsinitiativer startet ovenfra.

Videre presenteres involvering av ansatte fra tidlig fase som sentralt for å få implementert et HPM-system i ambulansetjenesten (Woollard et al., 2003). Da HPM-systemer er ment som et tiltak for å øke effektiviteten i ambulansetjenesten mener vi at viktigheten av å involvere ansatte fra tidlig fase kan generaliseres til å gjelde for implementering av endringstiltak for å øke effektivitet generelt, og ikke bare HPM-systemer spesifikt. Ut i fra denne argumentasjonen er vår formening at det å få til høy nok grad av involvering av ambulansearbeidere utgjør en utfordring for ledelsen ved prehospitaler klinikker ikke bare i sammenheng med implementering av endringer generelt, men også implementering av tiltak for å effektivisere spesifikt.

Higgs og Rowland (2005) påpeker at endringer som vokser frem i organisasjoner har større suksessrate enn de som er styrt ovenfra og ned. Hva gjelder endringen i arbeidstidsordningen til ambulansearbeiderne ved SiV tyder resultatene på at SiV har tilpasset kapasitet og bemanning bedre til etterspørselen etter ambulanse som følge av endringen, samt at arbeiderne i ettertid forstår verdien av endringen og hvorfor den ble implementert. Vår formening er derfor at endringen ble en suksess, selv om initiativet og prosessen ble styrt ovenfra. Likevel kan det tenkes, relatert til Higgs og Rowland (2005), at dersom ambulansearbeiderne hadde blitt involvert i større grad ville potensielt suksessen blitt oppnådd raskere. Det kan også tenkes at dersom arbeiderne hadde blitt mer involvert ville de ha forstått verdien av endringen tidligere, og at motstanden mot endringen derav hadde blitt mindre.

Med bakgrunn i det som er beskrevet over har vi kommet frem til at en potensiell utfordring som ledelsen ved prehospitaler klinikker i Norge møter ved implementering av endringer, og effektiviseringstiltak spesifikt, er relatert til å få til høy nok grad av involvering av ambulansearbeidere.

### **5.2.5 Lav grad av tillit til ledelsen blant ambulansearbeidere**

Vårt inntrykk er at ambulansearbeiderne ved SiV har mer tillit til sin nærmeste leder enn lederne høyere opp i hierarkiet ved klinikken, blant annet fordi deler av toppledelsen ikke har erfaring som ambulansepersonell. Det påpekes i litteraturen at det er utfordrende å implementere endringer i helsesektoren som er besluttet av øverste leder (Andreasson et al., 2016). Med bakgrunn i dette kan det argumenteres for at ambulansearbeiderne ved SiV sin tilsynelatende mangel på tillit til toppledelsen kan være en årsak til at det er vanskeligere å få implementert endringer som er besluttet av vedkommende, og at dette er en problematikk som trolig er gjeldende også andre steder enn ved SiV. I tråd med Woollard et al. (2003) har vi i tillegg den oppfattelse at det vil være viktig å vie spesiell oppmerksomhet til forholdet mellom ambulansearbeidere og ledere for å hindre at personellet motsetter seg endringer.

Resultatene våre peker mot at ambulansearbeiderne ved SiV opplever at ledelsen stadig kommer med nye endringer og at de har et større fokus på å få endringer implementert heller enn å sikre en god gjennomføring og et positivt utfall av endringen. Vi argumenterer for at dette kan tyde på at ledelsen har et begrenset engasjement i selve utformingen av endringstiltak ved å i større grad fokusere på selve implementeringen av endringen enn å

tilrettelegge for å sikre et godt resultat av endringens innhold. Et slikt fokus trekker Kuipers et al. (2014) frem som et vanlig aspekt ved endringsledelsesteorier, og vi mener i tråd med Nembhard et al. (2009) at et slikt begrenset engasjement kan virke negativt inn på de ansattes tillit til ledelsen. I relasjon peker litteraturen på at endringers innhold og prosess må sees på som komplementære elementer for å øke sjansen for at endringen skal være vellykket (Armenakis & Bedeian, 1999; Hendry, 1996). Det kan derav argumenteres for at dersom ledelsen ved prehospital klinikk ikke retter et større fokus mot å tilrettelegge for hva endringen faktisk inneholder vil dette ikke bare kunne medføre mindre tillit fra sine arbeidere, men også større sannsynlighet for at endringen feiler.

Videre kan det virke som at ambulansesarbeiderne ved SiV opplever en del av endringene ledelsen kommer med som unødvendige. Dette kan trolig linkes opp mot Bernstrøm (2014) og Ford og Ford (2010) sin teori om at ambulansesarbeidere opplever de noen ganger ser praktiske implikasjoner av en endring som er vanskelig å se fra høyere i hierarkiet, samt at noen endringer oppleves som forstyrrende for arbeidet deres. I tråd med Bernstrøm (2014) og Ford og Ford (2010) mener vi at når ledelsen ved prehospital klinikk ikke tar denne problematikken i betraktning vil arbeiderne i større grad motsette seg endringer. Vi argumenterer videre for at når implikasjonene av endringer som ambulansesepersonellet ser ikke tas stilling til vil dette trolig resultere i svekket tillit til ledelsen når det kommer til endringsarbeid. Derav tyder det på at lav grad av tillit til ledelsen blant ambulansesepersonell er en utfordring ledelsen møter ved implementering av endringer.

Resultatene peker mot at ambulansesarbeiderne ved SiV opplever at ledelsen ikke gjør noe med problematikken rundt unødvendige oppdrag, samt rundt at enkeltpersoner som arbeider ineffektivt ikke tas tak i. Det fremkommer også at dette svekker motivasjonen til den enkelte for å jobbe effektivt. Da tillit ifølge Martin (1992; 2002) er avgjørende for å sikre effektivitet kan det tolkes dithen at når ledelsen ikke tar tak i denne problematikken svekkes ambulansesarbeidernes tillit til dem, som igjen resulterer i mindre motivasjon for å jobbe effektivt og derav mer ineffektiv ressursbruk for klinikken som en helhet. Problematikken rundt at unødvendige oppdrag og ineffektive enkeltpersoner ikke blir tatt tak i kan vi ikke generalisere til å gjelde andre steder enn SiV da vi ikke har funnet noe litteratur som tilsier dette. Likevel mener vi at dersom ledelsen ved prehospital klinikk ikke tar tak i slike underliggende problemer vil utfallet i form av svekket effektivitet være et aspekt som kan generaliseres. Dette styrker vår oppfatning om at lav grad av tillit blant ambulansesarbeidere er en utfordring ledelsen ved prehospital klinikk potensielt vil møte ved implementering av effektiviseringstiltak.

### **5.2.6 Lite strukturert ledelse**

Resultatene tyder på at ledelsen ved SiVs prehospital klinikk gjennom sine "seks kilder til innflytelse" innehar et godt utgangspunkt for å få til vellykkede endringsprosesser. Det kan derfor virke som at klinikken fokuserer på systematisk endringsarbeid og det å opparbeide kompetanse rundt endring. I kontrast påpeker Sørås (2007) at norske sykehus ikke satser på å øke kompetanse rundt endring, selv om signaler fra regionale helseforetak tilsier at man bør gjøre det. Basert på dette kan det tyde på at SiV er mer fremtidsrettet og proaktiv enn det gjennomsnittlige norske sykehus hva gjelder strukturert endringsarbeid og kompetanse om endringsledelse.

Selv om det virker som ledelsen gjennom å vie oppmerksomhet til alle seks elementene i deres "seks kilder til innflytelse" tilsynelatende vet *hva* som skal til for å få implementert

en endring, mener vi likevel at en slik modell ikke nødvendigvis sikrer at ledelsen vet *hvordan* det skal gjennomføres. Dette kan tolkes som et "knowing-doing" gap som presentert av Bowen og Graham (2013) og Adler et al. (2003). Årsaken er at vi mener modellen er generisk ved å ikke være tilknyttet en spesifikk kontekst. Vi argumenterer i tråd med Pettigrew (1987) for at enhver endring er knyttet til en spesifikk kontekst som er viktig å ta i betraktning for å sikre vellykket implementering av endring.

Til tross for vår oppfattelse om at prehospital klinikk ved SiV har et godt utgangspunkt i endringsarbeid, mener vi basert på resultatene at det foreligger et potensiale for mer strukturert ledelse ved klinikken. Med mer strukturert ledelse mener vi her tydeligere lederroller og lederansvar blant stasjonslederne ved klinikken. Litteraturen fremhever at mangelfull eller upassende ledelse er med på å hindre implementering av endring i helsesektoren, og at slik ledelse er en årsak til at mange endringsforsøk feiler (Scott et al., 2003; Schein, 1995). I tråd med dette mener vi derfor at å opparbeide mer strukturert ledelse ved prehospital klinikk ved SiV vil kunne bidra til økt sannsynlighet for vellykkede endringer i ambulansetjenesten.

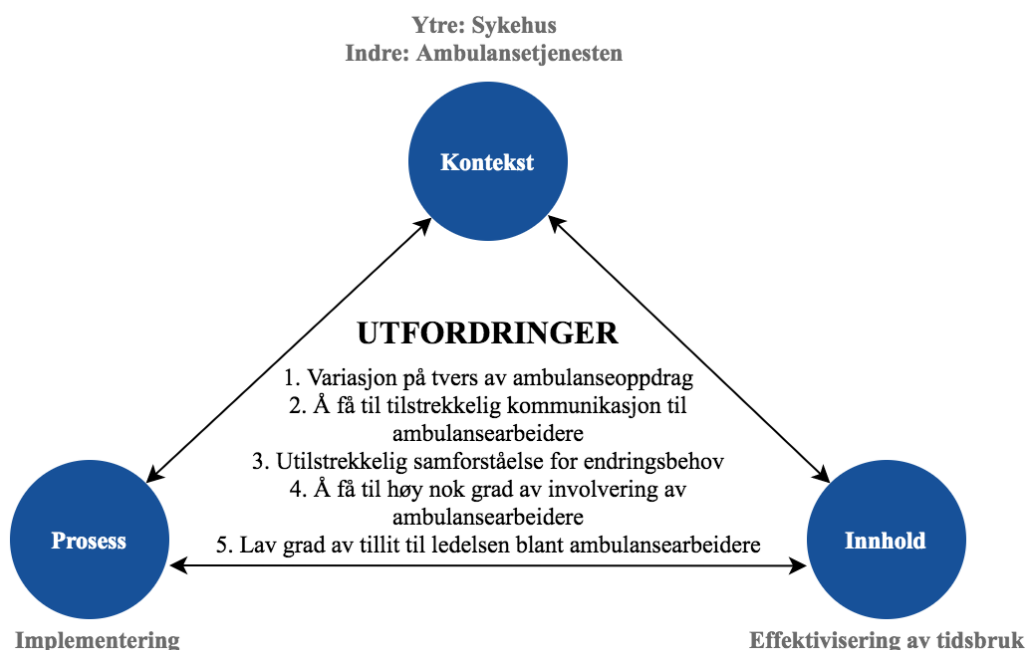
Videre tyder resultatene på at noen av lederne ved SiVs prehospital klinikk ikke har lederutdanning. Blaber og Harris (2014) og Newton (2011) påpeker at implementering av nødvendige endringer i ambulansetjenesten vil kreve høy ledelseskompetanse. I tillegg presiserer Byrkjeflot (1997) sin teori om ledelse at en profesjonell leder er dyktig til å lede uavhengig av virksomhet og at til grunn ligger en utdanning i ledelse. Vi er klar over at ledelse er et mangfoldig teorifelt som omfatter både motstridende teorier og anbefalinger. Vi er også inneforstått med at kompetanse kan opparbeides uten formell utdanning. Likevel argumenterer vi i tråd med Byrkjeflot (1997) for at det eksisterer en viss korrelasjon mellom økt lederutdanning og økt lederkompetanse, selv om vi tar avstand fra at dette vil gjelde helt allment, da vår forståelse er at konteksten alltid vil spille inn. Med bakgrunn i dette kan det argumenteres for at lite lederutdanning resulterer i lavere kompetanse innenfor ledelse, som igjen basert på Blaber og Harris (2014) og Newton (2014) kan minske sannsynligheten for vellykket implementering av endring i ambulansetjenesten. Dersom lederne opparbeider høynet ledelseskompetanse mener vi at dette kan gi grobunn til mer strukturert ledelse i og med at lederne trolig opparbeider seg større forståelse for hva hensiktsmessig ledelse er.

Resultatene peker i tillegg på at det foreligger et forbedringspotensiale når det kommer til måten stasjonslederne ved SiV formidler informasjon om endringer til ambulansesarbeiderne. En potensiell årsak kan være at stasjonslederne ikke forstår endringen de settes til å implementere og hvordan å gjøre det, som igjen kan tyde på at endringene ikke er tilstrekkelig forankret i denne delen av ledelsen. En slik forståelse og forankring blant mellomledere trekker Bernstrøm (2014) og Sørås (2007) frem som sentralt for vellykket implementering av endring i norske sykehus. Videre understreker Holmemo og Ingvaldsen (2016) viktigheten av at mellomledere støtter og er forpliktet til leaninitiativer for at implementeringen skal lykkes. Vi argumenterer igjen for at en slik tankegang kan generaliseres til endringstiltak med formål om å effektivisere ressursbruk. Med bakgrunn i dette mener vi det kan argumenteres for at bedre forståelse og forankring blant stasjonsledere vil resultere i mer støtte og forpliktelse til endringen blant disse lederne, som igjen vil kunne føre til mer hensiktsmessig lederrolle og -ansvar. Bedre forståelse og forankring blant mellomledere vil derav også kunne føre til mer strukturert ledelse for prehospital klinikk som en helhet.

Basert på argumentasjonen over har vi ikke klart å generalisere at mangel på strukturert ledelse er en utfordring som prehospital ledere ved andre ambulansetjenester nasjonalt og internasjonalt møter, da det ikke har blitt funnet litteratur som støtter opp under at dette er en utfordring i ambulansetjenesten generelt. Det faktum at litteraturen tilsier at "knowing-doing" gap og mangelfull eller upassende ledelse er tilstede ved helsesektoren internasjonalt kan likevel tyde på at deler av SiVs ledelsesproblematikk kan generaliseres utover SiV.

### 5.3 Implikasjoner for forskning

Fra studien av prehospital klinikk ved SiV ble det avdekket seks fremtredende utfordringer som ledelsen ved SiVs prehospital klinikk møter ved implementering av tiltak for å effektivisere tidsbruk på ambulanseoppdrag. Med unntak av utfordringen "lite strukturert ledelse" har vi kommet frem til at utfordringene kan generaliseres til andre ambulansetjenester enn ved SiV. Utover dette så vi det ikke som mulig å generalisere at utilstrekkelig samforståelse for endringsbehov blant ambulansesarbeidere og ledere er et resultat av lederes fokus på statistikker og målinger, utover hos SiV. Likevel har vi argumentert oss frem til at "utilstrekkelig samforståelse for endringsbehov" er en generaliserbar utfordring som prehospital ledere generelt vil kunne møte. Vi har derav kommet frem til at fem av de seks utfordringene vi så hos SiV trolig vil kunne være gjeldende andre steder. Selv om vi anser vårt teoretiske grunnlag som tilstrekkelig for å kunne argumentere for en slik generalisering av utfordringene, mener vi likevel det er viktig å poengtere at det vil kreves mer forskning på flere ulike ambulansetjenester for å kunne generalisere disse utfordringene med sikkerhet innenfor andre spesifikke prehospital kontekster. Figur 5.2 viser de fem avdekkede utfordringene som prehospital ledere møter ved implementering av tiltak for å effektivisere tidsbruk på ambulanseoppdrag, og illustrerer dermed vårt svar på forskningsspørsmålet.



Figur 5.2. Utfordringene prehospital ledere møter ved implementering av tiltak for å effektivisere tidsbruk på ambulanseoppdrag

Med de fem utfordringene har vi vært i stand til å utvikle den teoretiske modellen i figur 2.6 ytterligere, i form av at utfordringene svarer på forskningsspørsmålet som tar for seg både konteksten, innholdet og prosessen ved endringen. Dette utgjør vårt bidrag til forskning ettersom vi fra litteraturgjennomgangen ikke fant noe eksisterende litteratur som tok for seg alle de tre elementene i Pettigrew (1987) sitt rammeverk.

Forskningsarbeidet vårt har gitt muligheten til å generalisere de fleste av utfordringene vi så hos SiV til andre norske ambulansetjenester, samt delvis utover landegrensene. Likevel vil det kreves mer forskning nasjonalt for å kunne generalisere med sikkerhet, da utfordringsbildet vi har kommet frem til kun er basert på studie av én prehospital klinikk i Norge. Det vil også kreves mer forskning internasjonalt for å kunne generalisere ytterligere utover landegrensene, da det kan være betydelige forskjeller mellom ambulansetjenester i ulike land hva gjelder eksempelvis struktur, kultur og lederstil. Ved å utføre lignende studier andre steder vil det forhåpentligvis kunne utvikles en tydeligere beskrivelse av utfordringsbildet som møter ledelsen ved prehospitale klinikker, gjennom å verifisere, videreføre eller forkaste vår teori. Vi mener dette vil være et viktig bidrag for at prehospitale ledere skal implementere vellykkede endringsprosesser og på denne måten sikre at ambulansetjenesten klarer å møte den stadig økende etterspørselen uten at det går på bekostning av kvaliteten på tilbudet.

Videre ble det ikke gjennom arbeidet med denne oppgaven funnet et teoretisk grunnlag for å kunne generalisere "lite strukturert ledelse" som en utfordring prehospitale ledere møter ved implementering av effektiviseringstiltak. Likevel vet vi at hensiktsmessig ledelse er sentralt for å sikre vellykkede endringer i helsesektoren, og vi mener derfor dette er et område som krever videre forskning for å verifisere eller forkaste om denne utfordringen gjelder utover SiV. I tillegg mener vi det kreves mer forskning på prehospitale lederes bruk av statistikk og målinger for å kunne verifisere eller forkaste at "utilstrekkelig samforståelse for endringsbehov" er et resultat av et fokus på statistikker og målinger ved andre prehospitale klinikker enn ved SiV.

Med bakgrunn i at forskningsspørsmålet til denne oppgaven omhandler endringer med formål om å effektivisere, har vi gjennom forskningsarbeidet ikke hatt et fokus på å generalisere funnene til å gjelde for endringer utover de med effektivisering som innhold. For å oppnå en slik generalisering og undersøke om utfordringene også vil oppstå ved implementering av andre typer endringer enn de som inneholder effektivisering, vil det kreves videre forskning på ulike former for endringsarbeid i ambulansetjenesten.

## 5.4 Implikasjoner for praksis

Vi mener at ledere ved prehospitale klinikker bør være forberedt på at de fem avdekkede utfordringene i figur 5.2 kan oppstå under implementering av effektiviseringstiltak og vi råder dermed ledere til å tilrettelegge for disse i endringsarbeidet. Basert på funnene og tidligere argumentasjon har vi følgende anbefalinger til prehospitale ledere ved implementering av effektiviseringstiltak:

**Ta høyde for konteksten hvor endringen implementeres.** Vi mener det er sentralt for å sikre vellykket implementering av endringer at endringens innhold i form av effektivisering ses i sammenheng med konteksten som preger ambulansetjenesten. Ettersom ambulansetjenesten kjennetegnes av en spesifikk kontekst som skiller seg fra andre organisasjoner anbefaler vi prehospitale ledere å tilpasse implementering av

effektiviseringstiltak til særegenhetene ved tjenesten. Å oppnå dypere forståelse for kontekstuelle hensyn i ambulansetjenesten mener vi i tillegg kan hjelpe prehospitale ledere med å avdekke andre potensielle utfordringer som kan oppstå ved implementeringen.

**Erkjenne og ta stilling til forskjellene mellom subkulturer.** Der ledelsen har et fokus på å følge opp ressursbruken og tilpasse denne til etterspørselen, har ambulanspersonell et fokus på å bruke tid med pasienten for å gi best mulig behandling. Vi anbefaler ledelsen å erkjenne at arbeiderne har en ulik tilnærming til hva som er viktig, og må forstå at de har et annet perspektiv på hva som motiverer dem til å arbeide effektivt. Dersom ledelsen vier større oppmerksomhet til å synliggjøre årsaken bak tiltaket og gevinsten dette vil ha for pasienten, tror vi dette vil øke arbeidernes forståelse for at tiltaket er nødvendig heller enn å oppleves som et jag etter å arbeide raskere.

**Involvere ambulansarbeidere fra tidlig fase.** Ettersom ambulansetjenesten er presset til å gjennomføre store endringer raskt, mener vi det vil være nødvendig for ledelsen å involvere arbeiderne fra tidlig fase slik at alle er samforståtte om hva som skjer fra oppstart av endringsarbeidet og hvorfor. Dersom ambulanspersonell opplever å ha mulighet til å påvirke prosessen og resultatet fra start, mener vi dette vil redusere arbeidernes usikkerhet og motstand og dermed øke sannsynligheten for en vellykket implementering.

**Ta tak i enkeltpersoner.** Ved at ledelsen tar tak i enkeltpersoner som konsekvent viser seg å jobbe ineffektivt vil vedkommende bli skjerpet i tillegg til at dette kan virke motiverende for resten av arbeiderne da de ser at ledelsen tar tak i den virkelige problematikken og de det gjelder. Vi mener dette vil medføre at effektiviteten til ambulansarbeiderne som en helhetlig gruppe vil øke.

**Effektivisere tid på leveringssted.** Ettersom effektivisering av tidsbruk på hentested møter stor motstand fra ambulansarbeidere forårsaket av profesjonsdominans og en opplevelse av at det vil gå utover ivaretagelsen av pasienten, hevder vi det vil være fordelaktig for ledere å heller fokusere på å effektivisere på leveringsstedet. Ambulansarbeidere er positive til å redusere tidsbruk på leveringssted, og vi tror derfor det vil være lettere for ledere å få arbeiderne med på en slik endring.

**Finne nye metoder for kommunikasjon.** Vi mener et suksesskriterium for å sikre en vellykket implementering er å fokusere på tilstrekkelig kommunikasjon i forkant og underveis i endringsprosessen. Ettersom det er vanskelig å øke den menneskelige kontakten mellom ledelsen og ambulansarbeidere i løpet av en arbeidsdag, mener vi ledelsen må anstrenge seg for å finne nye metoder for å nå ut til arbeiderne. Vi har tro på at god kommunikasjon er sentralt for å redusere usikkerhet og opprettholde motivasjonsnivået til arbeiderne i løpet av endringsprosessen, noe vi ser på som avgjørende for et vellykket resultat.

**Øke tillit gjennom operativ erfaring.** Det viser seg at ambulansarbeidere har lav tillit til øverste leder og ofte motsetter seg endringer som vedkommende initierer. Vi tror at tilliten kan øke dersom ambulansarbeidere opplever at det blir viet spesiell oppmerksomhet til å sikre et godt forhold mellom arbeidere og ledelsen. Dersom lederen forsøker å opparbeide seg mer operativ erfaring, gjennom eksempelvis å hospitere på oppdrag og ta seg tid til jevnlig besøk på stasjonene, mener vi at ambulansarbeidernes tillit til vedkommende trolig vil øke og at dette kan gjøre det lettere for ledelsen å få

arbeiderne med på å gjennomføre effektiviseringstiltak. I tillegg har vi inntrykket av at operativ erfaring kan bidra med å gi lederen et innblikk i praktiske implikasjoner av endringer som er vanskelig å se fra kontoret, noe som tilrettelegger for en bedre gjennomføring.



## 6 Konklusjon

I denne oppgaven har vi sett nærmere på hvilke utfordringer ledelsen ved prehospital klinikk møter ved implementering av tiltak for å effektivisere tidsbruk på ambulanseoppdrag. Vi har studert prehospital klinikk ved SiV som et case i tillegg til å ha undersøkt hva eksisterende litteratur sier om temaet. Forskningsarbeidet vårt har avdekket fem utfordringer som prehospital ledere vil kunne møte ved implementering av effektiviseringstiltak. Disse fem utfordringene er: variasjon på tvers av ambulanseoppdrag, å få til tilstrekkelig kommunikasjon til ambulansarbeidere, utilstrekkelig samforståelse for endringsbehov, å få til høy nok grad av involvering av ambulansarbeidere, samt lav grad av tillit til ledelsen blant ambulansarbeidere.

Vi antar at de fem avdekkede utfordringene kan generaliseres til andre norske ambulansetjenester enn SiV og delvis utover landegrensene. Likevel vil det kreves videre forskning nasjonalt for å generalisere med sikkerhet, i tillegg til mer forskning internasjonalt for å kunne generalisere ytterligere til ambulansetjenester i andre land. Å gjennomføre studier av ambulansetjenester i flere ulike land danner et potensiale for å utvikle en tydeligere og mer representativ beskrivelse av utfordringsbildet ledelsen ved prehospital klinikk møter ved implementering av tiltak for å effektivisere tidsbruk på ambulanseoppdrag. Dette potensialet mener vi bør utnyttes, da videre forskning på området trolig er nødvendig for å møte den økende etterspørsel som er til stede internasjonalt, uten at det går på bekostning av kvalitet.

Etter vår mening bør ledere ved prehospital klinikk være forberedt på at de fem avdekkede utfordringene kan oppstå ved implementeringen av effektiviseringstiltak og vi råder dermed ledere til å legge til rette for disse ved endringsarbeid. I praksis anbefaler vi derfor prehospital ledere å ta høyde for konteksten hvor endringen implementeres, erkjenne og ta stilling til forskjellene mellom subkulturer, samt involvere ambulansarbeidere fra tidlig fase når effektiviseringstiltak skal implementeres. I tillegg ser vi det som sentralt at ledere tar tak i enkeltpersoner som viser seg å konsekvent være ineffektive, fokuserer på å effektivisere tid på leveringssted og finner nye metoder for kommunikasjon for å forhindre at utfordringene oppstår. Til sist anbefaler vi ledere å ha et fokus på å øke tillit gjennom operativ erfaring.

## Referanser

- Adler, P. S. & Kwon, S.-W. (2013). The Mutation of Professionalism as a Contested Diffusion Process: Clinical Guidelines as Carriers of Institutional Change in Medicine. *Journal of Management Studies*, 50(5), 930-962. <https://doi.org/10.1111/joms.12003>
- Adler, P. S., Riley, P., Kwon, S.-W., Signer, J., Lee, B. & Satrasala, R. (2003). Performance Improvement Capability: Keys to Accelerating Performance Improvement in Hospitals. *California Management Review*, 45(2), 12-33. <https://doi.org/10.2307/41166163>
- André, B., Sjøvold, E., Rannestad, T., Holmemo, M. & Ringdal, G. I. (2013). Work culture among healthcare personnel in a palliative medicine unit. *Palliative & Supportive Care*, 11(2), 135-140. <https://doi.org/10.1017/S1478951512000818>
- Andreasson, J., Eriksson, A. & Dellve, L. (2016). Health care managers' views on and approaches to implementing models for improving care processes. *Journal of nursing management*, 24(2), 219-227. <https://doi.org/10.1111/jonm.12303>
- Andrews, R. & Wankhade, P. (2014). Regional variations in emergency service performance: Does social capital matter?. *Regional Studies*, 49(12), 2037-2052. <https://doi.org/10.1080/00343404.2014.891009>
- Armenakis, A. A. & Bedeian, A. G. (1999). Organizational Change: A Review of Theory and Research in the 1990s. *Journal of management*, 25(3), 293-315. <https://doi.org/10.1177/014920639902500303>
- Belyh, A. (2016). Operations Management: Definition, Principles, Activities and Trends. Hentet fra <https://www.cleverism.com/operations-management-definition-principles-activities-trends/>
- Benger, J. R. & Willett, K. (2013). Improving urgent and emergency care in England. *Bmj*, 347, 1. <https://doi.org/10.1136/bmj.f7495>
- Benbasat, I., Goldstein, D.K. & Mead, M. (1987). The case research strategy in studies of information systems. *MIS Quarterly*, 11(3), 369-386. <https://doi.org/10.2307/248684>
- Bernstrøm, V. H. (2014). Implementering av organisasjonsendringer i helsesektoren - Hvorfor det ofte går galt. *Scandinavian Journal of Organizational Psychology*, 6(1), 12-21.
- Bevan, G. & Hamblin, R. (2009). Hitting and missing targets by ambulance services for emergency calls: Effects of different systems of performance measurement within the UK. *Journal of the Royal Statistical Society*, 172(1), 161-190. <https://doi.org/10.1111/j.1467-985X.2008.00557.x>
- Bevan, G. & Hood, C. (2006). What's measured is what matters: Targets and gaming in the English Public Health Care System. *Public Administration*, 84(3), 517-538. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2006.00600.x>

- Bhasin, S. & Burcher, P. (2006). Lean viewed as a philosophy. *Journal of Manufacturing Technology Management*, 17(1), 56-72. <https://doi.org/10.1108/17410380610639506>
- Blaber, A. & Harris, H. (2014). *Clinical leadership for paramedics*. Berkshire: Open University Press.
- Bowen, S. J. & Graham, I. D. (2013). From Knowledge Translation to Engaged Scholarship: Promoting Research Relevance and Utilization. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(1), S3-S8. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.04.037>
- Braut, G. S. (2019). AMK-sentral. Hentet fra <https://sml.snl.no/AMK-sentral>
- Brown, M. & Cregan, C. (2008). Organizational change cynicism: The role of employee involvement. *Human Resource Management*, 47(4), 667-686. <https://doi.org/10.1002/hrm.20239>
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods* (5. utg.). Storbritannia: Oxford University Press.
- Burnes, B. & Jackson, P. (2011). Success and failure in organizational change: An exploration of the role of values. *Journal of Change Management*, 11(2), 133-162. <https://doi.org/10.1080/14697017.2010.524655>
- Byrkjeflot, H. (1997). Fra ledelse til management. I H. Byrkjeflot (Red.), *Fra styring til ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Callaly, T. & Arya, D. (2005). Organizational change management in mental health. *Australasian Psychiatry*, 13(2), 120-123. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1665.2005.02173.x>
- Carter, B., Danford, A., Howcroft, D., Richardson, H., Smith, A. & Taylor, P. (2011). 'All they lack is a chain': Lean and the new performance management in the British civil service. *New Technology, Work and Employment*, 26(2), 83-97. <https://doi.org/10.1111/j.1468-005X.2011.00261.x>
- Cavaye, A. L. (1996). Case study research: A multi-faceted research approach for IS. *Information systems journal*, 6(3), 227-242. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2575.1996.tb00015.x>
- Collén, C. & Hellström, A. (2018). Value-based healthcare translated: A complementary view of implementation. *BMC Health Services Research*, 18(681). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3488-9>
- Coram, R. & B. Burnes. (2001). Managing Organisational Change in the Public Sector: Lessons from the Privatisation of the Property Service Agency. *International Journal of Public Sector Management*, 14(2), 94-110. <https://doi.org/10.1108/09513550110387381>

- Diefenbach, T. (2009). New public management in public sector organizations: The dark sides of managerialistic 'enlightenment'. *Public Administration*, 87(4), 892-909.
- Driscoll, A. & Morris, J. (2001). Stepping out: Rhetorical devices and culture change management in the UK civil service. *Public Administration*, 79(4), 803-824. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2009.01766.x>
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of management review*, 14(4), 532-550. <https://doi.org/10.5465/amr.1989.4308385>
- Eisenhardt, K. M. & Graebner, M. E. (2007). Theory building from cases: Opportunities and challenges. *Academy of management journal*, 50(1), 25-32. <https://doi.org/10.5465/amj.2007.24160888>
- Engle, R. L., Lopez, E. R., Gormley, K. E., Chan, J. A., Charns, M. P. & Lukas, C. V. (2017). What roles do middle managers play in implementation of innovative practices?. *Health care management review*, 42(1), 14-27. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000090>
- Ferlie, E. & Shortell, S. (2001). Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States: A Framework for Change. *Milbank Quarterly*, 79(2), 281-316. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00206>
- Fiol, C. M. (2002). Capitalizing on Paradox: The Role of Language in Transforming Organizational Identities. *Organization Science*, 13(6), 653-666. <https://doi.org/10.1287/orsc.13.6.653.502>
- First, S., Tomlins, T. & Swinburn, A. (2012). From trade to profession - The professionalization of the paramedic workforce. *Journal of Paramedic Practice*, 4(7), 378-381. <https://doi.org/10.12968/jpar.2012.4.7.378>
- Ford, J. D. & Ford, L. W. (2010). Stop Blaming Resistance to Change and Start Using It. *Organizational Dynamics*, 39(1), 24-36. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2009.10.002>
- Gray, A. & Harrison, S. (2004). *Governing Medicine: Theory and Practice*. Berkshire: Open University Press.
- Gustavsen, B. (2011). The Nordic Model of Work Organization. *Journal of the Knowledge Economy*, 2, 463-480. <https://doi.org/10.1007/s13132-011-0064-5>
- Guppy, L. & Woollard M. (2000). Emergency ambulance services: Performance management and review. *Pre-hospital Immediate Care*, 4, 40-45.
- Heath, G. & Radcliffe, J. (2007). Performance Measurement and the English Ambulance Service. *Public Money & Management*, 27(3), 223-227.
- Heath, G. & Radcliffe, J. (2009). Ambulance calls and cancellations: Policy and implementation issues. *International Journal of Public Sector Management*, 22(5), 410-422. <https://doi.org/10.1108/09513550910972491>

- Heath, G. & Radcliffe, J. (2010). Exploring the utility of current performance measures for changing roles and practices of ambulance paramedics. *Public Money & Management*, 30(3), 151-158. <https://doi.org/10.1080/09540961003794287>
- Helsedirektoratet. (2012). *Prioriteringer i helsesektoren. Verdigrunnlag, status og utfordringer*. Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/prioriteringer-i-helsesektoren-verdigrunnlag-status-og-utfordringer/Prioriteringer%20i%20helsesektoren%20%E2%80%93%20verdigrunnlag%20stauts%20og%20utfordringer.pdf/\\_/attachment/inline/87bf0b8a-6a3d-4ce3-a250-c1adfea4aa75:679b2cfe8180bff98d764175046fd9bb4d90d637/Prioriteringer%20i%20helsesektoren%20%E2%80%93%20verdigrunnlag%20stauts%20og%20utfordringer.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/prioriteringer-i-helsesektoren-verdigrunnlag-status-og-utfordringer/Prioriteringer%20i%20helsesektoren%20%E2%80%93%20verdigrunnlag%20stauts%20og%20utfordringer.pdf/_/attachment/inline/87bf0b8a-6a3d-4ce3-a250-c1adfea4aa75:679b2cfe8180bff98d764175046fd9bb4d90d637/Prioriteringer%20i%20helsesektoren%20%E2%80%93%20verdigrunnlag%20stauts%20og%20utfordringer.pdf)
- Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonalt datasett for ambulansetjenesten*. Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonalt-datasett-for-ambulansetjenesten/Nasjonalt%20datasett%20for%20ambulansetjenesten.pdf/\\_/attachment/inline/3ccce608-81fc-4eda-a893a43861e9793b:f3c4008c3f64f9f9683d95b109a5c5d2e91147d0/Nasjonalt%20datasett%20for%20ambulansetjenesten.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonalt-datasett-for-ambulansetjenesten/Nasjonalt%20datasett%20for%20ambulansetjenesten.pdf/_/attachment/inline/3ccce608-81fc-4eda-a893a43861e9793b:f3c4008c3f64f9f9683d95b109a5c5d2e91147d0/Nasjonalt%20datasett%20for%20ambulansetjenesten.pdf)
- Hendriks, F. & Tops, P. (2003). Local Public Management Reforms in the Netherlands: Fads, Fashions and Winds of Change. *Public Administration*, 81(2), 301-323. <https://doi.org/10.1111/1467-9299.00348>
- Hendry, C. (1996). Understanding and creating whole organizational change through learning theory. *Human Relations*, 49(5), 621-641. <https://doi.org/10.1177/001872679604900505>
- Higgs, M. & Rowland, D. (2005). All changes great and small: Exploring approaches to change and its leadership. *Journal of Change Management*, 5(2), 121-151. <https://doi.org/10.1080/14697010500082902>
- Holmemo, M. D. Q., & Ingvaldsen, J. A. (2016). Bypassing the dinosaurs? How middle managers become the missing link in lean implementation. *Total Quality Management & Business Excellence*, 27(11-12), 1332-1345. <https://doi.org/10.1080/14783363.2015.1075876>
- Hoque, K. & Kirkpatrick, I. (2008). Making the Core Contingent: Professional Agency Work and its Consequences in UK Social Services. *Public Administration*, 86(2), 331-344. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2007.00704.x>
- Irgens, E. J. (1996). *Den dynamiske organisasjonen: Ledelse og utvikling i et arbeidsliv i forandring*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Karp, T. & Helgø, T. I. T. (2008). From change management to change leadership: Embracing chaotic change in public service organizations. *Journal of Change Management*, 8(1), 85-96. <https://doi.org/10.1080/14697010801937648>

- Kuipers, B. S., Higgs, M., Kickert, W., Tummers, L., Grandia, J. & Van der Voet, J. (2014). The management of change in public organizations: A literature review. *Public Administration*, 92(1), 1-20. <https://doi.org/10.1111/padm.12040>
- Latta, G. F. (2009). A process model of organizational change in cultural context (OC model): The impact of organizational culture on leading change. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 16(1), 19-37. <https://doi.org/10.1177/1548051809334197>
- Liker, J. & Franz, J. K. (2011). *The Toyota way to continuous improvement: Linking strategy and operational excellence to achieve superior performance*. New York: McGraw Hill Professional.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills: Sage Publication.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1994). *Handbook of qualitative research. Competing paradigms in qualitative research*.
- Lindell, M. & Arvonen, J. (1996). The Nordic Management Style in a European Context. *International Studies of Management & Organization*, 26(3), 73-91. <https://doi.org/10.1080/00208825.1996.11656689>
- Martin, J. (1992). *Culture in Organizations: Three Perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Martin, J. (2002). *Organizational Culture: Mapping the Terrain*. Thousand Oaks: Sage Publication.
- McCann, L., Hassard, J. S., Granter, E. & Hyde, P. J. (2015), Casting the lean spell: The promotion, dilution and erosion of lean management in the NHS. *Human Relations*, 68(10), 1557-1577. <https://doi.org/10.1177/0018726714561697>
- Meaney, M. & Pung, C. (2008). McKinsey global results: Creating organizational transformations. *The McKinsey Quarterly*, 7(3), 1-7.
- Meyer, C. B. & Stensaker, I.G. (2006). Developing capacity for change. *Journal of Change Management*, 6(2), 217-231. <https://doi.org/10.1080/14697010600693731>
- Nembhard, I. M., Alexander, J. A., Hoff, T. J. & Ramanujam, R. (2009). Why Does the Quality of Health Care Continue to Lag? Insights from Management Research. *Academy of Management Perspectives*, 23(1), 24-42.
- Nembhard, I. M., Labao, I. & Savage, S. (2015). Breaking the silence: Determinants of voice for quality improvement in hospitals. *Health Care Management Review*, 40(3), 225-236. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000028>
- Newton, A. (2011). Specialist practice for paramedics bright future?. *Journal of Paramedic Practice*, 3(2), 58-61.

- Norsk forening for helseøkonomi. (2020). Hva er helseøkonomi?. Hentet fra <https://nfho.no/ressurser/hva-er-helseokonomi/>
- Pettigrew, A. M. (1985). Contextualist research and the study of organizational change processes. *Journal of Management Studies*, 24(6), 53-78.
- Pettigrew, A. M. (1987). Context and action in the transformation of the firm. *Journal of Management Studies*, 24(6), 649-670. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.1987.tb00467.x>
- Pettigrew, A. M., Woodman, R. W. & Cameron, K. S. (2001). Studying organizational change and development: Challenges for future research. *Academy of management journal* 44(4), 697-713. <https://doi.org/10.5465/3069411>
- Puolakka, T., Kuisma, M., Länkimäki, S., Puolakka, J., Hallikainen, J., Rantanen, K. & Lindsberg, P. J. (2016). Cutting the prehospital on-scene time of stroke thrombolysis in Helsinki: a prospective interventional study. *Stroke*, 47(12), 3038-3040. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.116.014531>
- Radnor, Z. J., Holweg, M. & Waring, J. (2012). Lean in healthcare: The unfilled promise?. *Social Science & Medicine*, 74(3), 364-371. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.011>
- Radnor, Z. & Osborne, S. P. (2013). Lean: A failed theory for public services? *Public Management Review*, 15(2), 265-287. <https://doi.org/10.1080/14719037.2012.748820>
- Reichard, C. (2003). Local Public Management Reforms in Germany. *Public Administration*, 81(2), 345-363. <https://doi.org/10.1111/1467-9299.00350>
- Riksrevisjonen. (2018). *Effektivitet i sykehus* (Dokument 3.2). Hentet fra [https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2017-2018/effektivitet\\_i\\_sykehus.pdf](https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2017-2018/effektivitet_i_sykehus.pdf)
- Schein, E. H (1995). *Organizational change and Leadership: a Dynamic View*. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers.
- Schein, E. H. (1996). Three cultures of management: The key to organizational learning. *Sloan Management Review*, 38(1), 9-20.
- Scott, T. I. M., Mannion, R., Davies, H. T. & Marshall, M. N. (2003). Implementing culture change in health care: Theory and practice. *International journal for quality in health care*, 15(2), 111-118. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg021>
- Slack, N., Chambers, S. & Johnston, R. (2010). *Operations management* (6. utg.). Pearson education.
- Smith, P. C. (1995). On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector. *Public Administration*, 18(2/3), 277-310. <https://doi.org/10.1080/01900699508525011>

- Smith, P. B., Andersen, J. A., Ekelund, B., Graversen, G. & Ropo, A. (2003). In search of Nordic management styles. *Scandinavian Journal of Management*, 19(4), 491-507. [https://doi.org/10.1016/S0956-5221\(03\)00036-8](https://doi.org/10.1016/S0956-5221(03)00036-8)
- Stout, J. (1989a). Wrestling with the big three policy issues. *Journal of Emergency Medical Services*, 14(6), 79-81.
- Stout, J. (1989b). Controlling emergency fleet operating costs. *Journal of Emergency Medical Services*, 14(2), 67-69.
- Sørås, I. (2007). *Organisasjonsutvikling i sykehus: forbedringsarbeid i teori og klinisk praksis*. Oslo: Universitetsforlag.
- Theie, M. G., Lind, L. H., Jenssen, T. B., Nellemann, R. & Skogli, E. (2017). *Bruker vi for mye på helse? En vurdering av offentlige helseutgifter fra et samfunnsøkonomisk perspektiv, med særlig fokus på spesialisthelsetjenesten* (Menon-publikasjon nr. 6/2017). Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/contentassets/709bd0bd8cea4012a4838806e87622a8/offentlige-helseutgifter-menon-2017.pdf>
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tucker, A. L. & Edmondson, A. C. (2003). Why hospitals don't learn from failures: Organizational and psychological dynamics that inhibit system change. *California management review*, 45(2), 55-72. <https://doi.org/10.2307/41166165>
- Tucker, A. L., Nembhard, I. M. & Edmondson, A. C. (2007). Implementing New Practices: An Empirical Study of Organizational Learning in Hospital Intensive Care Units. *Management Science*, 53(6), 894-907. <https://doi.org/10.1287/mnsc.1060.0692>
- Vann, J. L. (2004). Resistance to Change and the Language of Public Organizations: A Look at "Clashing Grammars" in Large-Scale Information Technology Projects. *Public Organization Review*, 4(1), 47-73. <https://doi.org/10.1023/B:PORJ.0000015651.06417.e1>
- Vaughn, V. M., Saint, S., Krein, S. L., Forman, J. H., Meddings, J., Ameling, J., Winter, S., Townsend, W. & Chopra, V. (2019). Characteristics of healthcare organisations struggling to improve quality: Results from a systematic review of qualitative studies. *BMJ Quality & Safety*, 28(1), 74-84. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007573>
- Wankhade, P. (2008). Unintended performance paradox and dysfunctional behaviour in the public sector: Evidence from NHS Ambulance service in England. *Performance Management Track, British Association of Management, BAM Conference*.
- Wankhade, P. (2010). Cultural characteristics in the ambulance service and its relationship with organisational performance: Evidence from the UK. *Management of emergency response services: does culture matter track, PAC Conference*.



- Wankhade, P. (2011a). Emergency services in austerity: Challenges, opportunities and future perspectives for the ambulance service in the UK. *Ambulance Today*, 8(5), 13-15.
- Wankhade, P.(2011b). Performance measurement and the UK emergency ambulance service: Unintended consequences of the ambulance response time targets. *International Journal of Public Sector Management*, 24(5), 384-402. <https://doi.org/10.1108/09513551111147132>
- Wankhade, P. (2012). Different cultures of management and their relationships with organizational performance: evidence from the UK ambulance service. *Public Money & Management*, 32(5), 381-388. <https://doi.org/10.1080/09540962.2012.676312>
- Wankhade, P. & Mackway-Jones, K. (2015). *Ambulance Services. Leadership and Management Perspectives*. Switzerland: Springer International Publishing.
- Wankhade, P., Radcliffe, J. & Heath, G. (2015). Organisational and professional cultures: An ambulance perspective. I P. Wankhade & K. Mackway-Jones, *Ambulance Services. Leadership and Management Perspectives* (s. 65-80). Switzerland: Springer International Publishing.
- Wanous, J. P., Reichers, A. E. & Austin, J. T. (2000). Cynicism about organizational change - Measurement, antecedents, and correlates. *Group & Organization Management*, 25(2), 132-153. <https://doi.org/10.1177/1059601100252003>
- Waring, J. J. & Bishop, S. (2010). Lean healthcare: Rhetoric, ritual and resistance. *Social Science & Medicine*, 71(7), 1332-1340. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.06.028>
- Weissert, C. S. & Goggin, M. L. (2002). Nonincremental Policy Change: Lessons from Michigan's Medicaid Managed Care Initiative. *Public Administration*, 62(2), 206-216. <https://doi.org/10.1111/0033-3352.00171>
- Wilderom, C., Glunk, U. & Maslowski, R. (2000). Organizational culture as a predictor or organizational performance. I N. M Ashkanasy, C. Wilderom & M.F Peterson, *Handbook of organizational culture and climate* (s. 193-209). Sage Publication.
- Woollard, M. (2009). Professionalism in UK paramedic practice. *Australian Journal of Paramedicine*, 7(4).
- Woollard, M., Lewis, D. & Brooks, S. (2003). Strategic change in the ambulance service: Barriers and success strategies for the implementation of high-performance management systems. *Strategic Change*, 12(3), 165-175. <https://doi.org/10.1002/jsc.632>
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods* (4. utg.). Los Angeles: Sage Publication.
- Yin, R. K. (2014). *Case Study Research: Design and Methods* (5. utg.). Thousand Oaks: Sage Publication.

# **Vedlegg**

**Vedlegg A:** Intervjuguide

**Vedlegg B:** Samtykkeerklæring

## Vedlegg A: Intervjuguide

### INTERVJUGUIDE

#### Introduksjon

1. Introdusere oss:
  - Fortelle kort om oss selv: Studenter NTNU, indøk, endringsledelse.
  - Fortelle kort om prosjektoppgaven og masteren.
2. Etikk:
  - Underskrift på samtykkeerklæring - snakke raskt gjennom den
  - Spørre om lov til opptaker.
  - Varighet intervju 30 min.
3. Hva er din stilling hos SiV og hva er dine arbeidsoppgaver?
4. Hvor lenge har du jobbet i helsesystemet og for SiV?

#### Endringsarbeid ved prehospitalet klinikk

1. Hva opplever du er særegent med prehospitalet klinikk / ambulansetjenesten / AMK som gjør endringsarbeid utfordrende?
2. Hva er særegent med arbeidsoperasjonene ambulansetjenesten gjør som er viktig å tenke på når det skal implementeres endringer? (For eksempel effektivisering av arbeidsoperasjonene)
3. Opplever du at det er noen type endringer som er vanskeligere å "svelge" enn andre?
  - a. Hvis ja: Hvilke? Og Hvorfor?

#### Endring av arbeidstidsordninger

*Forklaring: Vi vet at det for noen år tilbake ble innført en ny arbeidstidsordning hvor dere gikk fra 24 timer til 12 timers vakter. Denne prosessen har vi forstått at berørte mange, og vi ønsker derfor å snakke nærmere om denne konkrete endringsprosessen.*

1. Jobbet du hos SiV da denne endringen ble implementert?
  - a. Hvis ja:
    - i. Hvordan opplevde du endringen av arbeidstider fra 24 til 12 timers vakter? (Både positivt og negativt)
    - ii. Opplevde du at ansatte ble involvert av ledelsen i prosessen?
      1. Hvis ja: På hvilken måte?
      2. Hvis nei: Hvordan bør ledelsen involvere bedre i fremtidig endringsarbeid?
  - b. Hvis nei:
    - i. Har du opplevd (eller opplever nå) noen etterdønninger av denne endringen?
2. En slik endringsprosess vil potensielt kunne møte motstand. Opplevde du da (eller opplever du nå) at mange motsatte seg prosessen? Hvorfor?

#### Fremtidig endringsarbeid

*Forklaring: Ambulansetjenesten opplever jevn vekst i aktivitet, og med forventning om strammere budsjetter i årene som kommer, er det avgjørende å kunne utnytte ressursene best mulig gjennom en effektivisering av arbeidsoperasjonene som utføres.*

Hvis intervjuobjekt var ansatt ved SiV da endringer i arbeidstidsordninger ble implementert:

1. Med bakgrunn i opplevelsene du sitter igjen med fra endringen av arbeidstider:
  - a. Er det noe du mener kan gjøres annerledes for at denne effektiviseringen skal dekke flere av de ansattes behov?
  - b. Hva kan gjøres for å skape tillit mellom ansatte og ledelse hva gjelder effektiviseringsarbeidet?

Hvis intervjuobjekt *ikke* var ansatt ved SiV:

1. Hva vil være viktig for å dekke ansattes behov ved effektiviseringsarbeid?
2. Hva kan gjøres for å skape tillit mellom ansatte og ledelse hva gjelder effektiviseringsarbeidet?

Til alle intervjuobjekter:

1. Hvilke assosiasjoner får du av ordet "effektivisering"?
2. Hva tror du er den/de største utfordringen(e) ved å effektivisere arbeidsoperasjonene?
3. Hva skal til for at du skal ønske å bidra til og stå opp for en slik endring?
4. Er det noe annet du tror er relevant for oss å vite når det kommer til en fremtidig effektiviseringsprosess?

### **Avslutning**

1. Er det noe vi ikke har spurt om som du tenker er relevant/viktig for oss å vite i relasjon til masteren vår?
2. Tusen takk for tiden, fortelle kort om prosessen fremover, gjenta konfidensialitet, si de kan kontakte oss når som helst på mail.

## **Vedlegg B: Samtykkeerklæring**

### **Vil du delta i forskningsprosjektet "Implementering av endring i prehospital klinikk ved Sykehuset i Vestfold"?**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke ansatte ved SiV sine opplevelser rundt tidligere endringer av arbeidstidsordninger og ettervirkninger av dette, samt hvordan dette legger føringer for fremtidig arbeid med effektivisering av arbeidsoperasjoner. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

I vår masteroppgave er formålet hovedsakelig å:

1. Kartlegge endringsarbeid som er gjennomført (spesifisert: endring av arbeidstidsordninger, dvs. fra 24 timers vakter til 12 timers vakter).
2. Undersøke hvilke opplevelser de ansatte har av implementeringen av nye arbeidstider og ettervirkningene av denne endringen (positivt og negativt).
3. Undersøke hvordan disse opplevelsene kan legge føringer for gjennomføringen av et nytt endringsprosjekt som skal ta for seg effektivisering av arbeidsoperasjoner.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) er ansvarlig for prosjektet. Masteroppgaven skrives i samarbeid med prehospital klinikk ved Sykehuset i Vestfold.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Som ansatt ved prehospital klinikk ved SiV besitter du relevant informasjon for å besvare tematikken til masteroppgaven.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du vil delta i et intervju på ca. 30 minutter. Intervjuet vil inkludere spørsmål om endringsarbeid i prehospital klinikk generelt, endring av arbeidstidsordninger, samt tanker rundt fremtidig endringsarbeid. Vi ønsker å ta lydopptak av intervjuet.

#### **Det er frivillig å delta**

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

#### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Kun masterstudentene som skriver oppgaven vil ha tilgang på opplysningene.

#### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 10.06.2020. Etter dette vil personopplysninger og eventuelle opptak slettes.

## Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

## Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

## Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- NTNU ved Kristin Faye Eriksen ([kristife@stud.ntnu.no](mailto:kristife@stud.ntnu.no)) og Ingvild Schjander Torhaug ([ingvitor@stud.ntnu.no](mailto:ingvitor@stud.ntnu.no)). Veileder: Marte Daae-Qvale Holmemo ([marte.holmemo@ntnu.no](mailto:marte.holmemo@ntnu.no)).
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen ([thomas.helgesen@ntnu.no](mailto:thomas.helgesen@ntnu.no))
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

---

(Signatur veileder og begge masterstudentene)

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Implementering av endring i prehospital klinikk ved Sykehuset i Vestfold», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 10.06.2020.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

