

MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE323E

Navn på kandidat: Laila Wilhelmsen

På vei mot heltid ved legevakten

Kandidat nr 129

Dato: 7.12.18

Totalt antall sider: 84

FORORD

MBA Ledelse ved Nord Universitet 2015-2018 har vært en spennende kunnskapsreise. Den avsluttes nå med fordypning i forskningens metoder og prinsipper, hvor jeg har valgt et emne jeg brenner sterkt for. Helsevesenet og deltidsstillinger har jeg selv vært en del av i mitt mangeårige yrke som sykepleier, både i sykehus og kommunehelsetjeneste. Jeg har hatt deltidsstilling ved Bodø legevakt i 13 år og har mitt virke der fremdeles. Jeg har gjort meg noen refleksjoner om hvorfor sykepleierne blir værende, til tross for deltidsstilling og det evige jaget etter ekstravakter. En viktig faktor er kjennetegnet på legevaktsykepleieren, som bekvem med ikke alltid å vite hva som dukker opp og samtidig kan håndtere det som skjer med kunnskapsbasert tyngde. En annen viktig faktor er godt arbeidsmiljø og kollegialt samhold.

Tilfeldighetene ville at jeg skulle starte på en master i ledelse i samme tidsrom som jeg kom over rådmannens saksfremlegg til formannskapet i mars 2015, hvor han ville åpne for flytting av all akutt/ legevakt og alarmhåndtering til større lokaler. Jeg fant dette svært interessant da jeg straks så en mulighet for nye arbeidsoppgaver og dermed også mulighet for hele stillinger for legevaktsykepleierne.

For å ha noe avstand til min egen organisasjon som forsker, har jeg valgt å ikke tre inn på mitt eget arbeidssted med intervju av ledelse og/ eller kolleger. Min kunnskap om gjeldende sentrale føringer for- og krav til både sykehus og kommunehelsetjeneste, har jeg opparbeidet i løpet av 6 år som fylkesleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF) Nordland. Jeg vil nå benytte meg av denne kunnskapen og se den i lys av min kjennskap til legevaktsykepleiernes kompetanse.

Det er flere som fortjener stor takk i forbindelse med mitt forskningsprosjekt. Jeg vil først takke respondentene, som er **daglig ledere ved 7 legevakter** for at de stilte opp i en ellers hektisk hverdag og har besvart mine henvendelser på telefon, epost, sms og spørreundersøkelse. Så vil jeg takke ass. leder ved Bodø legevakt, **Anne Mette Finsrud** for å dele av sin kunnskap om arbeidstidsplanlegging og for øvrige innspill. Min takk går også til **mine gode kolleger** for innspill (som de ikke alltid har vært klar over at de har gitt meg) og for å heie meg frem. **Norsk Sykepleierforbund (NSF)** for økonomisk støtte til studiet. **Jarle**

Grumstad i NSF fagavdelingen, for gode innspill om sykepleie i internasjonal kontekst. Sist, men ikke minst, min veileder **professor Lars Kolvereid** for rask, tydelig og svært konstruktiv tilbakemelding på mine henvendelser.

Bodø, desember 2018

ABSTRACT

The overall theme of my research is what promotes full-time culture in emergency care and what effects may it have on the prehospital services for which the municipality is responsible and possibly also for parts of the primary health service. The purpose is to find out how a relatively large group of nurses and specialist nurses at Bodo Medical Service can contribute their skills to an even greater extent to the pre-hospital responsibility of Bodo Municipality. The reason for this is the municipality's plans for the construction of a new health center, in line with the health reform. In order to promote full-time culture at the emergency room, building opportunities must be available to handle more tasks than in today's emergency room and new working time arrangements must also be tested. I have applied for comparison with a small selection of emergency rooms in Norway, the size of Bodo emergency services or something larger in population terms. Data is obtained from telephone conversations, written questionnaires and SMS with general manager in each of the emergency rooms. To make the survey a bit wider, I have done literature studies on nursing in some other countries for comparison. The findings show that the majority of medical room staff are nurses and specialist nurses, and it is not self-evident that localization in health centers provides full positions. Most perform tasks in addition to the fixed emergency tasks, but not all the managers had been thinking that these tasks should increase the job size. In only one of the emergency guards, working time arrangements was tested in view of increasing the job size. In all, there was so-called "weak full-time culture" because less than 50% of the nurses had full positions. Everyone has a disciplinary nurse in full position for professional and quality development, training students, new employees, guidance, etc. The skill is good in these emergency guards and a big mystery is why so many highly educated professionals remain in spite of small positions. There is a need to get acquainted with many aspects of inner life in these knowledge and skills businesses, because there are very few today.

SAMMENDRAG

Det overordnede tema for min forskning er hva som fremmer heltidskultur i legevakt og hvilke effekter kan det ha for de prehospitaltjenester som kommunen har ansvar for og muligens også for deler av primærhelsetjenesten. Hensikten er å finne hvordan en relativt stor gruppe sykepleiere og spesialsykepleiere ved Bodø legevakt kan bidra med sin kompetanse i enda større grad for å ivareta Bodø kommunes prehospitalt ansvar. Bakgrunnen for dette er kommunens planer om bygging av et nytt helsebygg, i tråd med helsereformen. For å fremme heltidskultur ved legevakten, må det som utgangspunkt foreligge bygningsmessige muligheter for å ivareta flere oppgaver enn i dagens legevakt og det må også prøves ut nye arbeidstidsordninger. Jeg har søkt sammenligning med et lite utvalg av legevakter i Norge, på størrelse med Bodø legevakt eller noe større i befolkningsgrunnlag. Data er hentet ved telefonsamtaler, skriftlig spørreundersøkelse og sms med daglig leder i hver av legevaktene. For å gjøre undersøkelsen litt bredere, har jeg gjort litteraturstudier om sykepleie i noen andre land til sammenligning. Funnene viser at majoriteten av ansatte i legevaktene er sykepleiere og spesialsykepleiere og det er ingen selvfølge at lokalisering i helsehus gir hele stillinger. De fleste utfører oppgaver utover de faste legevaktoppdragene, men at disse oppdragene skulle øke stillingsstørrelsen var ikke «baktanken» hos alle lederne. Hos kun en av legevaktene var det prøvd arbeidstidsordning med tanke på økning av stillingene. Hos samtlige var det såkalt «svak heltidskultur» fordi mindre enn 50 % av sykepleierne hadde hele stillinger. Alle har fagsykepleier i hel stilling for fag- og kvalitets-utvikling, opplæring studenter, nyansatte, veiledning mm. Kompetansen er god i disse legevaktene og et stort mysterium er hvorfor så mange høyt utdannede fagfolk blir værende til tross for små stillinger. Det er behov for å få kunnskap om mange forhold ved det indre liv i disse kunnskaps- og kompetansebedriftene, for det finnes det svært lite av i dag.

Nøkkelord: Legevakt/ Out of hour services, sykepleiere/ nurses, deltid/ part time, heltidskultur/ part-time versus full-time, prehospitaltjenester, sykepleiere i primærhelseteam/ nurses in health care teams, akuttmedisin, primærhelsetjenesten.

INNHOLDSFORTEGNELSE

Forord	ii
Abstract	2
Sammendrag	3
Innholdsfortegnelse	4
1. Innledning	
1.1 Introduksjon	7
1.2 Problemstilling	9
1.3 Problemstillingens nytteverdi	10
1.4 Avgrensning	11
1.5 Oppgavens oppbygging	11
2. Bodø Legevakt	
2.1 Beskrivelse av case: Bodø legevakt	11
2.1.1 Historisk utvikling og nasjonal påvirkning	13
2.2 Nasjonale føringer for fremtidens primærhelsetjeneste	15
2.3 Bodø kommune som beslutningstaker	17
2.4 Nye oppgaver i <i>helsehuset</i>	18
2.5 Heltid i legevakt og bidrag til primærhelsetjenesten	22
3. Teori og empiri	
3.1 Innledning	23
3.2 Heltid i et kulturelt perspektiv	26
3.2.1 Heltid i et strukturelt perspektiv	28
3.2.2 Planlegging for heltidskultur	30
3.3 Definisjoner og begrepsavklaringer	32
3.4 Deltid	33
3.4.1 Ønsket deltid	34
3.4.2 Uønsket deltid	35
3.5 Prehospitale tjenester	36

3.5.1 Kommunens prehospitale ansvar	36
3.6 Helsetjenester i andre land	37
3.7 Oppsummering	43
3.8 Oversikt relevant forskningslitteratur	44
4. Metode	
4.1 Forskningsdesign	50
4.1.1 Casestudie med kvalitativ metode	50
4.2 Utvalg	51
4.3 Datainnsamling	51
4.3.1 Spørreskjema undersøkelse	51
4.3.2 Kvalitative intervjuer	52
4.4 Analyse av data	52
4.5 Evaluering av metoden	52
4.5.1 Pålitelighet	53
4.5.2 Gyldighet	53
4.5.3 Overførbarhet	53
4.5.4 Etske aspekter i forskningen	54
4.5.5 Fra metode til oppdagelse	54
5. Heltidskulturens virkemidler	
5.1 Lokalisering i helsehus, en kilde til heltid?	55
5.1.1 Oppsummering om Lokalisering i helsehus, en kilde til heltid	57
5.2 Arbeidsoppgaver nok for alle som vil jobbe heltid?	58
5.2.1 Oppsummering om Arbeidsoppgaver nok for alle som vil jobbe heltid	62
5.3 Arbeidstidsordningen, muliggjør den heltid?	62
5.3.1 Oppsummering om Arbeidstidsordningen, muliggjør den heltid	63
5.4 Omfang av hele stillinger blant sykepleiere i legevakter?	63
5.4.1 Oppsummering om Omfang av hele stillinger blant sykepleiere i legevakter	65

6. Tydelig – Modig – Stolt og kompetent skal vi bidra	
6.1 Topp kompetent for et viktig bidrag	66
6.1.1 Oppsummering om Topp kompetent for et viktig bidrag	69
6.2 Fagsykepleier for utvikling av kompetansen	70
7. Oppsummering og betraktninger for videre forskning	70
Litteraturliste	72
Vedlegg	78

1. INNLEDNING

1.1 Introduksjon

Oppgavens tema er heltidskultur i legevakt og jeg vil fokusere på hva som fremmer slik kultur. Jeg vil se nærmere på hvilke effekter heltidskultur kan det ha for kommunens prehospitalt ansvar og muligens også for deler av primærhelsetjenesten. Helt siden Bodø legevakt ble etablert i 1984 har sykepleierne jobbet deltid der og det kan se ut som det ikke har vært fokus på endring av dette forholdet i årenes løp. Sykepleierne har i hvert fall de siste 10 år etterspurt hele stillinger da det er slitsomt å alltid måtte «shoppe» ledige vakter for å ha råd til livets opphold.

Politikerne i Bodø kommune hadde fått følgende dokument på bordet i mars 2015:

Saksfremlegg fra rådmann til formannskapet 25.3.15, Helse- og omsorgsavdelingen – status på tiltak (tiltakslisten punkt 5):

Det iverksettes en utredning for sammenslåing av all akutt/ legevakt og alarmhåndtering i Bodø kommune. I tillegg skal en samlokalisering med inntaksteam vurderes. Kommunale øyeblikkelig hjelp plasser skal knyttes til denne enheten og styres av denne.

Dette er i tråd med Samhandlingsreformen (St. mld. nr. 47 (2008 -2009) som beskriver flere samhandlingstiltak hvor ulike former for lokalmedisinske sentra bidrar til å sikre observasjon, behandling og etterbehandling på beste effektive omsorgsnivå. Videre at det forhindrer innleggelse i sykehus og bidrar til større nærhet og tilfredshet med tjenestetilbudet. Dette benevnes som kommunale tilbud før-, istedenfor-, og etter sykehusopphold.

I årenes løp har jeg snakket med sykepleiere fra svært mange legevakter i landet og deltid viser seg å være minst like utbredt i legevakter som i helsetjenesten for øvrig. Når man ser saken i et samfunnsperspektiv, finnes det store arbeidskraftreserver blant sykepleiere og spesialsykepleiere i Legevakt-Norge som ikke benyttes fullt ut i den prehospitalt tjenesten.

Plan for legetjenester (2018-2021:56) viderefører helsehusplanen og viser til Notat sak 2013/276 «Tanker rundt nytt fremtidig institusjonsbygg»:

Et nytt Helsehus vil kunne inneholde legevakten – som allerede har behov for større lokaler og observasjonspost, større plass til overgrepsmottak, KAD-sengepost (kommunale akutte døgnplasser) og legekontor. I tillegg bør det vurderes om korttidsavdeling, helseteam for kronikere og andre utsatte pasientgrupper, lindrende avdeling, deler av rehabilitering, migrasjonshelse og psykologtjenesten bør kunne etableres nært helsekontorets tjenester i et slikt bygg.

Bodø kommune og Nordlandssykehuset har opprettet dialog om plassering og innhold, og det jobbes ifølge Avisa Nordland 19. april (2018:7) med å finne representanter til en arbeidsgruppe. I Avisa Nordland 2. juni (2018: 6-7) er det en oppfølgingsartikkel hvor man har kommet noen trinn videre i tenkningen. Videre viser Bodø kommunes egne saksutredninger i Planprogram Helse-, omsorgs- og sosialplan (2018-2027) til aktuelle sentrale dokumenter, hvor nasjonale føringer for samfunnsutviklingen beskrives og kommunenes viktige rolle siktes inn. Her påpekes det blant annet at det vil kreves økt kompetanse og bedre ledelse i kommunehelsetjenesten fremover for å videreføre regjeringens samhandlingsreform.

I følge *Fremtidens primærhelsetjeneste* (St. meld. nr. 26, 2014-2015:156) legges det årlig inn omlag 600 000 pasienter som øyeblikkelig hjelp (ø-hjelp) i norske sykehus, og legevaktleger står for om lag to tredeler av disse innleggelsene. Det antas at tallet på ø-hjelpsinnleggelse i sykehus generelt kan reduseres ved bedre tilgjengelighet hos fastlegene, tettere oppfølging av pasienter med kronisk sykdom og ved et bedre tilpasset akuttmedisinsk tilbud i kommunene.

Når det gjelder bedre tilgjengelighet hos fastlegene, har det etter fastlegeordningens oppstart i 2001 fremkommet kritikk av ordningen med jevne mellomrom. Det ser ut til at begrepet «fastlegekrise» har befestet seg særlig sterkt i mediebildet fra 2017. På VG.no (1.9.17) kan man lese at nesten en tredjedel av dagens fastleger er i aldersgruppen 55–67 år. Videre er det oppslag om at yngre leger ikke søker seg til fastlegestillinger pga. mange nye oppgaver og stort arbeidspress, som både drar dem bort fra pasientarbeid og som ødelegger familieliv og fritid. Fastlegekrisen er også gjeldende i Bodø kommune. I Avisa Nordland 25.8.18 sier en av Bodøs kvinnelige fastleger at hun ikke er interessert i å jobbe 50 timers uke resten av livet.

Hun mener fastlegene betaler prisen for at sykehuset skal spare penger. I samme avis 27.8.18 tilbakeviser helseminister Bent Høie påstander om at han ikke tar fastlegekrisen på alvor. Plan for legetjenester (2018-2021:23) Bodø kommune beskriver et estimert behov for 7 nye fastleger i tidsrommet 2017-2021, og dette er kun for å beholde status quo. Det tar ikke høyde for nye eller økte oppgaver hos legene. Det har vært jobbet fra i 2017 for å løse fastlegekrisen i kommunen og det er ifølge doktorinord.no (20. april 2018) skapt forståelse og forankring i det politiske miljøet for rekruttering og stabilisering av fastlegesituasjonen fremover.

I Stortingsmelding 26 (2014-2015:50-55) finner vi at fastlegenes bekymringer er rapportert og tanker om nye arbeidsmetoder kommer opp. Brukernes behov har endret seg og flere har kroniske lidelser og psykiske plager. Flere har også sammensatte behov. Det påpekes at dersom den kommunale helse- og omsorgstjenesten endres både i innhold og organisering, vil atskillig flere kunne leve bedre med sine sykdommer og samtidig ha færre innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Det sees også til andre land hvor det jobbes med utvikling av mer helhetlige og koordinerte tjenester, basert på samlokalisering og ulike team-modeller.

Det er forsket svært lite på deltidspromblematikken blant sykepleiere i legevakter og det gjør det særlig spennende å skulle fokusere på nettopp dette i min oppgave.

1.2 Problemstilling

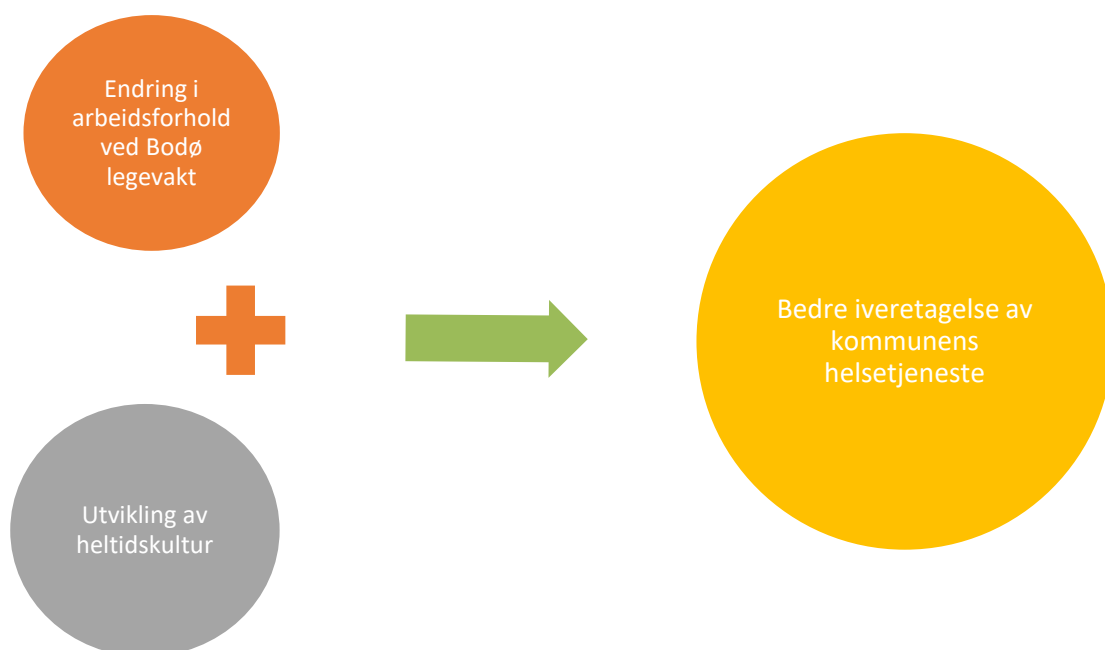
På bakgrunn av nasjonale føringer for fremtidens primærhelsetjeneste, økte krav til fastlegene som ut fra medieoppslag allerede har uhåndterbare arbeidsmengder og kunnskapen om at sykepleiere i legevakter i stor grad jobber deltid, har jeg utledet min problemstilling som følger:

Hva fremmer heltidskultur i legevakt og hvilke effekter kan det ha for deler av primærhelsetjenesten?

Jeg er interessert i å finne hvilke forhold som må være til stede for at hele stillinger skal bli mulig og hvordan det samtidig kan utgjøre en positiv forskjell for kommunens helsetjeneste. Jeg har derav utledet to forskningsspørsmål.

F1 *Hvilke virkemidler kan benyttes for utvikling av heltidskultur ved Bodø Legevakt?*

F2 *Hvordan kan heltidskultur i en kompetansebedrift som legevakten bidra til bedre ivaretagelse av kommunens helsetjenester?*



Figur 1 Forskningsmodell som illustrerer problemstillingen

1.3 Problemstillingens nytteverdi

Ved å svare ut problemstillingen ønsker jeg å bidra til at bevilgende myndighet i kommunen ser kompetansen som er samlet ved Bodø legevakt og hvilken arbeidskraftreserve som ligger i dvale der. Moland (2013) viser at andelen yrkesaktiv befolkning reduseres samtidig som andelen eldre med helsemessige utfordringer øker og at bruk av arbeidskraftreserven som ligger i deltidsstillinger vil være et viktig bidrag for å møte disse utfordringene.

Hvorvidt andre og større legevakter har gjort endringer som har medført heltidskultur, har jeg søkt svar på gjennom kvalitative telefonintervjuer og spørreundersøkelse ved til sammen 7

legevakter. Jeg håper drøfting av data knyttet til problemstillingen vil skape fokus og oppmerksomhet rundt fordelene ved å få løst ut en legevakts arbeidskraftreserver i fulle stillinger.

1.4 Avgrensning

Jeg har begrenset meg til Bodø legevakt med tema heltidskultur blant sykepleierne og bidrag til kommunens helsetjeneste. På bakgrunn av tidsperspektivet og oppgavens omfang, gjøres avgrensning både i omfang på arbeidet og metodisk for å kunne håndtere data. Jeg har gjort omfattende dokumentstudier både fra inn- og utland og mine undersøkelser er av kvalitativ karakter, både telefonintervju med to legevakter og skriftlig spørreundersøkelse blant til sammen syv legevakter med befolkningsgrunnlag tilnærmet likt eller større enn Bodø kommune.

1.5 Oppgavens oppbygging

I kapittel 1 har jeg presisert hensikten med oppgaven og begrunnet valg av hovedtema. Så tar jeg i kapittel 2 for meg legevaktens historiske utvikling, nå-situasjon og planer for fremtiden. Kapittel 3 vil være en redegjørelse for teorier jeg bygger oppgaven på og en plassering av oppgaven i den del av forskningen jeg har funnet relevant. Deretter kommer en oppsummering av nasjonal og internasjonal forskning og jeg avslutter kapitlet med en presisering av mine forskningsspørsmål. Jeg presenterer så mine valg av forskningsdesign - og metode og redegjør for mitt arbeid med datamaterialet i kapittel 4. Presentasjon og analyse av mine funn kommer i kapittel 5 og 6. Dette vil være bakteppet i diskusjon av mine to forskningsspørsmål for å svare ut problemstillingen. I kapittel 7 oppsummeres de viktigste funn og jeg fremsetter noen avsluttende betraktninger knyttet til videre forskning.

2. BODØ LEGEVAKT

2.1 Beskrivelse av case: Bodø legevakt

I Akuttmedisinforskriften (2015) beskrives kommunal legevaktordning slik: «virksomhet som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta nødvendig oppfølging». I kommunens Plan for legetjenester 2018-2021 beskrives Bodø legevakt slik:

Legevakten er kommunens akutte legetilbud og skal gi øyeblikkelig hjelp utenom fastlegekontorenes åpningstid. Legevakten skal gi øyeblikkelig hjelp til alle som oppholder seg i Bodø kommune ved akutt sykdom eller skade som ikke kan vente til første hverdag. Bodø legevakt er døgnåpen med lege tilstede hele døgnet. Den kommunale legevaktordningen skal kunne yte akuttmedisinsk hjelp ved så vel somatiske som psykiske og rusrelaterte sykdommer/lidelser. Legevakten har ansatt legevaktsjef i 40 % stilling med medisinskfaglig ansvar for legevakten og overgrepsmottaket. I tillegg har enheten en daglig leder i 100% stilling, fagleder i 100% stilling og fagkoordinatorer i delt stilling, hvilket betyr at de har både administrative og sykepleiefaglige oppgaver.

Det ser ut til at det i Plan for legetjenester 2018-2021 ved en inkurie er utelatt at det jobber 35 sykepleiere, hvorav 35% er spesialsykepleiere, ved legevakten. Legevakten er åpen 24/12/365 og er bemannet med tre (fire) sykepleiere og en lege pr. vakt. For øvrig to leger dersom situasjonen tilsier det. Legevakten i Bodø har også interkommunal legevaktsformidling for Fauske, Saltdal, Sørfold, Gildeskål, Steigen, Meløy, Værøy, Røst og vestsiden av Tysfjord, samt back up for Hamarøy ved sykdom/fravær.

Sykepleierne tar imot telefoner fra distriktet, vurderer hastegrad og setter pasienten i kontakt med vakthavende lege i distrikt. Denne ordningen gjelder hele døgnet. Sykepleierne tar imot alle telefonhenvendelser for øvrig og gir råd og veiledning på bakgrunn av fagkompetanse, erfaring og nasjonalt utarbeidet rådgivningsverktøy. De vurderer også pr telefon hastegrad for legetilsyn ut fra gjeldende tilstand hos pasienten (triagering). Dette ved sin fagkompetanse, erfaring og nasjonalt utarbeidet vurderingsverktøy (Manchester triage¹). Mange pasienter

¹ Triagering ved hjelp av Manchester Triage: <https://sykepleien.no/2018/06/hvem-skal-fa-hjelp-forst-pa-legevakten>

møter opp direkte på legevakten med svært ulike problemstillinger og de triageres fortløpende.

Øvrige faste legevaktopp gavene som sykepleierne ivaretar, er mottak av pasienter, måling av diverse parametere, urin- og blodprøvetaking, sårbehandling, respirasjonsbehandling, administrasjon av medisinsk behandling, samtaler, behandling av mange ulike skader, observasjoner. Dette er ikke en uttømmende liste. Utenom de faste legevaktopp gavene, tar sykepleierne blodprøver for politiet, urinprøver av rusavhengige som er i LAR-systemet (legemiddelassistert rehabilitering av rusmisbrukere), og administrerer intravenøs behandling med en spesifikk type medisin til en spesifikk type voksne kreftpasienter (ikke cellegift). En fast gruppe av sykepleierne jobber også i det interkommunale mottaket for overgrep og vold i nære relasjoner, med lokalisasjon Bodø legevakt.

2.1.1 Historisk utvikling og nasjonal påvirkning

Jeg vil videre i dette kapitlet ta for meg den historiske utviklingen til Bodø legevakt, hvordan nasjonale føringer har påvirket utviklingen, dagens situasjon og planer for fremtiden. Her vil jeg bringe inn nasjonale føringer for fremtidens primærhelsetjeneste, Bodø kommunes ansvar og tilnærming herunder og nye oppgaver i *helsehuset*. Til slutt vil jeg belyse sammenhengen mellom heltid for legevaktsykepleierne og bidraget til bedre ivaretagelse av deler av kommunens helsetjeneste.

Bodø Legevakt hadde ved sin opprinnelse i 1984 åpningstider hverdager 15.30- 08.00 og hele døgnet kun i helgene. Det var da ikke vanlig med heltidsstillinger. Dette stemmer overens med Deltidsutvalget (2004:29:11) som peker på at en del arbeidsoppgaver er av slik art at det kun er behov for deltidsansatte, at oppgavene er lagt til avgrensede tider på døgnet og at arbeidstiden går utover normalarbeidstiden. Etter hvert vokste byen og vi fikk utover på 2000-tallet stadig flere henvendelser på dagtid fra studenter, arbeidere, feriefolk, hurtigrutepassasjerer m.fl. som ikke hadde fastlege. Legevakta flyttet i nye lokaler i 2005, men var foreløpig ikke åpen på dagtid for pasienter som ikke hadde fastlege. Disse måtte sluses til ulike fastleger. Dette systemet viste seg å ikke være forsvarlig over tid, da det ble for stort trykk hos fastlegene og 1. januar 2014 åpnet legevakta på dagtid og er fra den dato åpen

24/7/365 med lege og flere sykepleiere/ spesialsykepleiere pr vakt. I prosessen forut for flytting til nye lokaler i 2005 var ikke økte stillingsstørrelser noe tema, og jeg har heller ikke funnet at det i prosessen var gjort noen utredninger i forhold til dette. Det kan herfra utledes at sykepleierne ved Bodø legevakt helt fra starten var sosialisert inn i en deltidskultur.

Legevakten var i utgangspunktet en typisk kvinnearbeidsplass slik helsevesenet for øvrig var, og fremdeles er. Sykepleierne hadde små barn og påtok seg hovedansvaret for barneomsorgen og hadde derfor ingen krav om hele stillinger. Dette har endret seg i årenes løp og de fleste sykepleierne ved legevakten har i dag behov for hele stillinger. Dette har vært et tilbakevendende tema de 10-15 siste årene.

Av de 35 sykepleierne ved legevakten er det kun 5 som har 100% stilling, foruten daglig leder og fagleder. Deltidsproblematikken gjør det vanskelig å få ansatt nye, kvalifiserte sykepleiere ved Bodø legevakt. Når dagens søkere hører at der kun er deltidsstillinger, takker de nei. Utfordringene er store med kun deltidsstillinger. For sykepleierne handler det om å kunne betale sine utgifter og samtidig ha et sosialt liv. Det å jage etter ekstravakter for å tjene full stillings lønn gjør at man ikke kan planlegge fritiden. I den andre enden handler det om frihet til å velge når man skal gå av med pensjon.

Ingstad (2011:163) skriver at dersom sykepleiere i fremtiden skal ha økonomisk handlingsrom til fritt å kunne velge når de skal pensjonere seg, må de bruke flere av ukens arbeidstimer på lønnet arbeid. Bare ved å være økonomisk selvstendig vil de uavhengig av andre kunne velge når de skal gå av med pensjon.

Samhandlingsreformen (St. mld. nr. 47 (2008 -2009) beskriver nye samhandlingstiltak for å sikre observasjon, behandling og etterbehandling på beste effektive omsorgsnivå og Bodø kommune følger opp dette i Saksfremlegg fra rådmann til formannskapet 25.3.15. Plan for legetjenester (2018-2021:56) viderefører saken fra i 2015 og administrasjonen har nå tatt inn begrepet *helsehus*. De nåværende lokaler ved Bodø legevakt er ikke dimensjonert for økte arbeidsoppgaver i den grad at alle som har behov for det, kan få hele stillinger. Altså er strukturelle forhold ved legevakten en del av bildet som hindrer dette.

Nasjonal politikk er på linje med heltidskultur og forskere har studert dette feltet i mange år og har kommet frem til hva som kreves for å få bukt med all deltiden, for eksempel nye arbeidstidsordninger og reell godtgjøring for dette. Ingstad og Amble skriver i Aftenposten

25. januar 2018: «Å bygge heltidskultur innebærer at det må tenkes nytt omkring hvordan man organiserer arbeidstiden. Dagens turnussystem går ikke opp med bare hele stillinger. Og det er her striden ligger. Utfordringen er først og fremst knyttet til helgearbeid. Når ansatte arbeider 7,5 timer lørdag og søndag hver tredje uke, vil ikke turnusen gå opp med bare hele stillinger». Videre betyr dette at man må være villige til å jobbe lengere vakter i helgene for å utvikle heltidskultur og arbeidsgiver må ha vilje til å betale det som trengs for denne turnusen.

Det er ingen tvil om at forskere på arbeidstidsordninger har hatt nasjonal påvirkning på befolkningen gjennom mange ulike kanaler. Når sykepleiere i stadig større grad takker nei til deltidsstillinger ved arbeidsteder der dette er regelen mer enn unntaket, er dette med på å endre tenkningen rundt rekruttering ved disse arbeidstedene.

2.2 Nasjonale føringer for fremtidens primærhelsetjeneste

Det hele starter med Samhandlingsreformen, en stor nasjonal retningsreform som viser tydelig retning mot kommunehelsetjenesten og at den kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats i tidlige faser av sykdomsforløp. Kommunene må settes i stand til å gi pasientene etterbehandling, rehabilitering og annen oppfølging.

Samhandlingsreformen (St.meld. nr.47 (2008-2009) tegner et bilde av tre hovedutfordringer:

1. Tjenestene er for fragmenterte og pasientenes behov for koordinerte tjenester må besvares bedre.
2. Tjenestene må yte større innsats for å begrense og forebygge sykdom.
3. Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som kan true samfunnets økonomiske bæreevne.

Fremtidens primærhelsetjeneste (St. meld. nr. 26 (2014-2015) følger opp og beskriver at kommunene har fått en viktigere rolle i å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen og at dette krever endringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som utgjør grunnmuren. Disse tjenestenes kvalitet og yteevne er avgjørende for hvilken sykehusstruktur vi kan ha, og for det fremtidige kapasitetsbehovet i spesialisthelsetjenesten. Personellressurser utnyttes ikke optimalt. Hovedutfordringen i sykdomsbyrde er nå de ikke-smittsomme sykdommene som kols, diabetes, kreft, hjerte-karsykdommer og muskel/skjelettplager, psykiske helseplager, rusproblemer og demens. Da er det behov for en mer teambasert tjenesteyting og oppfølging over tid, mens personen bor hjemme.

Samlokalisering av tjenester foreslås som et godt første steg. Regjeringen ønsker særlig å legge til rette for to typer team, primærhelseteam og oppfølgingsteam for brukere med store og sammensatte behov. Fastlegene vil få bedre tid til å ta seg av denne brukergruppen, som også har komplekse medisinske problemstillinger. Det skal tydeliggjøres i loven at kommunene må tilby pasienter og brukere opplæring da det vil redusere unødvendig bruk av mer spesialiserte tjenester. Det innføres også en plikt til faglig dialog mellom fastleger/ primærhelse-team og spesialist-helsetjenesten. Slike endringer kan ta tid og det krever endringer i kompetanse, kultur, holdninger og i utdanninger.

Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen (2015) mener ambulante team fra hjemmesykepleien kan være et godt alternativ til sykehus eller KAD-seng og foreslår at disse bør sidestilles. Denne virksomheten er i liten grad finansiert og det må etableres finansieringsordninger for ambulans virksomhet. Det problematiseres at fastlegeforskriften ikke i tilstrekkelig grad er kjent og tatt i bruk av kommunene, som er ansvarlig for tjenestene. Norsk Legeforening ga ut en veileder til forskriften i 2013 og jeg ser av denne at det i kapittel 4, *Funksjons- og kvalitetskrav* er flere paragrafer hvor legene i fremtiden kan nyttiggjøre seg kompetansen i team, for bistand til gjennomføring: § 18 Oppfølgingstilbud, § 19 Medisinskfaglig koordinering og samarbeid, § 20 Individrettet forebygging som integrert del av tjenesteytingen, § 23 Hjemmebesøk og § 25 Legemiddelbehandling.

1. april 2018 startet et pilotprosjekt i åtte kommuner i Norge der målet er å teste om primærhelseteam i fastlegepraksiser gir et bedre tilbud til pasientene enn den vanlige fastlegepraksisen. Piloten skal gjennomføres i kommunene Rana, Austevoll, Eid, Flora, Hå, Ringsaker, Seljord, Kristiansand og Oslo (bydelene Alna, Nordstrand og Sagene), omfatter rundt 80 000 listeinnbyggere og varer til 31. mars 2021 (Helsedirektoratet 5. september 2018). Jeg tar det for gitt at fastlegeforskriften er tatt i bruk som et godt verktøy i disse pilotprosjektene.

Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019:45) beskriver endringer i akutttilbudet ved små og store sykehus som forutsetter styrket kapasitet og kompetanse i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. Videre at det prehospitalt mulighets- og ansvarsrommet er utvidet, og en faglig kompetent legevakt og ambulansetjeneste får større betydning enn før. Lokalisering og dimensjonering av legevaktstasjoner og ambulansetasjoner må sikre befolkningen et helhetlig og forsvarlig akutttilbud. De lovpålagte samarbeidsavtalene mellom

helseforetak og kommuner må derfor utvikles og konkretiseres slik at de kan fungere som et felles planleggingsverktøy.

Ut fra beskrivelsen av sykdomsbyrde, er det tydelig at opplæring og oppfølging av pasienter med kroniske ikke-smittsomme sykdommer er store oppgaver. Disse pasientgruppene trenger god opplæring og langvarig oppfølging for å leve med sine sykdommer og unngå hyppig bruk av spesialisthelsetjenestene. Også fra nasjonalt hold beskrives det at personellressurser ikke utnyttes optimalt og at det handler om kvalitet og yteevne. Desto viktigere blir det at ledere tenker planlegging for heltidskultur og at dette bifalles av bevilgende myndighet med hensyn til de ekstra kostnader som vil tilkomme.

2.3 Bodø kommune som beslutningstaker

I Planprogram Helse-, omsorgs- og sosialplan (2018-2027) står det følgende om endringer man ser vil komme:

Økning i levealder, færre yrkesutøvere pr eldre innbygger, økning i innvandrerbefolkningen, nye arbeidsoppgaver til kommunene og nye teknologiske løsninger er viktige drivere i fremtidsbildet. Sykdomsbildet har endret seg. Flere lever med kroniske lidelser som diabetes, hjerte/karlidelser, Kols, muskel-skjelettlidelser, kreft og psykiske plager og skal i større grad følges opp i kommunen. Mer sammensatte og kompliserte lidelser, medisinske nyvinninger og overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenestene til kommunene utfordrer, men gir også rom for nytenkning og andre arbeidsformer i kommunen. En befolkning med innslag fra mange kulturer gir både språk-, kultur- og kompetanseutfordringer for tjenestene.

Det beskrives blant annet under *strategisk jobbing for kvalitet*, et eget prosjekt for å øke andel helsepersonell som jobber heltid (Heltidskultur) og dette er noe kommunen har jobbet med i flere år og vil fortsette med. Det vil tilrettelegges for nye arbeidsformer i nye helsebygg og nye lokaler. I tillegg har man en stor utfordring i forhold til pasienter med komplekse og sammensatte behov. Her ser kommunen et forbedringspotensial med ivaretagelse av samhandling og koordinering av de ulike tjenestene. Etter hvert som tjenestene utvikles, øker Bodø kommunes ansvar for å rekruttere og beholde kvalifisert arbeidskraft. Kunnskap er ferskvare og det blir vel så viktig å legge til rette for kontinuerlig kompetanseheving. Samhandling mellom tjenestenivåene er et nøkkelord her og kan alltid bli bedre. Da det nå

skal bygges et nytt *Helsehus* i samarbeid med helseforetaket, ligger landskapet helt åpent for nye, - og videre utvikling av allerede eksisterende samhandlingsarenaer.

Det påpekes at det vil kreve økt kompetanse og bedre ledelse i kommunehelsetjenesten fremover for å videreføre regjeringens samhandlingsreform. De planlagte endringene vil påvirke sykepleiere og helsepersonell for øvrig til nytenkning. Kommunen er helt avhengig av helsepersonellet for videreføring av regjeringens samhandlingsreform og her er det snakk om å gi og ta for begge parter.

For å rekruttere for fremtiden og for å unngå at helsepersonellet velger å handle annerledes enn det både nasjonale myndigheter og Bodøs lokale politikere ønsker, så må ikke politikerne være den store beslutningsbarrieren. Bodø kommune må ha tydelige ledere som viser vei og kommunen må for øvrig vise seg som en lyttende og konsistent beslutningstaker.

2.4 Nye oppgaver i *Helsehuset*

Jeg har i kapittel 2.1 beskrevet de oppgaver som er i Bodø legevakt pr i dag og i kapittel 2.1.1 de nåværende lokalitetenes beskaffenhet som har gjort det vanskelig å gå i gang med nye oppgaver. Nå er et nytt helsebygg i emning og i kommunens egne dokumenter fremkommer det hva som tenkes inn i *helsehuset*:

KAD-sengepost (kommunale akutte døgnplasser): Hunskår et al. (2014) har også foreslått dette og sier legevaktlegen er en viktig aktør for å sile ut dem som skal inn i KAD istedenfor på sykehus og at legevakten er en tilgjengelig bemanningsressurs i kommunen, særlig utenom normal arbeidstid.

Observasjonspost: Samhandlingsreformen (2008-2009) beskriver observasjonssenger som arena for å avklare behov for sykehusinnleggelse eller ikke. Bruken av slike senger vil kunne forebygge innleggelse av kronikere som har mange opphold i sykehus ved forverring av sin tilstand. Ved Bodø legevakt er det stadig pasienter som av ulike årsaker trenger observasjon i noen timer før de kan dra hjem eller eventuelt må befordres videre i helsesystemet.

Overgrepsmottak, større plass: Det er trangt i lokalene i dag og det er behov for større plass i overgrepsmottaket.

Korttidsavdeling: Hit kommer pasienter på korttidsopphold fra hjemmet, samt opptrening og viderebehandling etter opphold på sykehus.

Helseteam for kronikere og andre utsatte pasientgrupper: Slike team er det som i Fremtidens primærhelsetjeneste (2014-2015) kalles oppfølgingsteam, som vil bidra til å sikre koordinering og systematisk vurdering av brukernes behov og etablere nødvendig strukturert oppfølging. Oppfølgingsteamet må samarbeide med nødvendig kompetanse for den enkelte bruker. Fastlegen vil alltid være en viktig samarbeidspartner og for mange brukere vil også spesialisthelsetjenesten være viktige støttespillere. Viser til kapittel 2.2 hvor jeg skrev at det 1. april i år startet et pilotprosjekt i åtte kommuner her til lands for å teste ut primærhelseteam i fastlegepraksiser. Ammi et al. (2017) beskriver fra Canada at i hjemmetjenesten er utnyttelsen av sykepleierkompetansen viktigere enn antallet sykepleiere. De har primærhelseteam hvor sykepleiere er sentrale sammen med leger, og for eksempel psykologer og farmasøyter for å løse helseutfordringene og forbedre pasientopplevelsen. Wagner (2000) hevder fra USA at sykepleiere er atskillig bedre skikket enn leger i oppfølging av kronikere og at deres utdanning er bedre på å håndtere hele pasienten. Han trekker også frem at sykepleiere har bedre kommunikasjonsferdigheter enn leger.

Lindrende avdeling: Omfatter tjenester som aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Det er i dag palliative tilbud både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene (Samhandlingsreformen 2008-2009).

Legekontor: Det er to kommunale legekontor i Bodø og disse er aktuelle inn i Helsehuset. Grumbach og Bodenheimer (2004) beskriver Charles Burgers private praksis i Maine, USA hvor han har tusenvis av legekontorer over hele landet, med godt fungerende primærhelseteam i kontorene. Kontorene består av 2 leger, 2 spesialsykepleiere, assistenter, resepsjonist og planleggere. Hver kliniker tar imot 23-30 pasienter pr dag. De har veldefinerte systemer og protokoller for alle kliniske prosesser, inkludert triagering (vurdering av hastegrad) av telefonsamtaler. De gjennomgår og informerer pasienter om laboratorie- og røntgenresultater, henvisninger og fornyelse av resepter. Også her er det naturlig å vise til

kapittel 2.2 hvor jeg skrev at det 1. april i år startet et pilotprosjekt i åtte kommuner her til lands for å teste ut primærhelseteam i fastlegepraksiser.

Deler av rehabilitering: Hvilke deler av rehabilitering som er tenkt her, er usikkert.

Migrasjonshelse: Opprinnelsesland, innvandringsårsak og botid i Norge har stor betydning for menneskers helse. Flyktninger har dårligere helseprofil enn de som kommer til Norge pga. familiegjenforening, arbeid og utdanning (Folkehelseinstituttet 2017).

Psykologtjenesten

Utrykningsteam: Plan for legetjenesten (2018-2021) Bodø kommune, har tiltak i prioriteringsrekkefølge 1-4. Utrykningsteam har prioritet 1a (2018-2019), hvor det planlegges å ansette en eller flere legevaktleger og sykepleiere som kan rykke ut til institusjoner og til hjemmeboende med helseproblemer – ettermiddag/ kveld/ helg. *Utrykningsbil for legevakten* er et naturlig befordringsmiddel for et utrykningsteam og er planlagt anskaffet/ leid eller leaset og har prioritet 1b. Akuttmedisinforskriften (2015) kapittel 2, Kommunal legevaktordning, paragraf c) sier legevaktordningen blant annet skal yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig. Hunskår et al. (2015) mener at for å oppfylle utrykningsplikten og oppgavene legevakten har med tanke på diagnostikk, behandling og monitorering, må det finnes mobile enheter med sjåfør og adekvat utstyr. Videre at utstyr følger av forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven, helsepersonell-loven og i forskrift om internkontroll i helsetjenesten.

Også andre oppgaver egner seg for *Helsehus*:

Ambulansestasjon er et tenkt forslag fra Nordlandssykehuset v/direktør Strand i Avisa Nordland 19. april 2018. I følge Hunskår et al. (2015) gir det fordeler når det gjelder legevaktlegens mulighet for å følge ambulansen ved utrykning. Det gir også bedre mulighet for samtrening og felles bruk av treningsmateriell.

Trygghetsalarmer kan ifølge Hunskår et al. (2015) håndteres av legevaktsentralen. Dette kan fremme faglig vurdering, prioritering og bedre lokalt tilpasset respons. Det kan også øke samhandlingen mellom de kommunale tjenestene og sannsynligvis være ressurs sparende.

Oppfølging av hjemmetjenesten: Legevaktsentralen bør brukes som base for hjemmetjenestene slik at de får et bedre tilbud om faglig oppfølging fra spesialsykepleiere, faglig medisinske råd og eventuelt enkel tilgang på telefonisk legevurdering. (Hunskår et al. 2015)

Psykiatrisk sykepleier: Dette er tanker fra legevaktsykepleierne fordi det kommer folk innom som trenger noen å snakke med og sortere tanker, men ikke har behov for å snakke med legen. I Samhandlingsreformen (2008-2009) beskrives en stor økning av unge, under 40 år som uføretrygdes grunnet psykiske lidelser. 1/3 av disse har en psykisk lidelse og sier de ikke har oppsøkt hjelp for dette. Mange blir derfor uføretrygdet uten å ha blitt behandlet for sitt psykiske problem. Ved Bergen legevakt har de «Livskrisehjelpen», som er et gratis lavterskeltilbud så lenge det ikke involverer legen. Et tilbud til mennesker i akutte livskriser, som kan være alvorlige livshendelser som ulykker, tap av nære personer i brå død eller selvmord, vanskelige samliv eller samlivsbrudd. Ansatte ved Livskrisehjelpen er psykiatriske sykepleiere og vernepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid. De tilbyr samtale, rådgivning, gir hjelp til selvhjelp og gir informasjon om, - og kan formidle kontakt med andre hjelpeinstanser.

Rus/ psykiatri-seng(er): Dette er også tanker fra legevaktsykepleierne. Når noen ringer legevakten, og er for syk av angst eller lignende til å være i sin egen leilighet om natten, samtidig som de er for friske til å bli innlagt i psykiatrien, hadde det vært bra å kunne tilby en slik seng. I Samhandlingsreformen beskrives lavterskeltilbud innen psykisk helsearbeid på kveld og helg å kunne sikre god tilgjengelighet og hindre utvikling av unødige akuttssituasjoner.

Sykepleier poliklinikk: Tanker fra legevaktsykepleierne, da de kan behandle sårproblematikk, pusteproblematikk, administrere ulik medisinsk behandling, drive opplæring av pasient og pårørende med mere. Nasjonal helse- og sykehusplan (2015-2016) sier om oppgavedeling at det kan føre til bedre arbeidsflyt og raskere pasientbehandling samtidig som kvaliteten opprettholdes eller forbedres. I flere tilfeller blir det også rapportert om økt pasienttilfredshet, mens helsepersonell som får nye oppgaver melder om økt motivasjon, teamfølelse og jobbtildfredshet. I Canada finner Ammi et al. (2017) at pasientene er svært fornøyd med små klinikker der leger og sykepleiere samarbeider og hvor sykepleiere har egne kontorer hvor de konsulterer pasienter og utfører uavhengige kliniske prosedyrer og gir informasjon.

I Finland har det siden 1972 vært bygget kommunale helsesentraler i samsvar med LEON-prinsippet (Laveste Effektive Omsorgsnivå). På dagtid er poliklinikken i Pargas kommune bemannet med 9,5 leger og 6 sykepleiere. Resepsjonen er bemannet av hjelpepersonell. Sykepleier og lege jobber i team der legen for eksempel ser pasienten hvert halvår, mens sykepleieren gjennomfører den foreskrevne behandlingen mellom fastsatte legekontroller. Arbeidsfordelingen ser ut til å være vellykket ved diabeteskontroller, hjertesykdommer, koagulasjonsbehandling og flere sykdommer der laboratorieresultater og objektive målinger danner vurderingsgrunnlaget for den videre oppfølgingen sammen med samtale og undersøkelse (Sykepleien.no juni 2016).

Hunskår et al. (2014) viser til spesialiserte sykepleiertjenester som kreftsykepleier, smertesykepleier, palliative team og psykiatri og at mange av disse tjenestene er avanserte med godt skolert personell, noen ganger utover det som den vanlige vaktlegen kan forventes å beherske. Videre at jo større kommunene er, jo mer er det mulig at det tenkes på tvers og at legevaktjenesten inkorporeres som ”brukere” av slike tjenester, der interessene til sykehjemmene, hjemmetjenestene, KAD-enheter og legevakten ses i sammenheng. Det nevnes noen tilfeldige eksempler på slike ordninger:

- Kreft-/palliativ-sykepleier kan reise i sykebesøk for legevakten for å vurdere henvendelse fra kreftpasient.
- Hjemmesykepleier med smertebehandlingskompetanse kommer til KAD-enheten for å starte behandling med smertepumpe.
- Pasient som har vært vurdert på legevakten blir fulgt opp med hjemmebesøk om natten av psykiatrisk sykepleier på vakt i hjemmetjenesten.
- Hjemmesykepleiere skoles som akutthjelpere og vaktplan tilpasses slik at to slike alltid er på vakt sammen og er utstyrt med nødnetradio.

Her er mange tenkte oppgaver som krever sykepleierkompetansen og som i stor grad hører inn under den prehospitale delen av primærhelsetjenesten. For å ivareta disse oppgavene vil det kreve atskillig størrelse, både på lokalene til den nye legevakten og på stillingene til sykepleierne.

2.5 Heltid i legevakt og bidrag til primærhelsetjenesten

På bakgrunn av de ulike tjenester som er tenkt inn i det nye Helsehuset, har Bodø legevakt god kompetanse i utgangspunktet for å kunne bidra på et atskillig bredere grunnlag enn i dagens lokaler. Større areal for legevakten, flere arbeidsoppgaver og en turnusordning som dekker ledigheten i helgene, er essensen i puslespillet for heltidskultur.

Det er et stort problem når deltidssykepleiere føler seg tvunget til å jobbe to geografisk atskilte steder for å sikre seg full stilling. På denne måten slites man mellom de to arbeidsstedene ved personalmøter og fagkurs, og man føler ikke at man får bidratt tilfredsstillende på noen av stedene. I forhold til turnus oppstår det problemer ved at arbeidshelg kan inntreffe på begge arbeidssteder samtidig eller at det kommer to arbeidshelger rett etter hverandre. Denne ordningen er også problematisk for ledere som er involvert. Innen i et ny-opplastet *helsehus* vil det være mulig å få til praktiske løsninger med både oppgaver og turnus slik at de nevnte problemene unngås.

Moland og Bråthen (2012) hevder flere heltidsstillinger gjør at kommunen kan løse sine oppgaver med færre ansatte generelt og at flere heltidsstillinger vil vise en arbeidsgiverpolitikk som tar utfordringene på alvor. Det viser seg at ved økning av hele stillinger, kommer det også søkere med kvalifisert arbeidskraft. Kommunene skal berede grunnen for å ivareta stadig mer av det som tidligere lå til andrelinjetjenesten. Til dette sier Moland (2013) at arbeid som forutsetter faglig høy kompetanse og løpende faglig virksomhet bør baseres på heltid. Kvalitet opprettholdes og øker når fagfolk bruker og utvikler sitt fag i stimulerende miljø. Dette er videre en garanti for trygg og faglig pasientbehandling. Heltid og godt fagmiljø vil skape godt omdømme og være rekrutterende i seg selv. Med disse forholdene på plass er kommunen sikret kompetent og engasjert arbeidskraft i helsetjenesten.

I hovedsak er det økning i arbeidsoppgaver som passer inn i den prehospital delen av primærhelsetjenesten som er interessante for legevaktsykepleierne. Denne typen oppgaver er en viktig årsak til at de i utgangspunktet søkte jobb ved legevakten. Skulle disse oppgavene vise seg å ikke bli tilstrekkelig, er det mulig å kunne involveres i andre oppgaver innenfor ett og samme hus. Slik blir det en vinn-vinn-situasjon både for sykepleierne og kommunen. Sykepleierne får vekslet inn arbeidskraftreserven i hele stillinger og kommunen får tilført sårt tiltrenge sykepleierressurser.

3. TEORI OG EMPIRI

3.1 Innledning

Jeg vil i dette kapittelet redegjøre for teorier jeg bygger oppgaven på og plassering av oppgaven i den del av forskningsfeltet hvor jeg mener den hører hjemme. Min målsetting er å vise hvilken arbeidskraftreserve som ligger i dvale ved Bodø legevakt på grunn av alle deltidsstillingene, og hvordan kompetansen i hele stillinger kan bidra til å ivareta deler av primærhelsetjenesten i større grad.

Jeg vil plassere oppgaven i forskningsfeltet arbeidsliv da den på den ene siden handler om arbeidstidstilpasninger, og innenfor helse- og omsorg da den også handler om hvordan arbeidstidstilpasninger kan komme pasientene til gode. Jeg vil belyse temaet ønsket/ uønsket deltid og planlegging for heltidskultur. Det er flere forhold som former ansattes arbeidstidspreferanser, så som familiære, organisatoriske, økonomiske, kulturelle og livsløpsforhold. Mitt inntrykk er at arbeidslivsdiskusjoner oftest dreier seg om kulturelle og strukturelle forhold i samfunnet og på arbeidsplassen og jeg vil belyse disse forhold nærmere i kapittel 3.2 og 3.2.1. Når det gjelder de teorier jeg bygger oppgaven på, vil jeg konsentrere meg om kultur- og strukturorientert teori.

Jeg har valgt å legge vekt på Antony Giddens strukturasjonsteori for å forstå hvordan strukturer påvirker utviklingen av legevaktsykepleiernes arbeidstidspreferanser. Antony Giddens hevder strukturen er dynamisk og et konkret resultat av en utviklingsprosess av sosial interaksjon og at reproduksjon av strukturer krever ressursfull og innovativ menneskelig adferd. Videre at strukturer både er medium for- og utfall av praksis som utgjør sosiale systemer. Ressurser og regler er viktige elementer i produksjon og reproduksjon av det sosiale liv og at samfunnsregler er fastsatt og begrensende da de er prosedyrer som kan bli aktualisert i en rekke ulike omstendigheter. Disse begrensningene for menneskers handlinger kan endres av aktører, og de vil kun bli bestående dersom de reproduseres av handlende aktører. Strukturer former menneskers praksis, men det foregår en vekselvirkning hvor folks praksis også skaper strukturer. Denne vekselvirkningen av strukturer og praksis, hvor aktørers

påvirkning kan endre strukturene kaller Giddens for strukturens dualitet (Sewell, 1992). Jeg belyser dette nærmere i kapittel 3.2.1.

Hvorfor er strukturelle endringer mulige, spør Sewell (1992) Han hevder strukturelle regnskap for sosial transformasjon har en tendens til å introdusere endring fra utsiden av systemet i stedet for å vise hvordan endring genereres av drift av strukturer internt i et samfunn. Strukturer kan variere betydelig mellom ulike institusjoner, og vil ha forskjellige logikker og dynamikk. Det kan også være viktig variasjon selv innenfor en gitt sfære.

Det kan synes som struktur og kultur går hånd i hanske når Schein (2015) forklarer “the structure of culture” med at det finnes en struktur på de ulike nivåene av kulturen når man går inn og analyserer den. Jeg velger å vektlegge Schein (2015) for å forstå hvordan kultur påvirker utviklingen av legevaktsykepleiernes arbeidstidspreferanser. Han belyser tre analysenivåer hvor det første er *artefakter*, som er synlige og kan være arkitektur, innredning, teknologi, kleskoder og atferd. Det andre er *tro og verdier* som viser seg ved ideer, mål, ambisjoner og ideologier. Disse kan samsvare med artefakter. Det tredje er våre grunnleggende antagelser, det vi ubevisst tar for gitt og som styrer vår oppfatning, tanker og følelser. Grunnleggende antagelser er udiskutable og derfor vanskelig å utfordre og endre.

Schein (2015) definerer organisasjonskultur på et overordnet nivå som «et mønster av felles grunnleggende antakelser som læres av gruppen idet den takler sine eksterne tilpasnings- og interne integrasjonsproblemer, som har fungert bra nok til å bli betraktet som gyldige, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den rette måten å oppfatte, tenke og føle på i relasjon til disse problemene». De ulike komponentene i det som læres blir da et mønster av tro og verdier som gir mening og på mange måter kan dette betraktes som gruppens identitetsfølelse. Det er i denne sammenheng sosialisering foregår, ved at man knytter seg til gruppen og lærer hvordan man opptrer for å bli akseptert og anerkjent og dermed danner identitetsfølelse. Denne identitetsfølelsen har både en ekstern komponent av hvordan organisasjonen presenterer seg for utsiden og en intern komponent av hva den indre følelsen av seg selv er. Det vil imidlertid oppstå endringer etter hvert som nye medlemmer tilkommer med ulike normer og verdier, og ut fra dette slutter Schein at kultur både er stabil og dynamisk.

Begrepene normer og verdier ligger dypt nedfelt i oss og Hofstede et al. (2010) beskriver at en gruppes *verdier* sier noe om hva gruppen definerer som enten godt eller dårlig i ulik grad. Det skilles mellom *forfektete verdier* og *bruksverdier*; Argyris & Schön (1996) hevder *forfektete verdier* er de som bedriftens ledere og medarbeidere hevder de tror på og etterlever og disse kommer gjerne til uttrykk i bedriftens verdigrunnlag, dersom det er formulert et slikt. Bruksverdiene derimot, ligger bak våre handlinger og hvordan vi privat resonnerer rundt våre handlinger. Ifølge Schein (2010) kalles bruksverdiene også våre levde verdier, og de kommer gjerne til uttrykk gjennom medlemmenes kollektive atferd, seremonier og ritualer i organisasjonen.

Normer utvikles når folk er sammen over tid og skaper uskrevne regler om hva som er akseptabelt og uakseptabelt i sosiale sammenhenger. Man belønnes og oppmuntres til å følge normene, og kan bli utsatt for sanksjoner hvis de ikke følges. Hofstede et al. (2010) peker på at spesielt måten gruppen og dens ledere håndterer kritiske hendelser på, vil være viktig for hvilke normer som dannes.

Schein (2015) spør om spesifikke yrker kan ha kultur og han finner at hvis kultur er et produkt av felles læring som fører til felles forutsetninger om hvordan man skal utføre og forholde seg internt, kan vi tydelig se at mange yrker utvikler kulturer. Hvis det er sterk sosialisering i utdannings- og opplæringsperioden, og hvis troen og verdiene som er oppnådd i løpet av denne tiden, forblir stabile som forutsatte forutsetninger, så har disse yrkene helt klart kulturer.

Konseptet kultur innebærer en viss strukturell stabilitet i gruppen slik at når noe benevnes som kulturelt, handler det om at man har definert gruppen. Schein (2015) skriver at gruppeidentitet er nøkkelkomponenten i kultur og at dybde, bredde og mønster er essensielle trekk. Grunnleggende antakelser er at essensen av kultur ligger i dybden og er både uåndsrikelig og usynlig. Dette benevner Schein som det kulturelle DNA. Bredden viser at kultur også dekker oppdrag, strategi, struktur og grunnleggende operasjonelle prosesser. Schein påpeker at alle disse har vært produkt av delt læring og vil begrense hvilke endringer organisasjonen kan gjøre. Mønsterforståelse i kultur antyder at ritualer, verdier og atferd er forbundet i en sammenhengende helhet og det er dette vi betegner som kultur.

Videre kan det trekkes en linje til Bang (2013) som beskriver forholdet mellom kulturuttrykk og kulturinnhold som gjensidig, da kulturinnholdet reflekteres i kulturuttrykkene, samtidig som kulturuttrykkene er med på å skape, opprettholde og endre kulturens innhold. I forlengelsen av dette viser Schein (2015) til at kultur både er stabil og dynamisk ved at det oppstår endringer etter hvert som nye medlemmer tilkommer med ulike normer og verdier. Denne vekselvirkningen av kultur og praksis kan til sammenligning med Giddens benevnelse «strukturens dualitet», her benevnes som «kulturens dualitet».

3.2 Heltid i et kulturelt perspektiv

Hele den vestlige verden var i 1950-1960 preget av «husmor ideologien» og ikke før ut utpå 1970-tallet begynte kvinner å bli registrert som reelle arbeidstakere (Lund, 2012). Heltid i et kulturelt perspektiv starter altså med speiling av tradisjonelle holdninger til kvinners yrkesdeltakelse og forestillingen om at den «gode mor» reduserer arbeidstiden for å være hjemme med barna. Heltid for sykepleiere er foreløpig ikke et aktuelt spørsmål. Spørsmålet Abrahamsen (2010) stiller, er imidlertid hvordan en deltidskultur har kunnet overleve i sykepleieryrket gjennom de siste 10–20 årene, hvor hovedtrenden har vært at mødre med høy utdanning arbeider heltid? Abrahamsen fant at deltid var langt mer utbredt blant sykepleiere enn blant andre kvinner med høyskoleutdanning og det så ut til at sykepleierutdanningen tiltrakk seg deltidsorienterte kvinner.

Schein (2015) sier om hvorvidt en yrkesgruppe kan ha en egen kultur, at hvis det er sterk sosialisering i utdannings- og opplæringsperioden, og hvis troen og verdiene som er oppnådd i løpet av denne tiden, forblir stabile som forutsatte forutsetninger, da har man helt klart en kultur. Det er kjent blant sykepleierne at vi blir sterkt sosialisert inn i yrkesgruppen under utdanningen. Vi ser av historien at sykepleiere i løpet av mange ti-år også er sosialisert inn i deltidsarbeid og det handler mye om at vi ute i praksisfeltet under utdanningen stort sett har vært omgitt av deltidsarbeidere. Kvande og Brandt (2005) kan for øvrig vise til at fra 2003 var andelen deltid blant sykepleiere halvert sammenlignet med 1970. Mange fra 2003-kullet var enslige småbarnsmødre og de jobbet heltid. Dette viser at selv om de sannsynligvis var en del av en rådende deltidskultur, så er også denne kulturen både stabil og dynamisk ved at det oppstår endringer etter hvert som nye medlemmer tilkommer med ulike normer og verdier (Schein, 2005) En forklaring kan være at den økonomiske situasjonen til unge sykepleiere i

dag ikke gir rom for å redusere arbeidstiden, selv om de skulle ønske det. En annen forklaring kan være at deltidskulturen i sykepleieryrket er noe svekket, og dermed ikke like normgivende som tidligere (Abrahamsen, 2010).

1990-tallet var tiåret der deltidsarbeid var blitt en akseptert norm i helsesektoren og Abrahamsen (2010) fant at deltid henger nøye sammen med ansvar og omsorg for barn og familie. Hun skriver at normer for hva slags arbeidstid som er allment akseptert, er en viktig faktor. Normer omfatter atferd som forventes, aksepteres eller støttes av gruppen og det har til alle tider ligget både forventning, aksept og støtte fra sykepleierkolleger til vordende mødre om at de skulle være hjemme og ta vare på hus og barn.

Norsk Sykepleierforbund (NSF) begynte dette ti-året å fronte likestilling, likelønn og verdsetting. «Rett til heltid – mulighet til deltid» var parolen (Lund, 2012).

Her ser vi bruken av kulturuttrykk og kulturinnhold som ifølge Bang (2013) er gjensidig. NSF brukte kulturinnholdet heltid og deltid, som ble reflektert og uttrykt på plakater, bannere, ute i mediebildet og i gatebildet. Samtidig er disse kulturuttrykkene med på å skape og endre kulturens innhold og dermed også normer og verdier.

Deltidsutvalget fastslår at i typiske mannsyrker er det en utbredt negativ holdning til deltidsarbeid. Kvinner i mannsdominerte yrker ser ut til å jobbe mer enn kvinner i kvinnedominerte yrker. Videre at kvinner både i manns- og kvinnedominerte yrker heller i retning av lang deltid (dvs. 20-34 timer per uke) og kvinner i mannsdominerte yrker ville sannsynligvis ha jobbet mindre hvis det hadde vært sosialt akseptert i disse yrkene (NOU 2004:29).

Vi ser av dette at kultur har stort spillerom. Tradisjonelle holdninger til kvinners yrkesdeltakelse og deltid i sykepleieryrket har overlevd trenden der mødre med høy utdanning jobber heltid og kvinner i mannsdominerte yrker jobber mer enn kvinner i kvinnedominerte yrker. Her vil jeg trekke veksler på Carl Weicks teori om at man institusjonaliseres inn i roller og maler fordi det gir mening da systemet er gjennomsyret med verdi. (Weber og Glynn 2006) Forestillingen om «den gode mor» har fremdeles stor verdi i samfunnet selv om «den gode far» er på tur etter, og vi ser tydelig at teorien i seg selv gir mening i denne konteksten. I tillegg ser vi at kvinner må bidra i større grad i mannsdominerte yrker enn i kvinnedominerte

yrker. I mannsdominerte yrker er det heltid som er svaret og kvinner må forholde seg til de normer, verdier og holdninger som har utviklet seg der.

3.2.1 Heltid i et strukturelt perspektiv

Oppfatningene i samfunnets om at sykepleieres arbeidstid kan knyttes til kulturelle forhold er så sterke at man ofte overser strukturelle forhold. Man antar at sykepleiere ønsker å arbeide deltid og ser derfor ikke på arbeidsvilkårene de faktiske møter i arbeidslivet (Ingstad, 2011). Strukturer i arbeidstidsordninger virker på den ene siden inn på sykepleieres arbeidstid da de er nedfelt og benyttes på arbeidsstedet man kommer til. På en annen side virker sykepleieres arbeidstidsønsker inn på arbeidstidsstrukturene fordi sykepleiere i større grad nå enn tidligere etterspør hele stillinger. Giddens hevder at dersom mennesker er handlekraftig nok til å fungere på innovative måter, kan deres handling endre potensielt foranderlige strukturer (Sewell 1992). I dette ligger kraften i sykepleiernes valg om å takke nei til utlyste deltidstillinger og at de påvirker til endring ved samtidig å etterspørre hele stillinger. Når dette nå ser ut til å ha blitt en standard, har arbeidsgivere begynt å lyse ut hele stillinger for sykepleiere i atskillig større grad enn tidligere. Giddens kaller sin teori "teorien om strukturering", noe som indikerer at *struktur* må betraktes som en prosess, ikke som en stabil tilstand.

Arbeidslivet beskrives som en viktig strukturell kontekst for bruken av og forståelsen av våre velferdsordninger. Samfunnets kjønnsstrukturer sees på som en viktig føring, hvor krav i det maskuline arbeidslivet fører til et mønster der flest kvinner har hovedansvaret for barneomsorgen og bruker mest tid på barn. Etter hvert kom det et svært fleksibelt tidsregime, hvor mange fedre jobbet selvpålagt overtid langt utover normalarbeidstiden og permisjonsordningen med fedrekvote ble ofte ble dårlig mottatt på jobben hos de nybakte fedre. Kun 14 % delte foreldrepermisjonen med mor. Dette gir seg blant annet utslag i at en stor andel av dagens norske kvinner jobber deltid og at deltid anses som et kvinnefenomen (Kvande og Brandth, 2005).

Ingstad (2011) finner at strukturelle forhold som for eksempel tilgang til barnehageplass, foreldrepermisjon og arbeidstidsbestemmelser, kombinert med sykepleieres etterspørsel etter deltidstillinger har formet sykepleieres arbeidstid. I forlengelsen av dette vil jeg vise til Kvande og Brandth (2005) som omtaler ulike permisjonsordninger som har vært introdusert

opp gjennom årene. Fødselspermisjonen, med skiftende fokus fra det sterke moderskapet til 70-tallets likestillingstanke og to uker deling med far. Videre til 1993 og fire uker permisjon for far, nå med fokus på faderskapet. Kontantstøtten i 1998 skulle gi valgfrihet og fleksibilitet rundt tilsyn av barna, men viste seg å ikke ha nevneverdig virkning på fars deltagelse med barna

Av andre strukturelle påvirkninger som i forhold til likestilling kvinner/ menn, beskriver Deltidsutvalget (2004:29: 63) en del offentlige økonomiske ordninger som avhenger av inntekt. Ordningene som har størst økonomisk omfang og som i alt berører flest, er alderspensjoner, uførepensjon, sykepenger, dagpenger under arbeidsledighet, rehabiliteringspenger, attføringsytelser og fødselspenger. Her er det relevant å trekke frem Ingstad (2011) som bruker 3 begreper for å kategorisere sykepleieres valgfrihet knyttet til pensjonsalder; Absolutt valgfrihet, hvor sykepleieren har arbeidet heltid gjennom store deler av yrkeskarrieren og har god pensjonsopptjening. Betinget valgfrihet har de som har ektemenn som tjener godt, da de er avhengige av mannens inntekt for å kunne gå av med tidligpensjon. De som er enslige og i tillegg har lav pensjonsopptjening har ingen valgfrihet og må stå lengre i jobb enn de kanskje egentlig klarer.

Strukturer både i samfunnet og internt i organisasjoner viser seg å ha stor påvirkning på muligheter innenfor arbeidstidsordninger. Abrahamsen (2010) fant at stillingsstrukturen har vært sterk og mangel på heltidsstillinger i mange år har produsert deltidsarbeid. Kjønnstrukturer med krav om kvinnelig hovedansvar for barn, interne strukturer i organisasjonen, tilgang til barnehageplass, permisjonsordninger og offentlige økonomiske ordninger, viser seg alle å ha innvirket på sykepleieres arbeidstid. Ingstad (2011) sier at på en slik måte har samspillet mellom aktører og strukturer resultert i at sykepleieryrket har blitt et deltidsyrke. Det samme beskriver også Lund (2012:125-130).

3.2.2 Planlegging for heltidskultur

Nasjonalt nettverk for implementering av Samhandlingsreformen (2015) mener en organisasjonskultur preget av heltidsstillinger virker positivt både på kvalitet, pasientsikkerhet og rekruttering. Videre at effekten av dagens arbeidstidsordninger må vurderes og nye arbeidstidsordninger utvikles for å sikre en heltidskultur. Lederes betydning poengteres også her ved at ledere på alle nivå må bevisst arbeide med kultur, holdninger, kompetansebygging

og rekruttering for å sikre oppfølging av målene i Samhandlingsreformen. Dette bekreftes av Moland og Bråthen (2012) som skriver at en politikk med flere heltidsstillinger i en kommune, viser at arbeidsgiver krever mer av deg og at du kan kreve mer av arbeidsgiver. Flere hele stillinger viser seg å ha positiv effekt på kommunens omdømme og således også på rekrutteringen til faglig stimulerende miljø. «Arbeid som forutsetter faglig høy kompetanse og løpende faglig virksomhet/ utvikling, bør baseres på heltidsansettelser» (Moland, 2013). Ingstad og Amble (2015) hevder i artikkelen at man leter etter nye muligheter for å organisere arbeidstiden, og at til ledige stillinger må man prioritere dem som vil jobbe heltid. Videre at å bygge heltidskultur i stor grad handler om samfunnet rundt arbeidsplassen, med tilgang til barnepass 24/7 og arbeidsfordeling/ likestilling i hjemmet. For å sosialisere nyutdannede til heltidskultur, må de tilbys hele stillinger fra starten av karrieren fordi man venner seg til å arbeide deltid. Når man får familie, er det den som jobber deltid som tar ansvar hjemme og partneren jobber fulltid og blir hovedforsørger. Slik blir man vant med lønn og arbeidstidsmønster i redusert stilling og deltidsarbeid som var uønsket blir dermed frivillig og passende når man får barn.

For å få bukt med deltid må man gå løs på helg problematikken for der er ondets rot. Det er helgene som har de små stillingene og de ledige vaktene. Mange jobber 26 av 52 helger og mer enn det selv om det er ulovlig, for det er der de ledige vaktene er og hvor man kan overleve økonomisk. Ingstad og Amble (2015) har erfaring med at langvakter på 12-14 timer hver 4. helg løser turnusfloka, og at det må kompenseres økonomisk. De viser til at i Finland betales alle søndager med 100% tillegg. Vi kommer ikke bort fra at kultur og struktur følges ad og i Finland jobber 93 prosent av samboende par heltid. Barnehager er åpne 24/7, barna får varmt gratis skolemåltid, det sivile samfunnet er bevisst på at skift/turnusarbeidere ikke alltid kan stille opp på aktiviteter kveldstid, og ekstravakter tas ut som ekstra fri. Heltid gir status og det er skapt holdninger til at «den gode mor» faktisk jobber heltid.

Ingstad (2016) stadfester at i etableringen av en heltidskultur må man fokusere på både organisering av arbeidstid og ta et oppgjør med etablerte normer og verdier. Hun fortsetter med at heltid for turnusarbeidere i helsesektoren innebærer 35,5 arbeidstimer per uke, og det er mange måter å organisere dette på. Med vakter på for eksempel 12 timer har man arbeidet ukearbeidstiden i løpet av tre vakter, og det gir gjennomsnittlig tre dager arbeid og fire dager fri per uke. Vaktens lengde er grunnleggende for hvor mange dager som berøres av arbeid. Hun poengterer i samme artikkel at forholdene ligger til rette i dag for at både kvinner og menn skal kunne arbeide heltid, også når de får barn.

Moland og Bråthen (2012:146-150) foreslår å motivere med informasjon om gode arbeidstidserfaringer og prøve ut nye arbeidstidsordninger og måter å organisere arbeidet på. De mener også man kan begrense adgangen til å ansette i små stillinger og at man iverksetter kompetansetiltak som gjør arbeidskraften mer anvendelig. De er kjent med at mange av de nye ordningene med økt arbeid på ubekvemme tider og langvakter kompenseres med både høyere lønn og mer fri. Vedrørende godtgjøring, vil jeg trekke frem Ingstad som i en kronikk i Aftenposten 25. januar (2018) ser to vesentlige hindre for å komme til en heltidskultur: Arbeidstageres vilje til å bidra til en grunnturnus basert på heltid med nok timer på helg, og arbeidsgivers vilje til å betale det som trengs for en slik turnus.

Moland og Bråthen (2012) fant at de fleste deltidsarbeidende ikke trenger å motiveres til større stilling for de ønsker i utgangspunktet å jobbe mer. Heltids- og deltidsansatte som ønsker å redusere sine stillinger, begrunner det med 1. helse, 2. arbeidsbelastning, 3. fritid, 4. familien. Disse må motiveres fra å redusere stillingen. Deltidsansatte som ønsker å beholde stillingsstørrelsen, begrunner det med 1. familien, 2. helse, 3. fritid, 4. arbeidsbelastning.

Det mangler verken på nasjonale føringer for heltidskultur eller forskningsbaserte utredninger om temaet, med dertil prøvde og uprøvde forslag til løsninger. Det viser seg imidlertid at etter 15 år med fokus på ønsket/ uønsket deltid og nå heltidskultur, så har det ikke gitt de store resultater (Ingstad, 2017). Det å planlegge for heltidskultur handler om forankring i ledelse både lokalt og på toppnivå. Det handler også om organisasjonskultur, strukturelle endringer, informasjon, motivasjon og holdningsskapning.

3.3 Definisjoner og begrepsavklaringer

Før jeg nå beveger meg videre i kapittel 3 slik jeg har beskrevet det i innledningen, vil jeg ta for meg noen definisjoner og begrepsavklaringer.

Heltidskultur: Det ser ut til at *heltidskultur* er et lite gjennomarbeidet og beskrevet begrep. I tidsskriftet Sykepleien på nett 24.10.16 poengterer Ingstad at sykepleiere og helse- og omsorgsarbeidere må tilbys hele stillinger og således sosialiseres inn i en heltidskultur. Moland spør på Strategikonferansen 2017 om man kan kalle det heltidskultur når 50 % av arbeidsstokken jobber heltid. I Vestvågøy kommune har kommunestyret vedtatt et mål om at

kommunen skal være en heltidskommune, der heltid er hovedregelen. Vestvågøy viser til at Fafo definerer det som «svak heltidskultur» når mindre enn 50 % av de ansatte jobber heltid, og «sterk heltidskultur» når minst 50 % av de ansatte jobber heltid.

Deltid: Deltidsutvalget (2004:29:33) definerer deltidsstilling som «en permanent ansettelse i stilling med kortere arbeidstid enn det som er normalt innenfor vedkommende bransje, tariffavtale eller lignende». Deltidsutvalget viser til Moland og Gautun (2002) som definerer gapet mellom faktisk og ønsket arbeidstid som undersyssetting. Dette begrepet gjelder uavhengig av om den ansatte faktisk formelt har søkt om utvidet arbeidstid. Denne utvidede definisjonen begrunnes med at en stor andel av deltidsansatte som ønsker større stillingsprosent, ikke søker arbeidsgiver om dette fordi de regner med å få avslag.

Ufrivillig deltid: Statistisk Sentralbyrå definerer undersysselsatte/ deltidssysselsatte som personer som har forsøkt å få lengre avtalt/ gjennomsnittlig arbeidstid ved å kontakte den offentlige arbeidsformidling, annonsere selv, ta kontakt med nåværende arbeidsgiver e.l. og de må kunne starte med økt arbeidstid innen en måned. Denne definisjonen ansees i rapporten for å være relativt streng, da den følger de samme kravene som for å være arbeidsledig.

Primærhelsetjeneste: Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) lister opp kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester slik:

- * Skolehelsetjeneste, helsestasjonstjeneste, svangerskap- og barselomsorg.
- * Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder legevakt, heldøgns medisinsk akuttberedskap, medisinsk nødmeldetjeneste og psykososial beredskap og oppfølging.
- * Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning.
- * Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.
- * Andre helse- og omsorgstjenester, herunder helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, plass i institusjon.

Prehospitaltjenester: Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) definerer at de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus (prehospitaltjenester) består av kommunal legevaktordning, fastlegene og kommunale akutte døgnplasser (KAD-plasser),

nødmeldetjenesten (AMK- og legevaktsentral), bil-, båt- og luftambulansetjeneste. De regionale helseforetakene har ansvar for AMK-sentralene (akuttmedisinske kommunikasjonsentraler) samt bil-, båt- og luftambulansetjenesten. Kommunene har ansvar for legevakt, legevaktsentral, fastlegene og KAD-plasser.

3.4 Deltid

Moland og Bråten (2012) finner at det er vanskelig å trekke klare skillelinjer mellom ønsket og uønsket deltid sett fra arbeidstakeres ståsted. Ønsket deltid er gjerne et resultat av krevende arbeidsforhold, slitasje, manglende tilrettelegging og underbemanning. De som jobber uønsket deltid er både de som har søkt om høyere stilling uten å få det og de som ikke har søkt fordi de vet at de ikke får det.

3.4.1 Ønsket deltid

Mange arbeidstakere ville sannsynligvis ikke vært i arbeid i det hele tatt uten muligheten til å jobbe deltid, herunder studenter, en del kvinner med forsørgeransvar, eldre arbeidstakere, arbeidstakere med sykdom og de som har muligheten og et genuint ønske om mye fritid (Moland og Bråthen, 2012).

En stor del av deltidsarbeid blant kvinner er frivillig og omtrent 40 prosent av disse kvinnene har ikke barn, eller har barn på over 16 år (Deltidsutvalget 2004:29). Videre vises det til en undersøkelse gjort av Agderforskning i 2002 hvor mange av de spurte sier at deltid er nødvendig for å ha tid til å restituere seg mellom vaktene og at deltid er en mestringsstrategi hvor man unngår både fysisk og psykisk slitasje. «Valget» av deltidsstilling forklares ut fra hensynet til familien, egen helse og ønske om fleksibilitet. Jamieson et al. (2008) fant at Australiske sykepleieres motivasjon for å jobbe deltid er søvnmangel, helseplager, lite fleksible turnusordninger, omsorg for barn og problemer med barnepass. I tillegg har de som jobber deltid såpass høy lønn sammenlignet med heltid at de heller vil ha fridager enn noen få kroner ekstra for heltid. Forskeren mener alle disse preferansene sykepleiere har for valg av arbeidstidsordninger ser ut til å være unike for sykepleierprofesjonen. Også i Spania viser det seg å være like preferanser for ønske om deltid (Bruke et al. 2013).

Ulike preferanser mellom kjønnene og individene til lønnsarbeid, husarbeid, omsorg for barn og eldre og potensiell arbeidsinntekt for det enkelte familiemedlem vil spille en viktig rolle for arbeidsdelingen i familien og ute. Det er uklart hvorvidt deltiden er frivillig all den tid det ser ut som «valget» er betinget av ytre forhold (Deltidsutvalget 2004:29). Dette støttes av Nicolaisen (2013) som mener et viktig spørsmål er hvorvidt frivillig deltid kan ses som en privatsak, da dette også kan forklares med trekk ved arbeidsorganisering samt arbeidsplass- og yrkeskulturer.

Moland (2013) hevder den største arbeidskraftreserven ligger i frivillig deltid og at ønsket deltid er et gode for mange. Det har imidlertid sin pris ved at det dermed genererer flere deltidsstillinger på arbeidsteden og det vanskeliggjør en ambisjon om at heltid skal være det normale. Videre finner han at deltidsansatte ikke har fullverdig deltakelse i arbeidsmiljøet, de har redusert deltakelse i faglige utvikling og ofte uforutsigbar arbeidstid og fritid.

Deltidsansatte som er interessert i faglig utvikling, er ikke nok til stede på jobb til å videreutvikle fagferdigheter eller ta utviklende ansvarsoppgaver. Det blir vanskelig å utvikle gode fag- og læringsmiljøer og tilstrekkelig engasjerte og involverte medarbeidere. Han sier også at for ledelsen tar mange små stillinger mye av tiden da mye ressurser brukes til opplæring av marginale ressurser. Moland (2013) sine funn har klar relevans fordi man i en deltidsstilling skal gå ganske mange vakter for å få nylærte ting innarbeidet. Er det svært travelt på vaktene, krever dette enda lengere tid.

Ønsket deltid har for dem som har valgt det, noen positive effekter i forhold til familie, helse og fleksibilitet. Når det gjelder arbeidsorganiseringen mellom partene i husholdningen, viser det seg generelt at kvinner arbeider mer hjemme enn ute. Deltidsutvalget (2004:29) tar likestillingsperspektivet og sier at dersom man definerer likestilling som likedeling av oppgaver både hjemme og ute, slik det har vært vanlig i en del sammenhenger, er det altså fremdeles et stykke frem til likestilling i Norge.

3.4.2 Uønsket deltid

Moland og Bråthen (2012) sier det som taler mest imot alle små stillinger sett i et arbeidsgiverperspektiv, er problemer med å rekruttere og beholde kvalifisert arbeidskraft. Moland og Bråthen sier videre at de små stillinger stjeler mye ressurser fra ledere og erfarne

kolleger og er også uheldig for tjenestekvaliteten. Det er velkjent at kunnskap er ferskvare og må oppdateres kontinuerlig, noe som kan være problematisk når man er sjelden på jobb. Når ansatte bare er på jobb 2-3 dager per uke gir det dårligere kontinuitet og kvalitet.

En omfattende deltidskultur har også økonomiske konsekvenser for den enkelte ansatte. Deltidsansatte har en mindre forutsigbar lønn, og mange sliter med å få lån. Samtidig har de en lite forutsigbar arbeidstid og fritid, fordi mange er avhengig av å arbeide ekstravakter når arbeidsgiver har behov (Ingstad, 2016). Sitat fra informant i Moland og Bråthen (2012:43): «Små stillinger gir ikke pensjonspoeng, det sliter å jakte vakter og det er vanskelig å oppnå en inntekt å forsørge seg på. Dette gir lav status både til arbeidstaker og yrke».

Deltidsutvalget (2004:29) poengterer at økonomisk selvstendighet for alle er et viktig politisk mål. Det at kvinner deltar mindre i yrkesaktivt arbeid innebærer en økt risiko for økonomiske problemer ved en eventuell skilsmisse eller dersom mannen faller fra. Dette gjelder også for husholdet som helhet dersom mannen for eksempel blir syk eller arbeidsløs. Ca. 50 prosent av alle inngåtte ekteskap ender med skilsmisse og fordelingen innad i husholdningen er ikke alltid slik som vi ønsker å tro. Dette fører ofte til at kvinner i slike situasjoner blir avhengig av andre forsørgelseskilder og de blir i stor grad minstepensjonister. For å «fullføre scenariet» vil jeg her vise til kapittel 3.2.1 hvor Deltidsutvalget (2004:29: 63) belyser en del offentlige økonomiske ordninger som avhenger av inntekt og som kan slå svært uheldig ut for mange i deltidsstillinger.

Moland og Bråthen (2012:150) om turnus som en del av deltidspromatikken: «For at dagens A-lag i en pleie- og omsorgssektor tuftet på tradisjonell turnus skal unngå helgebelastningen den tradisjonelle turnusen legger til grunn, forutsettes et B-lag av deltidsansatte som kan fylle hullene som skapes i turnusen etter dem».

3.5 Prehospitale tjenester

Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) definerer at de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus (prehospitale tjenester) består av kommunal legevaktordning, fastlegene og kommunale akutte døgnplasser (KAD-plasser), nødmeldetjenesten (AMK- og legevaktsentral), bil-, båt- og luftambulansetjeneste

3.5.1 Kommunens prehospitalt ansvar

Akuttmedisinforskriften (2015) stiller skjerpede krav til kompetanse i kommunal legevakt, ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten. Akuttutvalget (2015) sier at samtidig som det skapes nye muligheter for større prehospital innsats, må det stilles større krav til en samkjørt og effektiv samhandling mellom de ulike aktørene. Trening i førstehjelp og økt bevissthet i befolkningen om å trå til dersom medmennesker trenger hjelp, er en forutsetning for at helsehjelp fra den profesjonelle del av akuttkjeden skal ha effekt for pasienten.

Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019:115) hevder endringer i akutttilbudet ved små og store sykehus forutsetter styrking av kapasiteten og kompetansen i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus, og at det krever bedre samordning og utnyttelse av ressurser mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Sykehusfunksjoner sentraliseres, akuttfunksjoner samles ved færre sykehus og vi får færre og større legevakter. Dette påvirker behovet for ambulansetjenester. Det prehospitalt mulighets- og ansvarsrommet er utvidet, og en faglig kompetent legevakt og ambulansetjeneste får større betydning enn før.

3.6 Helsetjenester i andre land

Det finnes mye internasjonal erfaring med bruk av helsepersonell i nye eller endrede roller. I flere land i Europa og Nord-Amerika foregår det store endringer i rolle- og ansvarsfordelingen mellom helseprofesjoner. I den senere tid har Verdens helseorganisasjon, sammen med OECD, arbeidet aktivt med å formidle at oppgavedeling («task shift») er et viktig virkemiddel for å møte framtidens personellutfordringer (Nasjonal helse- og sykehusplan 2015-2016).

Jeg vil starte med *Storbritannia*, hvor Laurant et al. (2009) har studert hvorvidt helsepersonell som ikke er leger kan forbedre kvalitet og kostnadseffektivitet i helsetjenesten. Mangel på medisinsk arbeidskraft på bestemte kliniske områder og/ eller geografiske populasjoner førte til introduksjon av avanserte sykepleiere i USA i 1960-tallet, Canada på 1970-tallet, Storbritannia på 1980-tallet, og Australia på 1990-tallet. Disse sykepleierne fulgte avansert utdanning, hovedsakelig på masternivå og klinisk praksis som tillater dem å tilby et bredt spekter av forebyggende og akutte helsetjenester til grupper og enkeltpersoner i alle aldre.

Sykepleiere, legeassistenter og apotekere har generelt vært villige til å utvide sine roller mens leger ofte har motsatt seg dette innpasset i deres roller. Legens holdninger er viktig da legen trenger å påvirke pasienter til å akseptere disse yrkesgruppers nye roller for at endringene skal lykkes. Dette krever dessuten betalingssystemer som belønner helsepersonell og arbeidsgivere som vedtar nye måter å jobbe på. Rollerevisjon spres raskt der helsesektoren er i stand til å realisere økonomiske gevinster. Dette var situasjonen i Storbritannia og generell praksis på 1990-tallet da et nytt betalingssystem gjorde det mulig for sykepleiere i stedet for leger, å levere en rekke tjenester som genererte nye betalingsordninger.

Det viser seg at mens revisjonen av roller mellom leger og ikke-lege klinikere er utbredt og voksende, er bevisgrunnlaget for støtte til slike endringer både vanskelig å få tilgang til og magert i forhold til omfanget av arbeidskraftreformene. Det er derfor uklart om profesjonell rollerevisjon leverer forventede gevinster for pasienter, fagfolk og helsevesen. Effektivitet kan oppnås hvis leger gir opp å levere de tjenestene som overføres til ikke-lege klinikere og i stedet investere sin tid i aktiviteter som bare leger kan utføre. For eksempel kan en sykepleier gjennomføre oppfølging av pasienter med astma, gi pasientopplæring og støtte for livsstilsendring. Rollerevisjon kan være målrettet mot et bredt spekter av kliniske områder, inkludert forebygging av sykdommer, kronisk sykdomsbehandling og behandling av mindre sykdommer, akutte sykdommer eller mindre skader.

Funn viste at sykepleierledet omsorg var assosiert med en nedgang i sykehusinnleggelses. Det var derimot ingen betydelig forskjell på leger og sykepleiere med hensyn til reinnleggelses. Sykepleiere hadde betydelig lengre konsultasjoner, bestilte betydelig flere prøver og undersøkelser, og henviste betydelig flere pasienter til andre deler av helsetjenesten sammenlignet med leger. Livskvalitet, helsestatus og funksjonsstatus var målt i 11 systematiske studier mellom 1995-2007. Halvparten av disse viste betydelige forbedringer i livskvaliteten i sykepleierledet omsorgsgruppe, mens hos den andre halvparten fant man ingen forskjeller.

For alle andre kliniske målinger ble det ikke funnet noen forskjeller mellom sykepleiere og leger. Funnene var ganske like på tvers av ulike helsesektorer. Pasienttilfredshet, moral og kunnskap var målt i 12 av 18 studier. Bevisene er sterkest for pasienttilfredshet, som ble målt i 10 vurderinger. I primærhelsetjenesten viste alle vurderinger betydelig høyere nivåer av pasienttilfredshet i sykepleierledet omsorgsgruppe. Effekten på prosessen i omsorgen ble målt

i 8 studier. Funn viser at hensiktsmessig pasientrådgivning- og informasjon er betydelig bedre gitt av sykepleiere sammenlignet med leger, og at sykepleiere var bedre kommunikatører enn leger.

I hovedfunn om forhold som styrer revisjon av faglige roller beskriver Laurent et al. faktorer som er viktige drivere for endring: Større helsetjenesteområder, aldrende befolkning, ny teknologi, nye behandlingsmåter, mangel på medisinsk arbeidskraft, pasienters krav og forventninger, økende helsekostnader.

Av faktorer som fungerer som barrierer for endring fant de profesjoners og pasienters holdninger, som omhandlet aksept, spesialisering, teamarbeid/ samarbeid. Videre var betalingssystemer som finansielle incentiver, for eksempel gebyr for service en viktig barriere. Det samme gjaldt for utdanningsprogrammer, lovgivning og forskrivningsrett. I Australia har Cioffi og Ferguson (2009) studert teambasert sykepleie ved tre akuttisyrkehus. Et skifte til teambasert jobbing for sykepleiere med ulike spesialiteter har oppstått av behovet for flere ulike ferdigheter ved akutte behov for helsehjelp. Det er en økende pålitelighet til denne arbeidsmåten også på grunn av problemene med å rekruttere og beholde sykepleiere som arbeidskraft (s.3). Hovedfunn er forpliktelse til det tverrfaglige teamet, erfaring med teamjobbing, effektivitet, økt ansvar og tilgjengelighet av støtte. Lederskap med erfaringer, ferdigheter, kunnskap og klar kommunikasjon i teamet er svært viktig for lagprestasjon og effektivitet.

Sykepleiere som deltok i møter hvor også legen var med, sa det ga et mer sammenhengende team og at det økte kapasiteten og bidro til bedre pasientbehandling. De beskriver teamjobbing som pasientorientert, ansvarlig, oppmuntrende for samarbeid, mulighet for bedre personelldekning og gir bedre tilgang til kollegiale referanser for beslutningsprosesser. Man identifiserer lettere nyutdannede og uerfarne og kan lettere gi hjelp og støtte til disse. Mye ulike kunnskap, erfaring og kompetanse er samlet i et team og dette gir også en tryggere tjeneste. Noen sykepleiere kommenterte at teamarbeid ga bedre kollegiale forhold.

Viktig at sykepleierne blir tatt med i planlegging og beslutning om tjenester som skal utføres, får god opplæring på prosedyrer og at det foreligger stillingsbeskrivelser som avklarer roller (s.10). Nødvendige ressurser som politikk og protokoller som etablerer driftsprosesser og

prosedyrer med klare roller og ansvar for teamfunksjonen, ser ut til å være viktig i forberedelse av endringsprosesser når team modeller blir implementert.

I Georgia og Maine, USA har Grumbach og Bodenheimer (2004) studert hvorvidt primærhelseteam kan forbedre praksis i primærhelsetjenesten. De har sammen med flere forskere funnet fem viktige elementer for teambygging. De definerer *team* som en gruppe med bestemte oppgaver, der gjennomføringen krever det gjensidig avhengige og samarbeid av teamets medlemmer og de sammenligner en privat og en kommunal institusjon som har etablert seg med primærhelseteam. De har veldefinerte systemer og protokoller for alle kliniske prosesser, inkludert triagering (vurdering av hastegrad) av telefonsamtaler. De gjennomgår og informerer pasienter om laboratorie- og røntgenresultater, henvisninger og fornyelse av resepter.

Kaiser-Permanente i Georgia: 9 primærhelsekontorer med til sammen 25 primærhelseteam dekker 8000-15000 pasienter. Hvert team består av 3-5 klinikere (leger/ spesialsykepleiere), 2 grunnutdannede sykepleiere og 6-7 lisensierte pleiere/ assistenter (2 års praktisk trening). Pasienten har kontakt med kliniker, ikke hele teamet, men er klar over at en annen kan ta over dersom kliniker ikke er tilgjengelig. Disse teamene drar hjem til pasientene i tillegg til at pasientene kan oppsøke dem ved primærhelsekontoret sitt. Det viser seg å være mange og udefinerte utfordringer i primærhelsetjenesten og Kaiser- Permanente ser ut til å ansette folk etter kun 2 timers orientering og mangler øvingssystemer, arbeidsdeling og trening i den fiktive øvelsen.

Charles Burgers private praksis i Bangor, Maine: Han har tusenvis av legekontorer over hele landet, hvor han har organisert med godt fungerende primærhelseteam i kontorene. Kontorene består av 2 leger, 2 spesialsykepleiere, assistenter, resepsjonist og planleggere. Hver kliniker tar imot 23-30 pasienter pr dag. Burger har utviklet et triage system som resepsjonistene bruker for å gi trygg respons til pasientene. Han har konstruert en arbeidsdeling slik at hvert teammedlem vet, og er godt trent i rollen de har for å utføre hver oppgave. Dr Burgers praksis gjør en betydelig investering i personalutdanning og illustrerer en kreativ arbeidsfordeling ved å utarbeide ikke-tradisjonelle stillinger, for eksempel ved å delegere til resepsjonister og medisinske assistenter noen oppgaver som vanligvis utføres av klinikere.

Forskerne viser til at andre studier har undersøkt effekten av teamkomposisjon og praksisresultater, hvor en motivasjon er å spare dyr legearbeidskraft gjennom å bruke annet personell til å utføre oppgaver som ikke er legespesifikke. Her er det relevant å trekke inn Wagner (2000) som hevder sykepleiere er atskillig bedre skikket enn leger i oppfølging av kronikere og at deres utdanning er bedre på å håndtere hele pasienten. Han trekker også frem at sykepleiere har bedre kommunikasjonsferdigheter enn leger.

Problematisk med team kan være teamstørrelse, relasjoner og personligheter, som er utfordrende. En studie foreslår at 6 teammedlemmer er den optimale størrelsen. De udefinerte og varierte utfordringene i primærhelsetjenesten er spesielt utfordrende for teambygging, noe som kom tydelig frem hos Kaiser-Permanente i Georgia.

Ved introduksjon av teamjobbing i primærhelsetjenesten, må man ifølge Grumbach og Bodenheimer (2004) starte med 5 viktige elementer:

1. Klare mål med målbare resultater i forhold til pasienter, praksis, personal
2. Kliniske og administrative systemer: prosedyrer og retningslinjer
3. Arbeidsdeling: rolletildeling, definisjon av oppgaver
4. Trening av funksjonene som utføres rutinemessig og krysstrening for å erstatte andre roller ved fravær og ferier, eller periodiske tunge krav til en del av teamet.
5. Kommunikasjon: rutinemessig informasjon, feedback, team-møter, konfliktløsning

I Canada har Ammi et al. (2017) studert pasienters erfaringer med sykepleiere i primærhelseteam. Resultater viser at en av de viktigste forutsetningene for pasienterfaring er samarbeidet mellom helsepersonell, at sykepleiere har forskjellig kompetanse (med og uten spesialutdanning). I sammenheng med vedvarende høye krav til helsetjenester, er sykepleiere mindre kostbare og raskere opplært enn leger, og kan tilby en effektiv måte å behandle pasienter på. Forskerne finner også at pasientene er svært fornøyd med små klinikker der leger og sykepleiere samarbeider og hvor sykepleiere har egne kontorer hvor de konsulterer pasienter og utfører uavhengige kliniske prosedyrer og gir informasjon.

Sykepleiere kan utfylle leger og hjelpe dem med akutte, men mindre problemer. Det er også mulig at sykepleiere erstatter leger i disse oppgavene. Forskerne konkluderer med at politikere må være oppmerksomme på at samarbeid mellom leger og sykepleiere er en viktig funksjon i disse modellene, som kan styrkes ved hjelp av kontinuerlig opplæring, effektive

kommunikasjonsverktøy og utforming av økonomiske ordninger som stimulerer samarbeidet. Det å få klarhet i og identifisere hvor sykepleiere og andre helsepersonell utfører jobben best, vil ha store implikasjoner for organisering av primærhelsetjenesten og helsepersonellplanlegging.

Her vil jeg skyte inn med Daniels et al. (2012) som beskriver at det i Ontario, Canada på 90-tallet ble gjort en omstrukturering hvor færre sykepleiere ble ansatt og man opprettet flere deltidsstillinger og brukte flere ufaglærte. Dette medførte at sykepleiere enten sluttet i yrket eller søkte seg andre steder for å få fulle stillinger. Det oppstod en sykepleierkrise. I 2004 kom en ny strategi for å rekruttere sykepleiere og få dem som var igjen til å bli. Man ville øke antallet 100% stillinger, øke rekrutteringen og lage sunne arbeidsmiljø. Virkemidlene var 70% heltidsforpliktelse, sen karriere- initiativ, utdanningsinitiativ, mentorordning og hospitering. Disse finansforpliktelsene fra 2004 fortsatte å gjelde i 2012 og evalueringen viste at en del sykepleiere fortsatt ønsket deltidsstillinger. Det var spesielt de yngste sykepleierne som gikk over til 100% stillinger. Det så dermed ut til at forpliktelsen virket best på rekruttering og ikke for å beholde dem som allerede var i jobb.

I Spania har Bruke et al. (2013) funnet at sykepleiere i flere land har blitt stadig mer misfornøyd med sine arbeidserfaringer, noe som resulterer i lavere moral, økt turnover, og et mer negativt bilde av sykepleieryrket blant potensielle sykepleierstudenter. Det har vært en konsistent nedgang i antall sykepleiere i fulltidsstillinger i Spania de siste to tiårene. Mange land har rapportert om en sykepleiermangel som bare vil bli verre. Denne situasjonen påvirkes også negativt av økonomiske begrensninger som er gjennomført eller pålagt i mange land (for eksempel Spania, Hellas, Italia, Portugal, Storbritannia, og blant annet Canada) som krever at helsesystemet skal gjøre mer med mindre.

Det vises til Aiken et al. (2011) som gjorde funn fra fire land i 2001 og fra fem ytterlige land i 2011, med til sammen 98 118 sykepleiere ved 1.406 sykehus. I hvert av disse ni landene viste 1/4 -1/3 av besvarelsene til dårlige arbeidsforhold. Der forholdene var bedre, med godt arbeidsmiljø, fant de mindre utbrenthet, større jobbtillfredshet, bedre kvalitet på arbeidet og lavere intensjon om å slutte i jobben. Aiken og kollegene beskrev det slik i 2001-studiet: *“Hospital nurses love their work and hate their jobs».*

I Spania anser mange sykepleiere seg privilegert som fortsatt kan jobbe under alvorlige forhold og økonomisk nedgang. Deltid er utbredt og deltidsansatte er mindre involvert i organisatoriske prosesser og funksjoner, har mindre tilgang til informasjon, mindre kunnskap, færre kollegiale kontakter, og har lavere nivå av yrkesidentifikasjon- og forpliktelse. Som et resultat kan de være mindre kritiske til hendelser og forhold på arbeidsplassen enn sine heltids kolleger. Et stort problem for deltidsykepleiere var at de følte de ikke oppnådde sitt optimale potensial, det tok lang tid å løse ulike oppgaver da de gjorde det sjeldent. De opplevde lite muligheter for selvutvikling og faglig utvikling, og hadde begrensede forhold til veiledere og administratorer.

De fem største årsakene til valg av deltid var omsorg for andre (familie, foreldre), personlige helseproblemer, jobbtap, oppholde aktivitet i yrket, og utforskning av ny karriere eller nytt yrke. Forskerne fant at arbeidsopplevelsene og svarene fra deltidsykepleierne begrenser bidraget fra dem i leveransen av pasientpleie av høy kvalitet. Helse- og omsorgsorganisasjoner har potensial til å forbedre effektiviteten ved å ta på alvor kildene til deltidspersonells misnøye.

De sykepleierne som jobbet heltid, inkluderte flere menn, de var eldre og hadde lengre sykepleiererfaring. Disse rapporterte høyere nivåer av både autonomi, selvutviklingsmuligheter, involvering, engasjement og deltagelse i arbeidsprosess.

HR- initiativer kan være så enkelt som å gjøre heltidsjobber tilgjengelig. Arbeidsforhold kan bedres, det kan gis muligheter for faglig utvikling gjennom oppfriskningskurs og det kan tilbys høyere lønnsnivå som gjenspeiler deres kompetanse og erfaring. Det å øke antall sykepleiere innebærer flere strategier. Det inkluderer økt rekruttering av sykepleierstudenter, gjøre jobben mer givende, øke ivaretagelsen av sykepleiere og oppmuntre og støtte deltidsykepleiere til overgang til heltidsstatus.

3.7 Oppsummering

Jeg har i dette kapitlet gjennomgått det teoretiske grunnlaget for min oppgave, med fokus på heltid i et kulturelt og strukturelt perspektiv. Deretter har jeg jobbet meg gjennom forskning på planlegging for heltidskultur og ønsket/ uønsket deltid. Jeg har tatt for meg de prehospitale

tjenester og kommunens ansvar herunder, samt noe aktuell forskning på helsetjenester fra utlandet for et bredere perspektiv.

Formålet med denne oppgaven er å belyse hvilken kompetansebedrift Bodø legevakt er og hvilken arbeidskraftreserve som ligger i alle deltidsstillingene. Jeg er opptatt av hvilke implikasjoner det kan ha for sykepleiernes stillingsstørrelser og kommunens helsetjeneste at legevakten flytter inn i det nye helsehuset og har kommet frem til følgende problemstilling:

Hva fremmer heltidskultur i legevakt og hvilke effekter kan det ha for deler av primærhelsetjenesten?

Jeg ønsker spesifikt å se på hvordan nye oppgaver i helsehuset kan medføre heltid og på hvilken måte dette vil gi positive utslag for deler av primærhelsetjenesten. Jeg har derav utledet to forskningsspørsmål.

F1 *Hvilke virkemidler kan benyttes for utvikling av heltidskultur ved Bodø Legevakt?*

F2 *Hvordan kan heltidskultur i en kompetansebedrift som legevakten bidra til bedre ivaretagelse av kommunens helsetjenester?*

Min gjennomgang viser hvordan både kultur og struktur opp gjennom tidene har innvirket på kvinner/ sykepleieres preferanser for arbeid og arbeidstidsordninger. Vi påvirkes sterkt av strukturer men vi er med på å påvirke strukturer selv, og slik er ingenting hugget i stein men kan forandres. Det samme er tilfelle når Schein (2015) viser til at kultur, som kan være svært stabil, også er dynamisk ved at det oppstår endringer etter hvert som nye medlemmer tilkommer med ulike normer og verdier.

Selv om mange sykepleiere er såkalt sosialisert inn i deltidsproblematikken og er blitt vant til å jobbe slik, har verden gått videre og mye har endret seg for mange. En viktig endring som forskere på området fremhever, er at sementerte holdninger til arbeidstidsordninger i helsevesenet må avlæres og vi må se nye muligheter også der.

3.8 Oversikt relevant forskningslitteratur

Etter hvert som jeg har gjennomgått litteraturen, har jeg satt den inn i en oversiktlig tabell. Dette for å se hvorvidt mine litterære bestrebelser har samsvart med problemstillingen som skal svares ut.

Tabell over litteratur og hovedfunn om heltid/ deltid, Norge

Litteratur	Forsknings-spørsmål/ hypoteser	Perspektiv	Forsknings-design	Metode Utvalgsstørrelse	Hovedfunn
Abrahamsen, B. (2010)	Spørsmål om beregning av arbeidstiden inkludert både hoved- og biarbeidsforhold Spørsmål om familiesituasjon Spørsmål om deltidsorientering Spørsmål om deltidsmuligheter Spørsmål om arbeidstidønsker	Arbeidstids-mønster Sammenligning med andre høyskole-utdannede kvinner. Kulturelt perspektiv	Tidsserie-undersøkelse Panelstudie Kohort-undersøkelse	Spørreskjema-undersøkelse. 1977-kullet, 800 respondenter (63%) 1992-kullet, 500 respondenter (65%) 2001-kullet, 1600 respondenter (58%) 2003-kullet, 1800 respondenter (58%)	Studien tyder på at heltidsarbeid blant sykepleiere er på fremmarsj. Sykepleiere har fulgt samme utviklingstrend som andre norske kvinner de siste 30 årene, hvor kombinasjonen av heltid og omsorgsansvar har blitt stadig vanligere, men med et mindre omfang av heltidsarbeid enn blant andre høyt utdannede kvinner.
Bang, H. (2013)		En innføring i fenomenet organisasjonskultur basert på den konsensus som har etablert seg innenfor forskningen de siste 30 årene. Kulturelt perspektiv			
Hunskår et. al. (2014)		Rapport med forslag til nasjonale krav til legevakt, på oppdrag fra Akuttutvalget Strukturelt perspektiv			-Status over legevakttjenesten 2014 -Forslag til nasjonale krav/ veiledende standarder -Utvikle en modellskisse for legevakt i hele/deler av landet

Ingstad, K. (2011)	Hvordan opplever deltids- og heltidsansatte sykepleiere arbeidsvilkårene i sykehjem?	Alder 56+ Varierende helse Både hel- og deltidsarbeidende Kulturelt perspektiv	Casestudie Kvalitativ	Respondenter 22 Dybde-intervjuer	Heltid gir lengre vakter, færre vakter, mer oversikt, mer kontinuitet og mestring. Deltid gir kortere vakter, hyppigere vakter, mindre kontinuitet, mindre oversikt, mindre mestringsfølelse.
Ingstad, K., Amble, N. (2015) Kronikk		Helgearbeid og heltidskultur Strukturelt perspektiv			Heltidskultur avhenger mye av det utenforliggende, som barnehageplass hele uka, hele døgnet og likestillingen hjemme. Helgene er det ondes rot, for der er de ledige vaktene og de små stillingene.
Ingstad (2016) Gyldendal		Turnus som fremmer heltidskultur Kulturelt perspektiv			Å bygge heltids- kultur handler om holdninger, forankring og normer.
Ingstad (2018) Replikk		Heltidskultur i helsesektoren Strukturelt perspektiv			Funn av to vesentlige hindringer for heltid * Arbeidstageres vilje til en grunnturnus basert på heltid med nok timer på helg. *Arbeidsgivers vilje til å betale det som trengs for en slik turnus.
Kvande, E., Brandt, B. (2005)	Belyse hvilke konsekvenser ulik bruk av kontantstøtten vil ha for likestilling mellom kjønnene i familie- og arbeidsliv.	To omfattende omsorgspolitiske reformer, fedrekvote i 1993 og kontantstøtte i 1998 skulle blant annet sikre at småbarnsforeldre fikk mer tid til omsorg for barn Strukturelt perspektiv	Case studier Kvalitativ Intervju	To prosjekt der fedre i trønderske industri- og kunnskapsbedrifter ble intervjuet.	Kvinner i mannsdominerte yrker jobber mer og har større mulighet til faglig utvikling og interessant arbeid enn kvinner i kvinnedominerte yrker. Reformene har ikke hatt nevneverdig innvirkning på fars deltagelse med barna.
Lund, E.C. (2012)	Historisk gjennomgang.	Norsk Sykepleierforbund gjennom 100 år 1912-2012			Frem til slutten av 70-tallet var det viktige strukturelle faktorer i samfunnet som hindret heltid for sykepleiere. Det handlet om skattepolitikk og tilgang på barnehageplass.

		Strukturelt perspektiv			
Moland og Bråthen (2012)	Hvordan kan kommunene tilby flere heltidsstillinger	Perspektiv på ressursmessige konsekvenser av heltidsjobb, tjenestekvalitet, arbeidsmiljø, økonomisk bærekraft. Strukturelt perspektiv		Landsdekkende spørreundersøkelse av pleie- og omsorgssjefer. Studie av kommunale evalueringer av tiltak.	Beskrivelse av enkelttiltak som har hatt effekt, men til tross for dette jobber de fleste i kommunesektoren i deltidsstillinger. Hvorfor er det ikke flere som prøver ut ulike turnusordninger?
Moland, L. E. (2013)	Tiltak for å redusere deltid, og organisere for heltid. En kunnskapsstatus.	Reduksjon av omfanget av deltid. Organisere for heltidsansettelser Perspektiv på arbeidstaker, arbeidsgiver og bruker. Kulturelt perspektiv			Ettertraktet arbeidskraftreserve i deltid. Rettigheter til større stillinger lite håndhevet. Likestillings-utfordringer ved økonomisk avhengighet. Driftsmessige utfordringer ved deltid. Kvalitets-utfordringer da høy kompetanse ikke benyttes fullt ut.
Nicolaisen, H. (2013)	Årsakene til deltid i omsorgssektoren Vår kunnskap om alternativ organisering av turnus.	Kulturelt og strukturelt perspektiv	Kommentarer til den liberale tankesmien Civita om utfordringene for omsorgssektoren fremover.		Helgejobb oftere enn hver 3. helg må ha gode incentiver i bunnen, økonomi og/ eller fritid. Verken valg av deltid eller konsekvensene av frivillig deltid kan anses som en privatsak.

Tabell over litteratur og hovedfunn om deltid, heltid og oppgaver for sykepleiere utenfor Norge.

Litteratur	Forsknings-spørsmål/ hypoteser	Perspektiv	Forsknings-design	Metode Utvalgsstørrelse	Hovedfunn
Ammi, M., Ambrose, S., Hogg, B., Wong, S. (2017) Canada	Hvordan påvirker sykepleiere pasienters erfaringer med helsetjenesten i primærhelseteam?	Primær-helsetjenesten og pasientenes erfaringer med tilgjengelighet og bistand. Kulturelt og strukturelt perspektiv	Internasjonal, longitudinell undersøkelse.	Benytter den Canadiske komponenten av Spørreskjema-undersøkelsen <i>Quality and Costs of Primary Care 2013/14</i>	Blandet sykepleier-kompetanse i primærhelseteam og hvordan ulike ressurser blir brukt. Samarbeid sykepleiere og leger ved avanserte og mindre avanserte prosedyrer viktig. Viktige drivere av effektivitet i primærhelseteam er inkludering, konfliktløsning og samhold.
Burke, R.J., Dolan, S.L., Llull, R., Fiksenbaum, L. (2013) Spania	Hvorfor velger sykepleiere å jobbe deltid. En sammenligning med heltidssykepleiere i forhold til jobberfaringer, fornøydhet og psykologisk velbefinnende. Identifisere mulige kilder til innflytelse for å oppmuntre deltids sykepleiere å jobbe på heltid.	2 regioner i Spania, uavhengig av arbeidssted. Fremtidsstrategi for å løse sykepleier-mangelen når stadig flere ønsker deltid. Kulturelt perspektiv	Tversnittsdesign Online spørreundersøkelse Kvantitativ	Respondenter 2094 Gitt 15 årsaker, indikasjon av muligheten for hvorvidt hver av disse hadde innvirkning på valget om å jobbe deltid.	Årsaker til valg av deltid. Forskjell på deltids- og heltidssykepleiere med hensyn til sykepleiererfaring, autonomi, selvutviklingsmuligheter, holdninger til jobben, forpliktelse. Det ble funnet likheter ved familiær status, sosial støtte, fravær, nivåer av utbrenthet og psykologisk velbefinnende.
Cioffi, J., Ferguson, L. (2009) Australia	Spørsmål om arbeidsmiljø, teambuilding, standard på tjenesten, kommunikasjon, tilfredshet med tverrfaglige relasjoner i team-sykepleie.	3 akutt sykehus og sykepleieres erfaringer med sykepleierteam i pasient-behandlingen. Strukturelt perspektiv	Kvalitativ Eksplorativ, deskriptiv tilnærming.	Respondenter 15 Intervjuer i 5 små grupper.	Kunnskapsdeling, samarbeid, opplæring av hverandre, økt ansvar og engasjement. Videre utvikling av slike team kan effektiviseres ved at sykepleiere involveres i hele prosessen.

Grumbach, K., Bodenheimer, T. (2004) Maine, USA	Spørsmål om hvilke helsepersonell som deltar i primærhelseteam og hvordan fungerer disse teamene.	Primærhelse-tjenesten. Fokus på helsearbeidernes erfaringer med helseteam. Strukturelt og kulturelt perspektiv	Case studie Kvalitativ	Tjenesteytere fra 2 organisasjoner: Den ene privat-praktiserende og den andre fra en regions kommunale helsetjeneste.	Viktige, definerte egenskaper må være til stede ved høyt fungerende helseteam. De udefinerte og varierte utfordringene i primær-helsetjenesten er spesielt utfordrende for teambygging.
Jamieson, L.N., Williams, L.M., Lauder, W., Dwyer, T. (2008) Australia	Hva var det som ledet deg til å jobbe deltid?	86 sykepleiere fra 5 ulike regioner, med deltidsjobb Kulturelt og strukturelt perspektiv	Grounded theory	Respondenter 86 Intervju, individuelle- og fokusgrupper	Sykepleieres arbeidstidsvalg ser ut til å være gjort i sammenhenger som er unike for sykepleier-profesjonen.
Laurant, M., Harmsen, M., Wollersheim, H., Gro, R., Faber, M., Sibbald, B. (2009) Storbritannia	Kan man utvide rollen til annet personell enn leger der leger tidligere var enerådende? Kan man forbedre kvaliteten på omsorgen uten å øke etterspørselen på leger?	Syntetisere tilgjengelige bevis for å informere fremtidige arbeidskraft-reformer. Strukturelt perspektiv	Deskriptiv Trinnvis tilnærming til datasamling basert på «best bevis» konsept	Litteraturstudie 198 artikler med ulike måleparametre på sykepleier/lege- ledet omsorg.	Flere parametere gikk igjen i de fleste artikler: Sykeleierledet omsorg ga større pasientfornøydhet, bedre behandlingsrutiner, bedre kommunikasjon og bedre rådgivning.
Schein (2010)	Om den viktige rollen ledere har i å anvende kulturprinsippene for å nå sine organisatoriske mål.	Kulturelt perspektiv			Vi trenger å forstå kreftene i kultur på grunn av dens makt og fordi den forklarer mange frustrerende erfaringer i organisatorisk liv. Det gjør oss også i stand til å forstå oss selv bedre
Schein, E. H., Schein, P. (2015)	Kultur leder oss til å se mønstre i vår sosiale atferd. Interessen er å avdekke de mønstrene vi ser i nasjoner og organisasjoner og de ulike typologiene av kultur som er oppstått. Det er viktig å differensiere de	Kulturelt perspektiv			Kulturene i oss må forstås fordi de dominerer vår oppførsel og gir oss valg om hvem vi skal være i ulike sosiale situasjoner. Disse valgene kan bare delvis tilskrives "personlighet" eller "temperament", da de er avhengige av situasjonsforståelser vi har blitt lært av våre sosialiseringsopplevelser.

	kvantitative diagnostiske studiene fra de mer kvalitative dialogiske prosessene.				
Sewell, William H., Jr (1992)	Struktur er en av de viktigste, mest unnvikende og underteoretiserte konsepter i samfunnsvitenskapen Kritikk og reformulering av Anthony Giddens oppfatning av dualiteten av Struktur. Utvikling av en teori om struktur hvor mennesker er sosiale aktører og gir mulighet for endring.	Strukturelt perspektiv			Giddens hevder strukturen er dynamisk og et resultat av en utviklingsprosess som former menneskers praksis, men det foregår en vekselvirkning hvor folks praksis også skaper strukturer.
Weber, K., Glynn, M., A. (2006)		Diskusjon om Karl Weick's innflytelse på organisasjons-teorier.			Institusjonalisering av roller og skript gjør individer i stand til å danne forventninger til andres oppførsel men også til å utlede egne handlemåter.

4.0 METODE

Først vil jeg beskrive valg av forskningsdesign, som er en casestudie hvor jeg benytter kvalitativ tilnærming for å svare ut problemstillingen. Jeg redegjør kort for casestudie med kvalitativ metode og deretter for utvalg og datainnsamling. Videre redegjør jeg for hvordan data er analysert og evaluerer metoden med begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet. Til slutt vil jeg redegjøre for etikk og personvern.

Jeg jobber selv i bedriften jeg bruker som case og har derfor valgt å ikke tre inn der for å forske. Jeg bruker min mangeårig opparbeidete kunnskap om Bodø legevakt som bakgrunnsteppe og gjør en overordnet sammenligning med syv legevakter. Disse har tilnærmet likt eller større befolkningsgrunnlag enn Bodø.

Jeg har innhentet data ved hjelp av kvalitativ metode, hvor jeg tidlig i prosessen hadde telefonintervjuer med to respondenter og etter en tid utarbeidet en spørreskjemaundersøkelse til fem respondenter. Da jeg har et begrenset utvalg av informanter, fant jeg etter hvert at jeg ville gjøre en lik undersøkelse for alle syv. Det betyr at jeg har sendt spørreundersøkelse til de to jeg først hadde telefonintervju med og alle syv har dermed fått de samme spørsmålene skriftlig og besvart dem skriftlig.

4.1 Forskningsdesign

Johannessen, Christoffersen og Tufte (2011) beskriver at designere starter med en idé og konstruerer produktet på et tegnebrett eller en datamaskin før de ender opp med en ferdig tegning av hvordan produktet skal se ut. En forsker starter med problemstillingen og vurderer hvordan det er mulig å gjennomføre undersøkelsen fra start til mål. Jeg har valgt en kvalitativ tilnærming til problemstillingen og benytter en casestudie.

4.1.1 Casestudie med kvalitativ metode

Johannessen et al. (2011) sier casestudie er ett eller noen få tilfeller som studeres inngående og forskeren henter inn mye informasjon fra noen få enheter eller caser over kortere eller lengre tid gjennom detaljert og omfattende datainnsamling. Videre gjennomføres casestudier ofte ved hjelp av kvalitative tilnærminger, som observasjon eller åpne intervjuer, men det kan

også anvendes kvantitative data og teknikker som eksisterende statistikk og strukturerte spørreskjemaer. Casestudier kan med fordel gjennomføres ved å kombinere forskjellige metoder for å skaffe seg mye og detaljert data. For å svare ut min problemstilling, har jeg valgt en kvalitativ tilnærming ved spørreskjemaundersøkelse hvor spørsmålsstillingene fordret kvalitative svar.

4.2 Utvalg

Jeg ville finne om det var stor forskjell på Bodø legevakt og legevakter som er av tilnærmet lik størrelse eller større. Jeg ville også finne om legevakt som hadde flyttet i Helsehus, hadde jobbet med deltidspromblematikken. Jeg benyttet meg av *kriteriebasert utvelgelse*, hvor det spesifikke kriteriet var at vedkommende var daglig leder av legevakten og dermed hadde et helhetlig perspektiv på bedriften. Mitt utvalg besto av til sammen 7 legevakter, hvor informantene var daglig ledere.

4.3 Datainnsamling

Datainnsamlingen har jeg på den ene siden basert på spørreundersøkelser, telefonsamtaler og meldinger på mobiltelefonen. På den andre siden har jeg gjort en omfattende gjennomgang av forskningslitteratur, offentlige dokumenter, avisoppslag, digitale bøker og artikler.

4.3.1 Spørreskjemaundersøkelse

Jeg sendte i januar 2018 epost til syv legevakter ved daglig leder med spørsmål om å delta i en spørreskjemaundersøkelse. Fem av disse besvarte min henvendelse og var positive til deltagelse. Jeg sendte derfor ut undersøkelsen til 5 enheter. Som beskrevet i kapittel 4.0, valgte jeg etter hvert også å sende spørreundersøkelse til de to jeg tidlig hadde hatt telefonintervju med, så spørreundersøkelse ble sendt til- og besvart av syv informanter. Jeg har i ettertid også stilt noen ekstra spørsmål til respondentene pr epost og melding via mobiltelefonen. Skjematisk oppstilling av spørsmålene med besvarelser (vedlegg 2) På forhånd hadde jeg sendt meldeskjema til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og fått klarsignal derfra.

4.3.2 Kvalitative intervjuer

Tidlig på året 2017 sendte jeg epost til fire legevakter ved daglig leder med forespørsel om å delta i telefonintervju. Jeg hadde notert spørsmålene i eposten slik at de skulle være forberedt. Jeg fikk svar fra kun to, og gjennomførte telefonintervju med disse på avtalte datoer og klokkeslett. Jeg noterte besvarelsene på papir etter hvert som samtalen forløp.

4.4 Analyse av data

Kvalitative data taler ikke for seg selv, men må tolkes. Således er det den som har samlet inn dataene som også bør analysere og fortolke dem ifølge Johannessen, Tufte og Christoffersen (2011). Dette fordi teorier, hypoteser og forskerens forforståelse er viktige for analysen. I analyse skal det avdekkes budskap eller mening og man skal finne mønster i datamaterialet for så å konkludere og svare ut problemstillingen. Ved tolkning prøver man å forstå og forklare funnene fra analysen og se disse i lys av det teoretiske grunnlaget for forskningen.

4.5 Evaluering av metoden

Jeg har gjort en kvalitativ undersøkelse av et begrenset materiale, hvor empirien er frembrakt ved datainnsamling og analyse utført av meg selv som utvelgende aktør. Empirien vil være farget av mine forhåndsoppfatninger og subjektive tolkninger. Min forforståelse går ut på at heltid nærmest er et ikke-begrep i legevakter i Norge. Også at det muligens står bedre til i legevakter som er større enn Bodø legevakt og i hvert fall i *helsehus*, på grunn av større lokaler og flere oppgaver i ett og samme hus. Når det gjelder mitt forskningsmateriale, er min spørsmålsstilling slik at den stort sett har krevd ja/ nei- svar, og jeg har dermed manglet informasjon for tilstrekkelig empiri til analysen. Jeg har stilt flere spørsmål til respondentene enn de som fremkommer i intervjuguiden og har kun tatt med de spørsmål i intervjuguiden, som jeg har brukt i oppgaven. På grunn av manglende empiri, har jeg ikke kunnet gjøre de store tolkninger av det foreliggende. Da ville jeg i så fall ha gjort urett mot respondentene. Jeg er usikker på om andre hadde kunnet gjøre flere ulike analyser og tolkninger ut av akkurat dette materialet. Det kan likevel være mulig, fordi all informasjon siles gjennom forskeren og dermed i større eller mindre grad vil være subjektiv (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2011).

4.5.1 Pålitelighet (Reliabilitet)

Konteksten i min forskning er case Bodø legevakt, som er mitt eget arbeidssted. Deltid har vist seg å være økende problematikk for de fleste som jobber der og utsiktene til heltid ser lysere ut i kommunens planlegging av *helsehus*. Jeg har i datainnsamlingen valgt å gjøre en sammenligning med legevakter av samme størrelse eller større enn Bodø legevakt for å finne om det ved noen av disse var gjort smarte grep med tanke på heltidskultur.

For å se oppgaven i et noe bredere perspektiv, har jeg også valgt å ta med forskning på sykepleiere fra noen andre land, deres arbeidsoppgaver og deltid/ heltid. ICN (internasjonal council of nurses) er en allianse av mer enn 130 nasjonale sykepleierorganisasjoner som representerer over 20 millioner sykepleiere over hele verden. Norge inngår i denne alliansen og på bakgrunn av deltagelsen og kunnskapen Norsk Sykepleierforbund har på dette området, kan vi si at det er mer eller mindre sammenlignbare tjenester for sykepleiere mellom mange land når det gjelder oppgaver, arbeidstidsordninger og organisering av helsetjenestetilbudet. Sykepleie er et internasjonalt fag med felles røtter og kjerneoppgaver. (Jarle Grumstad, ass. Fagsjef, Fag- og helsepolitisk avdeling Norsk Sykepleierforbund).

4.5.2 Gyldighet (Validitet)

Validitet handler om dataens relevans i forhold til problemstillingen. Her kan det stilles spørsmål om hvorvidt jeg har målt og vektlagt de rette parametere. Da jeg valgte å finne empirien hos daglige ledere ved de utvalgte legevaktene, var det på den ene siden for å gjøre oppgaven overkommelig for meg selv med et lite antall respondenter som samtidig hadde oversikten ved sine arbeidssteder. På den andre siden var min tenkning at dersom endring til heltidskultur var gjort i noen av disse legevaktene, ville det i så fall være forankret i ledelsen. Jeg var klar over hvilken hektisk hverdag lederne har ut fra erfaringer ved min egen legevakt og jeg valgte å ikke gå dypt i materien for at de lettere skulle kunne besvare undersøkelsen i en travel arbeidsdag.

4.5.3 Overførbarhet (Generaliserbarhet)

Johannessen, Tufte og Christoffersen (2011) beskriver en undersøkelses overførbarhet som hvorvidt det lykkes å etablere beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer som er

nyttige på andre områder enn det som studeres. Spørsmålet om generalisering blir her et spørsmål om hvorvidt beskrivelsene av de undersøkte legevaktene også kan gjelde de som ikke har vært undersøkt. Det finnes 182 legevakter i Norge, derav 101 (55 %) interkommunale, og 81 (45 %) kommunale (en per kommune) (Rapport Nasjonalt legevaktregister 4-2016). Jeg har gjort en undersøkelse med et lite datagrunnlag i kun 7 av landets legevakter, med befolkningsgrunnlag tilnærmet likt Bodø kommune eller større, hvor to av disse var atskillig større. Jeg har vurdert legevakttjenesten som en rimelig homogen gruppe og ser ingen grunn til å tro at det som beskrives i denne undersøkelsen ikke også kan gjenfinnes hos mange av landets øvrige legevakter.

4.5.4 Etiske aspekter i forskningen

Jeg har ved forskningsstart sendt meldeskjema til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) og har fått godkjenning derfra (vedlegg 3). Informasjons- og samtykkebrev ble sendt informantene (vedlegg 1). I brevet fikk de informasjon om bakgrunn og formål med undersøkelsen, at deltakelse var frivillig og at de uten å oppgi grunn kunne trekke sitt samtykke. Alle data er anonymisert, både informanter og organisasjonen de er ledere for. All virksomhet som får konsekvenser for andremennesker, må bedømmes ut fra etiske standarder (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2011). Mine spørsmål er ikke av sensitiv karakter og heller ikke av en slik karakter at de stiller noen i spesielt dårlig lys. Jeg mener å ha ivarett det forskningsetiske aspektet på en god måte.

4.5.5 Fra metode til oppdagelse

Det finnes lite tilgjengelig kunnskap om arbeidstidsordninger og arbeidsvilkår i legevakter i Norge. Det dreier seg om å bygge heltidskultur, og jeg har søkt svar på hvorvidt andre og større legevakter har gjort grep som har medført heltidskultur og som Bodø legevakt kan dra veksler på. Samtidig har jeg sett på aktuelle deler av sykepleietjenesten i andre land, for om mulig å få noen helt nye innspill. Jeg vil nå trekke frem og diskutere mine funn i lys av det teoretiske grunnlaget for min forskning, presentert i kapittel 3. Da min forskning er basert på et svært begrenset omfang, håper jeg dette kan danne basis for mer gjennomgående og målrettede undersøkelser i ettertid. Min problemstilling er: «Hva fremmer heltidskultur i

legevakt og hvilke effekter kan det ha for deler av primærhelsetjenesten?». Jeg vil drøfte problemstillingen basert på to påfølgende kapitler; Heltidskulturens virkemidler og tydelig – modig – stolt og kompetent vil vi bidra.

5.0 HELTIDSKULTURENS VIRKEMIDLER

I analysen søker jeg å belyse problemstillingen: Hvilke virkemidler kan benyttes for utvikling av heltidskultur ved Bodø Legevakt? Bodø kommune har i en tid hatt heltidskultur på agendaen og det jobbes i pilotprosjekter i sykehjem og hjemmetjeneste for å få dette på plass. Når det kommer til Bodø legevakt, jobbes det med å få flere oppgaver på plass som kan gi større stillingsbrøker, men lokalitetene i seg selv setter begrensninger for hvilke oppgaver man kan gå i gang med. Dette har jeg beskrevet i kapittel 2.1.1. Nå tenkes det også utprøving med langvakter på helg.

5.1 Lokalisering i helsehus, en kilde til heltid?

Jeg har fått svar fra kun en av respondentene som har sin legevakt lokalisert i helsehus. På mitt spørsmål om legevakten er lokalisert i helsehus, svarer respondenten: «Ja, samlokalisert med et kommunalt legekantor og et kommunalt vaksinasjons-kantor». Det fremkommer ikke hvilke oppgaver som eksakt utføres i disse to kontorene, men jeg vil frembringe noe av tenkningen rundt koordinering og samlokalisering av helsetjenester. I kapittel 2.4 (s.20) viser jeg til Hunskår et al. (2014) som skriver om spesialiserte sykepleiertjenester med godt skolert personell, og at jo større kommunene er, jo mer er det mulig at det tenkes på tvers og at legevaktstjenesten inkorporeres som ”brukere” av slike tjenester, der interessene til sykehjemmene, hjemmetjenestene, KAD-enheter og legevakten ses i sammenheng. Det nevnes også noen tilfeldige eksempler på slike ordninger (se kap. 2.4).

Utfører sykepleierne oppgaver utover de faste legevaktoppavene, og i så fall hvilke? Disse oppavene er diabetes poliklinikk, LAR (legemiddelassistert behandling for rusavhengige), legekantor og laboratorie». Jeg lurer på om tanken bak økte oppgaver har vært å generere hele stillinger til sykepleierne? På dette er svaret: «Ja, vi hadde en storsatsning på heltid for noen år siden, med økte oppgaver på dagtid». Jeg har i kapittel 3.2.1 skrevet om Nasjonalt nettverk

for implementering av Samhandlingsreformen (2015) som mener en organisasjonskultur preget av heltidsstillinger virker positivt både på kvalitet, pasientsikkerhet og rekruttering. Videre poengteres lederes betydning ved at ledere på alle nivå må bevisst arbeide med kultur, holdninger, kompetansebygging og rekruttering for å sikre oppfølging av målene i Samhandlingsreformen.

Det fremkommer ikke hvilke stillingsstørrelser sykepleierne hadde fra før og hvordan eventuelle stillings økninger har gjort utslag. Det er ansatt 31 sykepleiere i legevakten og 7 av dem har hel stilling, altså 22,6 % (se Tabell 2, s. 65). Jeg spør om antall spesialsykepleiere med tanke på kompetansen samlet, og de har 10 spesialsykepleiere, 32,3 % (se Tabell 1, s. 67), innenfor operasjon, intensiv, akutt og psykiatri. Dette viser at kompetansen i helsehuset er god og vil ikke være til hinder for håndtering av fremtidige oppgaver i heltidskulturens ånd.

Da legevakten er samlokalisert med et kommunalt legekontor, er det interessant å vise til kapittel 3.6 der jeg skriver om Charles Burgers private praksis i Maine USA: Han har tusenvis av legekontorer over hele landet, organisert med godt fungerende primærhelseteam i kontorene, som består av 2 leger, 2 spesialsykepleiere, assistenter, resepsjonist og planleggere. Hver kliniker tar imot 23-30 pasienter pr dag. Der er triage system som resepsjonistene bruker for å gi trygg respons til pasientene. En naturlig forlengelse av denne forskningen er Ammi et al. (2017) sin forskning fra Canada. Der finner de at pasientene er svært fornøyd med små klinikker der leger og sykepleiere samarbeider og hvor sykepleiere har egne kontorer hvor de konsulterer pasienter og utfører uavhengige kliniske prosedyrer og gir informasjon. Forskerne konkluderer med at politikere må være oppmerksomme på at samarbeid mellom leger og sykepleiere er en viktig funksjon i disse modellene, som kan styrkes ved hjelp av kontinuerlig opplæring, effektive kommunikasjonsverktøy og utforming av økonomiske ordninger som stimulerer samarbeidet.

Jeg vil i det neste trekke frem et pilotprosjekt her til lands som er en direkte følge av at man ser til andre land i utviklingen av helsetjenestene.

Jeg skriver i kapittel 2.2 (s.13) at det i *Fremtidens primærhelsetjeneste* (St. meld. nr. 26 (2014-2015)) påpekes at personellressurser ikke utnyttes optimalt. Hovedutfordringen i sykdomsbyrde er nå de ikke-smittsomme sykdommene som kols, diabetes, kreft, hjerte-karsykdommer og muskel/ skjelettplager, psykiske helseplager, rusproblemer og demens. Da

er det behov for en mer teambasert tjenesteyting og oppfølging over tid, mens personen bor hjemme. Samlokalisering av tjenester foreslås her som et godt første steg. Da er det naturlig å trekke inn pilotprosjektet som startet 1. april 2018 i åtte kommuner i Norge, der målet er å teste om primærhelseteam i fastlegepraksiser gir et bedre tilbud til pasientene enn den vanlige fastlegepraksisen. Det vil være interessant å følge dette prosjektet, som er en direkte følge av kunnskap hentet fra andre land. I St. mld. 26 (2014-2015: 36-38 og 50-55) sees det til andre land hvor det jobbes med utvikling av mer helhetlige og koordinerte tjenester, basert på samlokalisering og ulike team-modeller. Jeg komme nærmere inn på dette i neste kapittel.

Jeg spør også om det er gjort endringer i turnusordningen som muliggjør hele stillinger? Jeg får vite at «Det er prøvd med langvakter helg, men for stor arbeidsbelastning generelt, så det ble uforsvarlig. Dersom flere i fremtiden skal få 100% st., må det bli med økte helgetimer». Til dette med arbeidstidsordning påpeker Nasjonalt nettverk for implementering av Samhandlingsreformen (2015) at effekten av dagens arbeidstidsordninger må vurderes og nye arbeidstidsordninger utvikles for å sikre en heltidskultur. Moland (2015:25, s.164) beskriver utprøving med langvakter ved fødeavdelingen Oslo universitetssykehus som vellykket. Dette er ingen «quick fix» og krever god prosess. Blant annet etablering av gode pauser hvor man kan forlate arbeidsstedet.

Jeg er godt kjent med hvor hektisk det kan være på legevakt, og det kan det også være på en fødeavdeling på et sykehus. Når Moland fant ordningen vellykket på fødeavdelingen, hadde det vært interessant å vite eksakt hva som «gikk galt» med en likelydende ordning ved legevakten. Hos Moland (2015:25, s. 230) skrives det om lav grunnbemanning at man sparer seg til fant, øker arbeidsbelastningene og reduserer tjenestekvaliteten, og at dette er hverdagen i mange kommuner og helseforetak. Deltakere i programmet uttaler at grunnbemanningen kunne vært økt med flere heltidsstillinger i stedet for bruk av ekstravakter og innleie, at man er helt skåret til benet på bemanningen, og må leie inn hver gang det er sykdom.

5.1.1.Oppsummering om lokalisering i helsehus, en kilde til heltid

Til tross for samlokalisering med et kommunalt legekantor og et kommunalt vaksinasjonskontor, storsatsning på heltid for noen år siden, med økte oppgaver på dagtid og utprøving med langvakter på helg, kommer det ikke klart frem om det har gitt seg utslag i økt heltid. Jeg har i kapittel 3.3 skrevet om *heltidskultur* som et lite gjennomarbeidet og beskrevet begrep og

at det vises til Moland (2015:25) som i Fafø-rapporten definerer «svak heltidskultur» når mindre enn 50 % av de ansatte jobber heltid, og «sterk heltidskultur» når minst 50 % av de ansatte jobber heltid. Ut fra dette kan det utledes at helsehuset med 22,6 % sykepleiere i heltid, har en «svak heltidskultur». De virkemidlene som er prøvd ut i denne legevakten, er de tre jeg har omtalt i kapittel 2.5 og som jeg tror er de grunnleggende for utvikling av heltidskultur ved Bodø legevakt. Selv om det ikke fremkommer noen klare resultater av utprøvingen ved denne legevakten, må det kunne finnes en legevakt hvor alle tre virkemidlene er prøvd og funnet gangbare og som kan være til inspirasjon for atskillig flere legevakter.

5.2 Arbeidsoppgaver nok for alle som vil jobbe heltid?

I forrige kapittel tok jeg for meg kun den ene legevakten, helsehus-legevakten. Når jeg spør om sykepleierne utfører oppgaver utover de faste legevaktoppgavene, og i så fall hvilke, er svaret «Ja», unntatt fra to respondenter. Når det gjelder hvilke oppgaver, svarer de noe ulikt. Jeg har satt oppgavene inn i tabell 3.

Tabell 3 Oppgaver utenom de vanlige legevaktoppgaver

	Antall sykepleiere	Stilling 100%	Oppgaver
Legevakt 1	35	7	LAR, overgrepsmottak, tar blodprøver for politiet, intravenøs behandling til en spesifikk type cancer
Legevakt 2	31	7	Diabetes poliklinikk, LAR, legekantor, laboratorie
Legevakt 3	58	16	Har ikke oppgaver utenom.
Legevakt 4	50	4	Har ikke oppgaver utenom.
Legevakt 5	60	11	Legevaktbil med blålys, observasjons-senger, overgreps-mottak, 6 KAD (Kommunal Akutt Døgnplass), 1 psykiatri/ rus, 5 somatikk.
Legevakt 6	100	9	Enkelte har egne ansvarsområder som medisinsk teknisk utstyr, vedlikehold av administrativt fagprosedyre-system, legemidler.
Legevakt 7	31	4	Tar urinprøver for barnevernet og Sosialmedisinsk poliklinikk, Samorganisert-/ lokalisert med kommunalt legekantor. Diabetes poliklinikk og vaksinasjons-kantor.
Legevakt 8	35	0	KAD (kommunal akutt døgnplass), psykiatri, sykepleier-poliklinikk, deltagelse i kriseteamet, LAR (helg), kollegastøtte til hjemmesykepleien, og sykehjem, kan dra ut for å bidra.

Tabellen viser antall sykepleiere og spesialsykepleiere og oppgaver de ivaretar i dag, som er utenom de vanlige legevaktoppgaver.

Jeg spør også om tanken bak økte oppgaver har vært å generere hele stillinger til sykepleierne? En svarer: «så langt det lar seg gjøre», fire svarer nei, en annen sier: «Vi har 60 sykepleiere fordelt på 27 årsverk (altfor få i 100% stilling, men jobber med saken)». Til dette vil jeg skyte inn at det ved Bodø legevakt stadig blir vanskeligere å rekruttere sykepleiere når det kun lyses ut deltidsstillinger. I kapittel 3.2.1 skriver jeg om arbeidstidsordninger som nedfelte strukturer som benyttes på arbeidsstedet man kommer til. På den ene siden virker de inn på vår arbeidstid og på en annen side virker våre arbeidstidsønsker inn på disse strukturene fordi vi i større grad nå enn tidligere etterspør hele stillinger.

Giddens hevder at dersom mennesker er handlekraftig nok til å fungere på innovative måter, kan deres handling endre potensielt foranderlige strukturer (Sewell 1992). I dette ligger kraften i sykepleiernes valg om å takke nei til utlyste deltidsstillinger og at de påvirker til endring ved samtidig å etterspørre hele stillinger. Det er akkurat dette som skjer, man er nødt til å begynne å tenke annerledes for å få endring, i dette tilfellet mot heltid. Flere hele stillinger viser seg å ha positiv effekt på kommunens omdømme og således også på rekrutteringen til faglig stimulerende miljø (Moland, 2013).

En av respondentene som svarer at de ikke har økte oppgaver utenom de faste legevaktoppgavene, uttaler: «Vi har prøvd, men sykepleierne har nektet». Det foreligger ikke bakgrunnsmateriale for denne uttalelsen. Hvis jeg tolker utsagnet bokstavelig, stemmer det ikke helt med nasjonale føringer for helsetjenesten hvor *Nasjonal helse- og sykehusplan* (2016-2019:45) beskriver endringer i akutttilbudet ved små og store sykehus som forutsetter styrket kapasitet og kompetanse i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. Videre at det prehospitale mulighets- og ansvarsrommet er utvidet, og en faglig kompetent legevakt og ambulansetjeneste får større betydning enn før. Lokalisering og dimensjonering av legevaktstasjoner og ambulansestasjoner må sikre befolkningen et helhetlig og forsvarlig akutttilbud.

I forrige kapittel viste jeg til St. mld 26 (2014-.2015:50-55) hvor det sees til andre land hvor det jobbes med utvikling av mer helhetlige og koordinerte tjenester, basert på samlokalisering og ulike team-modeller. På bakgrunn av dette har jeg i kapittel 3.6 tatt inn forskning på sykepleiere og deres arbeid og arbeidstidspreferanser fra en del andre land.

I Storbritannia utfører sykepleiere en mengde ulike oppgaver, avhengig av hvilken utdanning de har. De har et betalingssystem som gjør det mulig for sykepleiere i stedet for leger, å levere en rekke tjenester som de får betalt for. Forskerne fant at en sykepleier kan følge opp pasienter med astma, kroniske sykdommer, gi pasientopplæring og støtte for livsstilsendring, inkludert forebygging av sykdommer og behandling av akutte sykdommer, mindre sykdommer og mindre skader. De fant også at sykepleierledet omsorg var assosiert med en nedgang i sykehusinnleggelseser. Et viktig moment var også at leger ofte har motsatt seg dette innpasset i deres roller og at deres holdninger er viktig. Legen trenger å påvirke pasienter til å akseptere andre yrkesgruppers nye roller for at endringene skal lykkes. (Laurent et al., 2009) Da vi er kjent med at helsemyndighetene ser til utlandet, er det naturlig å utlede fra denne forskningen, en sannsynlighet for at pilotprosjektet som startet 1. april 2018 i åtte kommuner i Norge, muligens har sitt utspring blant annet herfra.

Når det kommer til finansiering av sykepleieres fremtidige bidrag til primærhelseteam utdypes dette i St. mld 26 (2014-2015:56-58):

Ved å etablere primærhelseteam vil det legges til rette for mer forebygging, proaktivitet og egenmestring. Hvis disse teamene skal baseres på privat næringsvirksomhet og trygdefinansiering, er det et problem at folketrygdloven i dag ikke finansierer forebyggende virksomhet og heller ikke åpner for at tjenester kan utføres av annet personell enn de som i dag kan utløse refusjoner. Videre at en mer begrenset omlegging av folketrygdfinansieringen vil være å gi sykepleiere som arbeider ved fastlegekontor rett til å utløse definerte takster, f.eks. for å ivareta sekundær- og tertiærforebygging. Dette kan skje uten å endre formålsparagrafen og kan bidra til et bedre tilbud til pasienter med kronisk sykdom. Alternativet vil ikke løse det grunnleggende problemet med at pasienter må bli syke før det kan utløses takster for oppfølging. Også dette alternativet vil ha økonomiske konsekvenser for staten og krever utredning og konsekvensanalyser. En omlegging av folketrygdloven må utredes. Fordeler og ulemper med ulike modeller må belyses og økonomiske konsekvenser kartlegges og vurderes.

I dette ligger det strukturelle utfordringer i front for etablering av slike team. I følge Antony Giddens er ressurser og regler viktige elementer i produksjon og reproduksjon av det sosiale liv og at samfunnsregler er fastsatt og begrensende da de er prosedyrer som kan bli aktualisert i en rekke ulike omstendigheter. Disse begrensningene for menneskers handlinger kan endres

av aktører, og de vil kun bli bestående dersom de reproduseres av handlende aktører (Sewell, 1992). Utviklingen i måten å utøve helsetjenester på, vil fortsette. Det vil komme krav fra sykepleierne og deres fagforening om betaling for nye og viktige oppgaver de utfører, og slik påvirkes også lovgivningen. Det vil ta tid, men på denne måten vil begrensningene for menneskers handlinger etter hvert endres av aktører.

I 2009 fikk sykepleiere i spesialisthelsetjenesten mulighet til å utløse refusjon for sykepleiekonsultasjoner i poliklinikk og dette har bidratt til å løfte sykepleiernes status og synliggjort vårt bidrag i verdiskapningen. En tilsvarende ordning i kommunene er nødvendig for å etablere nye, selvstendige sykepleierroller i kommunene. (utsagn fra forbundsleder Eli Gunhild By, Norsk Sykepleierforbund, november 2015)

I Australia er teambasert sykepleie ved tre akutt sykehus studert. Et skifte til teambasert jobbing for sykepleiere med ulike spesialiteter har oppstått av behovet for flere ulike ferdigheter ved akutte behov for helsehjelp. Det er en økende pålitelighet til denne arbeidsmåten også på grunn av problemene med å rekruttere og beholde sykepleiere som arbeidskraft. Hovedfunn er forpliktelse til det tverrfaglige teamet, erfaring med teamjobbing, effektivitet, økt ansvar og tilgjengelighet av støtte. Sykepleiere som deltok i møter hvor også legen var med, sa det ga et mer sammenhengende team og at det økte kapasiteten og bidro til bedre pasientbehandling. (Cioffi og Ferguson, 2009). Til tross for at denne forskningen er gjort i akutt sykehus, er det nærliggende å tenke at arbeidsmåten kan benyttes av legevaktsykepleiere for eksempel i helsehus med mange ulike oppgaver innen akutt helsehjelp.

Når vi så ser på kompetansen som finnes i legevakter (Tabell 1) er det ingen tvil om at nye oppgaver som krever høy kompetanse og eventuelt også nye måter å arbeide på, kan innlemmes i legevaktene. Noen av de nye måtene å arbeide på vil kreve at det gjøres strukturelle endringer for å få finansieringsordninger på plass, men innen den tid finnes det flere oppgaver å ta tak i så lenge det er fysisk mulig innenfor veggene der legevakten er lokalisert.

5.2.1 Oppsummering om arbeidsoppgaver for alle som vil jobbe heltid

I følge tabell 2 har alle det som kalles *svak heltidskultur*, så det er ikke oppgavene i tabell 3 som er de saliggjørende for heltid. Vi ser også av tabell 3 at det ikke er noen logisk sammenheng mellom antall sykepleiere og økte oppgaver. Flere hadde ikke tenkt at økte oppgaver skulle generere hele stillinger til sykepleierne. Jeg har i kapittel 2.4 ramset opp de tenkte oppgavene Bodø kommune har lagt til grunn, men også noen flere som sykepleierne mener kan være aktuelle. For å få i stand hele stillinger ser det ut for at det 1. må være større oppgaver, 2. at det ikke er økte oppgaver alene som gir hele stillinger.

5.3 Arbeidstidsordningen, muliggjør den heltid?

Jeg vil i dette kapitlet ta frem organisering av arbeidstiden som et vel så viktig virkemiddel som arbeidsoppgaver. Ingstad (2016) har funnet at for å etablere en heltidskultur må vi fokusere på både organisering av arbeidstid og ta et oppgjør med etablerte normer og verdier.

I min egen legevakt har ledelsen begynt å tenke utprøving av langvakter på helg i heltidskultur-øyemed og jeg ønsket å få vite om andre legevakter hadde prøvd dette ut og hvilke erfaringer de hadde gjort seg. Jeg spør om det er gjort endringer i turnusordningen som muliggjør hele stillinger? En av respondentene har prøvd, men arbeidsbelastningen generelt ble for stor slik at det ble uforsvarlig. De resterende svarte nei på spørsmålet. Det betyr at på dette området har jeg ingen positive funn å vise til fra undersøkelsen og må støtte meg til litteraturen.

Moland (Fafo 2015:25) påpeker at han ofte har hørt at små stillinger er nødvendige for å få turnusen til å gå opp. Dette skyldes dels at mange ansatte velger å jobbe deltid, og at dette i seg selv genererer nye deltidsstillinger, og dels utfordringen med en heldøgns drift som inkluderer både hverdager og helger med turnuser der majoriteten av de ansatte jobber «for lite helg». I forbindelse med langvakter skriver Moland at når det tilrettelegges for pauser, og arbeidet kan utføres på en måte som reduserer et ellers ofte høyt tempo, oppgir de fleste ansatte at belastningene ved å gå lange vakter ikke er økt. Det er snarere motsatt.

I kapittel 5.1 skrev jeg at Moland (2015:25, s.164) bekreftet utprøving med langvakter ved fødeavdelingen Oslo universitetssykehus som vellykket og at dette krever god prosess, blant annet etablering av gode pauser hvor man kan forlate arbeidsstedet.

Moland skriver også at det finnes unntak, og det er gjerne der ansatte opplever høye arbeidsbelastninger gjennom en hel langvakt. Over tid blir belastningen så stor at det kan føre til redusert kvalitet på tjenesten da man blir sliten og yter mindre. Man kan også være engstelig for at redusert årvåkenhet skal redusere pasientsikkerheten. Videre at når man velger langvakter i helgene, må man også endre måten arbeidet utføres på, og unngå å gjøre to vanlige vakter om til en dobbeltvakt. Langvakter uten å endre organiseringen av arbeidet kan komme til å representere en uansvarlig helsebelastning (Fafo 2015:25, s.175-176).

5.3.1 Oppsummering om arbeidstidsordningen, muliggjør den heltid

Min undersøkelse har ikke gitt noen pekepinn på at ny arbeidstidsordning som virkemiddel utløste mulighet for heltid. Vi må være nysgjerrige og prøve ut dette som flere forskere har studert nøye over flere år og som de sier virker når man gjør det «på riktig måte» ut fra forholdene på arbeidsstedet. Det foreligger ikke informasjon om hvordan legevakten som har prøvd langvakter, har organisert ordningen eller hvor lenge den er prøvd ut. Jeg tenker at dersom en slik arbeidstidsordning lar seg gjøre ved en sykehusavdeling, tror jeg det vil være viktig å få erfaring med dette også ved legevakter rundt i landet.

5.4 Omfang av hele stillinger blant sykepleiere i legevakter?

Det er få sykepleiere i hele stillinger ved min egen legevakt, og jeg var nysgjerrig på om det var på samme måte rundt i andre legevakter. Mitt spørsmål er hvor mange av sykepleierne utenom ledelsen som har 100% stilling? Svarene på dette har jeg stilt opp i tabell 2.

Tabell 2 heltids- eller deltidskultur? 2017

	Antall sykepleiere	Stillinger 100%	Prosent heltid	Sterk Heltids-Kultur > 50%	Svak Heltids-kultur <50%
Legevakt 1	35	7	20 %		x
Legevakt 2	31	7	22,6 %		x
Legevakt 3	58	16	27,6 %		x
Legevakt 4	50	4	8 %		x
Legevakt 5	60	11	18,3 %		x
Legevakt 6	100	9	9 %		x
Legevakt 7	31	4	12,9 %		x
Legevakt 8	35	0			x

Fafo definerer det som «svak heltidskultur» når mindre enn 50 % av de ansatte jobber heltid, og «sterk heltidskultur» når minst 50 % av de ansatte jobber heltid.

Ut fra Fafo sin definisjon på heltidskultur, er det ingen i min undersøkelse som per i dag har heltidskultur innarbeidet i legevakten. Det forskes på heltidskultur i sykehus, i sykehjem og hjemmetjenesten, men det ser ut til å være lite forskning på legevakt. Dersom mitt datagrunnlag er betegnende for heltid i legevakter generelt, må vi slik Ingstad (2016) stadfester, fokusere på både organisering av arbeidstid og ta et oppgjør med etablerte normer og verdier i etableringen av en heltidskultur.

I St. meld. nr. 26 (2014-2015) beskrives utfordringsbildet i kommunene som stort og at dette krever endringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, da disse tjenestenes kvalitet og yteevne er avgjørende for hvilken sykehusstruktur vi kan ha. Det poengteres også at personellressurser ikke utnyttes optimalt. Jeg vil vise til Tabell 2, og den krever en forklaring før jeg går videre: Legevakt 3, 5 og 6 er de med størst befolkningsgrunnlag, hvorav 3 og 5 er tilnærmet like på dette området. Legevakt 6 har et befolkningsgrunnlag på cirka 60 000 mer enn de to andre. Da er det interessant å se at den absolutt største av dem har kun 9 % sykepleiere i heltid og at de to jeg har likestilt, har nesten 10 % forskjell seg imellom på antall sykepleiere i heltid.

Så sier Ingstad (2016) at for å etablere en heltidskultur må vi fokusere på både organisering av arbeidstid og ta et oppgjør med etablerte normer og verdier. Organisering av arbeidstid har jeg skrevet om i kapittel 5.4. Det viser seg at etter 15 år med fokus på ønsket/ uønsket deltid og nå heltidskultur, så har det ikke gitt de store resultater Det å planlegge for heltidskultur handler

om forankring i ledelse både lokalt og på toppnivå. Det handler også om organisasjonskultur, strukturelle endringer, informasjon, motivasjon og holdningsskapning (Ingstad, 2017).

Ved å innta kulturperspektivet, har Schein (2015) funnet at en yrkesgruppe kan ha en egen kultur. Der det er sterk sosialisering i utdannings- og opplæringsperioden, og hvis normer og verdier som er utviklet i denne tiden forblir stabile, da har man helt klart en kultur. Det er kjent blant sykepleierne at vi blir sterkt sosialisert inn i yrkesgruppen under utdanningen og det handler mye om at vi ute i praksisfeltet under utdanningen stort sett har vært omgitt av deltidskollegaer. Så kommer vi ut i arbeidslivet og til et sett av felles grunnleggende antakelser som vi lærer av kollegiet og som har fungert bra nok til å bli betraktet som gyldige. Dette blir da et mønster av tro og verdier som gir mening og kan betraktes som gruppens identitetsfølelse. (Schein 2015). Schein skriver det vil oppstå endringer etter hvert som nye medlemmer tilkommer med ulike normer og verdier, og ut fra dette slutter Schein at kultur både er stabil og dynamisk. Slik kan sykepleierne selv påvirke til endring av en bestående deltidskultur, ved å etterlyse større eller hele stillinger.

I et strukturelt perspektiv antar man at sykepleiere ønsker å arbeide deltid og man ser derfor ikke på arbeidsvilkårene de faktiske møter i arbeidslivet (Ingstad, 2011). Strukturer i arbeidstidsordninger virker på den ene siden inn på sykepleieres arbeidstid da de er nedfelt og benyttes på arbeidsstedet man kommer til. Det har for eksempel vist seg at mangel på heltidsstillinger har produsert mer deltidsarbeid i mange år. På en annen side kan sykepleieres arbeidstidsønsker virke inn på arbeidstidsstrukturene ved at de etterspør hele stillinger. Det er ikke bare interne strukturer i organisasjonen som har innvirket på sykepleieres arbeidstid. Det har også ytre strukturer som kjønnsstrukturer med krav om kvinnelig hovedansvar for barn, tilgang til barnehageplass, permisjonsordninger og offentlige økonomiske ordninger Abrahamsen (2010). Andre ytre strukturer som kommer frem, er når Deltidsutvalget (2004:29: 63) fremlegger en del offentlige økonomiske ordninger som avhenger av inntekt (se kapittel 3.2.1).

Moland og Bråthen (2012) skriver at flere hele stillinger viser seg å ha positiv effekt på kommunens omdømme og således også på rekrutteringen til faglig stimulerende miljø. Jeg er redd for at dersom denne deltidspromblematikken får fortsette samtidig som kommunene skal ivareta desto større oppgaver i helsetjenesten, kan det bli vanskelig å rekruttere faglig arbeidskraft i fremtiden.

5.4.1 Oppsummering om omfang av hele stillinger i legevakter

I mine funn om heltid i legevakter, ser det ikke ut til å være noen fordel at legevakten er stor, for omfanget av hele stillinger er ikke stort. Utfordringene er mange og legevaktene har store nedslagsfelt. Når St. meld. nr. 26 (2014-2015) poengterer at personellressurser ikke utnyttes optimalt, så er det et viktig poeng. Det ligger store arbeidskraftreserver i all denne deltiden, som kunne vært benyttet til utvikling av tjenestene ved legevaktene, også til nytte for deler av den øvrige kommunehelsetjenesten. Dette handler mye om kultur og struktur og jeg støtter meg til Ingstad (2017) som poengterer at man må ta et oppgjør med både organisasjonskultur, strukturelle endringer, informasjon, motivasjon og holdningsskapning – og at det handler om forankring i ledelse både lokalt og på toppnivå.

6.0 TYDELIG – MODIG – STOLT OG KOMPETENT SKAL VI BIDRA

Jeg søker i dette kapitlet å belyse temaet: Hvordan kan heltidskultur i en kompetansebedrift som legevakten bidra til bedre ivaretagelse av kommunens helsetjenester? Jeg har i kapittel 3.2.2 skrevet om dette. Det mangler verken på nasjonale føringer for heltidskultur eller forskningsbaserte utredninger om temaet, med dertil prøvde og uprøvde forslag til løsninger.

6.1 Topp kompetent for et viktig bidrag

Jeg spør hvor mange sykepleiere som er ansatt i legevakten og svarene har jeg satt inn i alle tre tabellene. Ut fra tabellene kan vi se at de to nest største har henholdsvis 58 og 60 sykepleiere totalt, mens den største har 100. For øvrig finner jeg ikke noe ikke noe mønster i antall sykepleiere i forhold til befolkningsgrunnlag. Jeg spør også hvor mange av sykepleierne som har spesialutdanning og hvilke spesialutdanninger de har. Svarene på dette har jeg satt opp i Tabell 1.

Tabell 1 Kompetanse i legevakt 2017

	Sykepleiere sammenlagt i legevakten	Spesial-sykepleiere	Prosent Spesial-sykepleier
Legevakt 1	35	12	34,3 %
Legevakt 2	31	10	32,3 %
Legevakt 3	58	7	12,1 %
Legevakt 4	50	22	44 %
Legevakt 5	60	6	16,7 %
Legevakt 6	100	14	14 %
Legevakt 7	31	10	32 %
Legevakt 8	35	22	62,86 %

Kompetansen i legevaktene er god og sykepleierne har følgende spesialutdanninger: Lunge, diabetes, intensiv, psykiatri, akutt, helsesøster, operasjon, barnesykepleier og legevaktsykepleie.

Sykepleiere er generelt godt utdannet. Nærmere seks av ti sykepleiere har tatt spesialutdanning og over 20 prosent av disse har to eller flere videreutdanninger (Norsk Sykepleierforbund).

Tre av legevaktene som er med i min undersøkelse skal håndtere et markant større befolkningsgrunnlag enn de andre. Da er det interessant å finne at disse tre også har færrest antall spesialsykepleiere, prosentvis. (Tabell 1, legevakt 3, 5 og 6). Kan dette henge sammen med at dette er legevakter der det ifølge Tabell 2 også er svak heltidskultur? Moland og Bråthen (2012) hevder at ved økning av hele stillinger, kommer det også søkere med kvalifisert arbeidskraft. I dette tilfellet er tallenes tale klar, slik jeg ser det, på at spesialsykepleiere ikke tiltrekkes av høy deltidsandel.

Sykepleiere har god kompetanse til å jobbe i legevakt i kraft av sin bachelorgrad og vi ser av Tabell 1 at legevaktene generelt har god kompetanse, men vi kan ikke se bort fra at spesialsykepleiere innen ulike genre har en spesiell fagkompetanse for å håndtere mye som legevakten må ta seg av hele døgnet, hele året. Når vi i tillegg kjenner framskrivningene for utfordringer i helsevesenet, hvor kommunene skal ivareta enda mer av det som sykehusene har ivaretatt, forstår vi også at legevaktene kommer til å ha behov for atskillig flere spesialsykepleiere.

Moland (2013) hevder den største arbeidskraftsreserven ligger i frivillig deltid og at ønsket deltid er et gode for mange, men det genererer flere deltidsstillinger på arbeidsstedet og vanskeliggjør en ambisjon om at heltid skal være det normale. Videre finner han at

deltidsansatte ikke har fullverdig deltakelse i arbeidsmiljøet, de har redusert deltakelse i faglige utvikling og ofte uforutsigbar arbeidstid og fritid. Deltidsansatte som er interessert i faglig utvikling, er ikke nok til stede på jobb til å videreutvikle fingerferdigheter eller ta utviklende ansvarsoppgaver.

Jeg vil se til utlandet og vil her trekke en sammenligning med Spania, der Bruke et al. (2013) fant at det har vært en konsistent nedgang i antall sykepleiere i fulltidsstillinger i Spania de siste to tiårene. Det samme skjer for eksempel Spania, Hellas, Italia, Portugal, Storbritannia, og Canada, som krever at helsesystemet skal gjøre mer med mindre. Et stort problem for deltidsykepleiere var at de følte de ikke oppnådde sitt optimale potensial, det tok lang tid å løse ulike oppgaver da de gjorde det sjeldent. De opplevde lite muligheter for selvutvikling og faglig utvikling, og hadde begrensede forhold til veiledere og administratorer.

Jeg spør også om det gjennomføres regelmessige øvelser i samarbeid og samhandling med øvrige akuttmedisinske tjenester og nødetater? Her mangler jeg svar fra to, en svarer «nei», en svarer «ja», en har plan om å komme i gang med samtrening med ambulanse, en svarer «vi har akuttkurs sammen med personell fra akutt-mottaket» og en svarer «med ujevne mellomrom». Ut fra dette ser vi at det ikke er noe fast samtrening. Helse- og omsorgstjenesteloven (§ 6-2 nr. 11) forplikter kommuner og sykehus til å inngå samarbeidsavtaler. Det foreligger en *nasjonal veileder* (ikke datert) for hvordan kommuner og helseforetak skal inngå samarbeidsavtaler og den stiller minimumskrav til innholdet i avtalene. Der finner vi «Samarbeid om planer for den akuttmedisinske kjede». Avtalen bør beskrive: Hvordan partene vil samarbeide om å utvikle en sammenhengende akuttmedisinsk kjede. Hvordan partene legger til rette for at personellet får trening i samhandling. Hvordan de øvrige kravene i forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus skal innfris. Viktig avtale, som sikrer samhandling og samtrening og på den måten vedlikeholdes viktig kompetanse.

Det er ingen tvil om at legevaktsykepleiere kan bidra til samarbeid med og støtte av personalet ute i hjemmetjenesten. En av respondentene i undersøkelsen svarte på spørsmålet om oppgaver utenom de faste legevaktoppgavene: «kollegastøtte til hjemmesykepleien, og sykehjem, kan dra ut for å bidra». Jeg forstod det slik at kollegastøtten i hovedsak var på telefon og at sykepleier dro ut for å hjelpe til ved spesielle ting. Til dette vil jeg trekke inn Hunskaar et al. (2014) som skriver om samarbeid med hjemmetjenestene, at de ansatte er i døgntkontinuerlig arbeid og spesielt nattpatruljene kan bli viktige støttespillere for

legevaktlegen i akutt situasjoner. De ansatte kan også få nye oppgaver i den akuttmedisinske beredskapen, det samme gjelder jordmor og psykiatrisk sykepleier. Hjemmesykepleien sine patruljer må være utstyrt med helseradio/nødnettapparat. De kan inngå i lokalt trente og definerte akuttgrupper, de kan rykke ut for første vurdering etter anrop på trygghetsalarm, de kan involveres i vurdering av om pasienter trenger sykebesøk eller transport til legevakten, samt foreta observasjon i hjemmet av pasienter som har vært vurdert av lege og som kan behandles hjemme, eventuelt observeres med tanke på senere innleggelse.

Legevakt er et svært sammensatt arbeidsfelt og det er ofte høyt tempo i arbeidet. Når vi vet at kommunene skal ivareta stadig mer av det som tidligere lå til andrelinjetjenesten, og at legevaktene dermed også vil få større utfordringer, er det interessant at Moland (2013) har funnet at arbeid som forutsetter faglig høy kompetanse og løpende faglig virksomhet bør baseres på heltid. Videre at Kvalitet opprettholdes og øker når fagfolk bruker og utvikler sitt fag i stimulerende miljø. Dette er videre en garanti for trygg og faglig pasientbehandling.

6.1.1 Oppsummering om Topp kompetent for et viktig bidrag

Legevaktene er kompetente, men det kan bli vanskelig å rekruttere dyktige fagfolk med den store deltidspromblematikken og det er mulig at det er det som viser seg ved den forholdsvis lave prosenten av spesialsykepleiere i noen legevakter. Legevaktene er helt avhengig av å kunne rekruttere god kompetanse når vi vet hva som ligger foran av utfordringer som skal løses. Ved Bodø legevakt ser vi tendensen til generelt dårlig rekruttering på grunn av at der kun er deltidsstillinger som lyses ut, så det haster å komme i gang med ting som øker stillingene. For å holde seg topp kompetent, må det også trenes og samtrenes da man må være beredt. Oppgavene skal ikke bare løses innad i legevakten, det forventes at vi også skal bidra noe ut med vår kompetanse. Deltid handler om mange ting og vi skal ikke se bort fra at det også kan være frivillig, men som både Moland og de spanske sykepleierne mente, så har det en bakdel i forhold til deltagelse i arbeidsmiljøet og faglig utvikling. Ingstad (2017) skriver: «det handler om forankring i ledelse både lokalt og på toppnivå», og det er vel det aller viktigste for å rekruttere og beholde de beste!

6.2 Fagsykepleier for utvikling av kompetansen

Jeg spør om det er ansatt fagsykepleier og hvilke oppgaver fagsykepleier har. Alle har ansatt fagsykepleier og oppgavene er regnskap, AHLR-instruktør, LAR, overgrepsmottak. Fag- og kvalitetsutvikling, opplæring sykepleierstudenter og nyansatte, administrative, veiledning m.m. Jeg vet fra min egen legevakt at fagsykepleier har mange oppgaver, både administrativt og faglig og spurte som følger: «dersom fagsykepleier har mindre enn 100 % stilling, fungerer da vedkommende som «vanlig sykepleier» i resterende av 100 % stilling?» Der svarte alle utenom en, «ja», og det var fordi høyeste stillingsbrøk hos dem var 80%.

Fagsykepleier har en viktig rolle i å sørge for utvikling og vedlikehold av kompetansen i bedriften og dette er særlig viktig når det er så mange i deltidsstillinger. Det er flere måter å løse opplæringsbehovet på og fagsykepleier må være kreativ for å nå alle med samme budskap på kort tid.

7.0 OPPSUMMERING OG BETRAKTNINGER FOR VIDERE FORSKNING

Jeg har i denne oppgaven stuert følgende problemstilling *Hva fremmer heltidskultur i legevakt og hvilke effekter kan det ha for deler av primærhelsetjenesten?* Jeg har innhentet kvalitative data gjennom telefonsamtaler, spørreundersøkelse og sms til daglig leder ved syv legevakter av samme størrelse eller større enn Bodø legevakt for å finne om det ved noen av disse var gjort smarte grep med tanke på heltidskultur. Jeg har lagt mitt eget arbeidssted Bodø legevakt til grunn for undersøkelsen.

Det første interessante funnet gjorde jeg allerede i litteratursøket, og det var at det ikke er skrevet noe om livet innenfor veggene i en legevakt. Min undersøkelse er svært liten i omfang så funnene blir dermed i småskala. Jeg har en formening om at bedre plass for legevakten i et kommende helsehus, økte oppgaver og endret arbeidstidsordning er det som må til for å få snudd skuta mot heltid og var nysgjerrig på om dette var ting som var prøvd ut i andre legevakter og som vi kunne dra nytte av i Bodø. En av legevaktene i undersøkelsen var lokalisert i helsehus og funn jeg gjorde der, var at verken økte oppgaver eller langvakter på helg hadde skapt heltidskultur. De har det som kalles svak heltidskultur. Det viste seg at alle syv hadde oppgaver utenom vanlig legevaktarbeid, men det hadde ikke skapt noen

heltidskultur, og det var ikke alle av lederne som hadde tenkt at økte oppgaver skulle generere hele stillinger heller. Ingen av de andre legevaktene hadde prøvd ut langvakter på helg. Alle legevaktene hadde svak heltidskultur (under 50 % av sykepleiere hadde heltid). Når jeg satte antallet sykepleiere og spesialsykepleiere opp i tabell, ble det svært synlig om størrelsen på legevakten hadde betydning for antall av sykepleiere. Størrelse på legevakten hadde ikke nevneverdig betydning på antallet sykepleiere/ spesialsykepleiere. Et spennende funn her, var at den største legevakten i undersøkelsen hadde lavest prosent sykepleiere i heltid og lavest prosent av spesialsykepleiere ansatt. Handler dette om kultur og strukturer både ute og innenfor veggene på legevakten? Kommer ikke spesialsykepleierne fordi der er for mye deltid? Vil det bli problematisk å rekruttere fagfolk med så mye deltid? Dette viser seg tydelig ved Bodø legevakt. Sykepleierne takker nei til deltidsstillingene. Det er god kompetanse i legevaktene, men det er ille når det er så lite av den på grunn av deltiden. Det går ut over deltagelsen i arbeidsmiljøet og utviklingen i faget. Med hele stillinger får man brukt kompetansen til best for helsetjenesten i kommunen og vi vil veilede kolleger i hjemmetjenesten pr telefon og muligens dra ut for å bistå, Dersom de fleste hadde hele stillinger, hva kunne vi ikke ha fått til? Heldigvis har alle legevakter fagsykepleier som ivaretar regnskap, AHLR-instruktør, LAR, overgrepsmottak. Fag- og kvalitetsutvikling, opplæring sykepleierstudenter og nyansatte, administrative, veiledning m.m.

Interessant for videre forskning:

Med mitt begrensede datagrunnlag har jeg levert en oppgave som skaper mer undring enn den gir svar og jeg anbefaler videre forskning på området sykepleiere/ heltid/ kompetanse i legevakt. Følgeforskning ved innflytting i helsehus. Det hadde vært interessant å vite hva som ligger til grunn for bemanningen av sykepleiere og spesialsykepleiere i legevaktene.

Jeg har valgt følgende samling av publisert forskning og annen litteratur for problemstillingen jeg vil svare ut i oppgaven:

Abrahamsen, B. (2010). Deltidsarbeid på retur? En sammenlikning av tre kull sykepleiere utdannet i 1977, 1992 og 2003. *Søkelys på arbeidslivet*, 27(01-02), 5-18. Hentet 23. januar 2017

Ammi, M., Ambrose, S., Hogg, B., & Wong, S. (2017). The influence of registered nurses and nurse practitioners on patient experience with primary care: results from the Canadian QUALICO-PC study. *Health Policy*, 121(12), 1215-1224. Hentet 16. oktober 2017

Bang, H. (2013). Organisasjonskultur: en begrepsavklaring. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 50(4), 326-336. Hentet 10. mai 2018

Burke, J., Dolan, R.L., & Fiksenbaum, L. (2014). Part-time versus full-time work: an empirical evidence-based case of nurses in Spain. In *Evidence-based HRM: A Global Forum for Empirical Scholarship* (Vol. 2, No. 2, pp. 176-191). Emerald Group Publishing Limited. Hentet 6. august 2017

Cioffi, J., & Ferguson Am, L. (2009). Team nursing in acute care settings: nurses' experiences. *Contemporary Nurse*, 33(1), 2-12. Hentet 7. mars 2017

Grumbach, K., Bodenheimer, T. (2004) Can health care teams improve primary care practice? (Vol.291(10), pp.1246-1251) Hentet 14. September 2017

Hunskår et al (2014) Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelige hjelp-tilbud i kommunene. Rapport (7:2014) til Akuttutvalget. Hentet 17. mars 2017

http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/8919/Nklm_rapport%207-2014.pdf?sequence=3

Ingstad, K. (2011). Hele og delte sykepleiere. Avhandling for graden philosophiae doctor. NTNU Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet Doktoravhandling for graden philosophiae doctor Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse Institutt for sosiologi og statsvitenskap. Hentet 20. August 2017

Ingstad, K., Amble, N. (2015) Helgearbeid og heltidskultur.

Tidsskriftet Sykepleien 16. januar 2015. Hentet 7. mai 2018. www.sykepleien.no

Ingstad, K. (2016) Turnus som fremmer heltidskultur. Gyldendal 2016. Hentet 8. mai 2018

Ingstad og Amble (2018) Vi må få en heltidskultur i helse- og omsorgssektoren

Aftenposten.no 25. januar (2018) Hentet 6. mai 2018

<https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/6nkEWr/Shopping-som-substitutt-for-darlig-organisert-arbeid-i-helsesektoren--Kari-Ingstad-og-Nina-Amble>

Jamieson, L.N., Williams, L.M., Lauder, W., Dwyer, T. (2008) Nurses' motivators to work part-time. Collegian Vol 14 (2) 2007. Hentet 15. januar 2018

Johannessen, A., Christoffersen, L., Tufte P.A. (2011) Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag. 3. utg. Hentet november 2015

Kvande, E., Brandt, B. (2005) Fedres valgfrihet og arbeidslivets tidskulturer.

Universitetsforlaget tidsskrift for samfunnsforskning vol 46 (1), 35–54. Hentet 4. juni 2017

Laurant, M., Harmsen, M., Wollersheim, H., Grol, R., Faber, M., Sibbald, B. (2009) The Impact of nonphysician clinicians, do they improve the quality and cost-effectiveness of health care services? Vol 66 (6) 365-895. Hentet 15. januar 2018

Lund Ellen C. (2012:125-130) Virke og profesjon. NSF gjennom 100 år 1912-2012

Moland L. E. og Bråthen (2012) Hvordan kan kommunene tilby flere heltidsstillinger.

Fafo-rapport (2012:14) Hentet 3. februar 2017

Moland L. E. (2013). Heltid-deltid – en kunnskapsstatus. Begrunnelser og tiltak for å redusere omfanget av deltid og organisere for heltidsansettelser.

Fafo-rapport (2013:27) Hentet 3. februar 2017

Moland L. E. (2015) Større stillinger og bedre drift. Evaluering av programmet Ufrivillig deltid. Fafo-rapport (2015:25) Hentet 3. november 2018

Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen (2015)

Sluttrapport. Hentet 3.mai 2018

[https://www.regjeringen.no/contentassets/83a1403c437249409e4fe3fcfe3f9ab4/sluttrappo
rt_nasjonaltnettverk_samhandlingsreformen.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/83a1403c437249409e4fe3fcfe3f9ab4/sluttrappo
rt_nasjonaltnettverk_samhandlingsreformen.pdf)

Nicolaisen, H. (2013) Løsninger på deltidsutfordringen – ingen «quick fix». Søkelys på arbeidslivet, 2013, Vol. 30, nr. 1/2, pp.151-157. Hentet 18. oktober 2017

Schein (2010) Organizational Culture and Leadership. Utgave 4th ed.

Hentet 18. September 2018

Schein, E. H., Schein, P. (2015) Organizational culture and leadership. Kargas, A.D. ; Varoutas, D. Cogent Business and Management, 31 December 2015, Vol.2(1). Hentet 18. september 2018

Sewell, W. H., Jr (1992) A Theory of Structure: Duality, Agency, and Transformation

American Journal of Sociology, 98(01), 1-29. Hentet 20. oktober 2018

Wagner, E., H. (2000) The role of patient care teams in chronic disease management

Bmj-British Medical Journal, 2000 Feb 26, Vol.320(7234), pp.569-572. Hentet 25. november 2018

Weber, K., Glynn, M., A. (2006) *Making Sense with Institutions: Context, Thought and Action*

in Karl Weick's Theory. Organization Studies, Vol.27(11), pp.1639-1660. Hentet 9. Mai.2018

Annet:

Akuttmedisinforskriften (2015) Hentet 12. april 2017

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/akuttmedisinforskriften/id2409330/>

Akuttutvalget (2015) *Først og fremst*. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus. NOU (2015:17) Hentet 17. Mars 2017

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-17/id2465765/>

Avisa Nordland 19. april (2018:7) Representanter til arbeidsgruppe for Helsehuset

Avisa Nordland 2. juni (2018:6–7) Oppfølgingsartikkel, et steg videre.

Avisa Nordland 25. august (2018:8) Leger krever at fastlegeordningen rigges om.

Avisa Nordland 27. august (2018:8) Bent Høie avviser at han ikke tar fastlegekrisen på alvor.

Deltidsutvalget (2004) *Kan flere jobbe mer?* Deltid og undersyssetning i norsk arbeidsliv.

NOU (2004: 29) Hentet 15. mars 2017

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2004-29/id389495/>

doktorinord.no 20. april 2018

<https://doktorinord.no/nyheter/storsatsing-pa-legetjenestene-i-bodo> Hentet 1. mai 2018

Fastlegeforskriften (2013) Veileder og kommentarutgave, Den norske legeforening.

Hentet 3. februar 2018

<http://legeforeningen.no/PageFiles/131649/Fastlegeforskriften%202013.pdf>

Folkehelseinstituttet (2017) *Helse i innvandrerbefolkningen*. Hentet 3. mai 2018

<https://fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-i-innvandrerbefolkningen/>

Helsedirektoratet (5. september 2018) Primærhelseteam i Norge, pilotprosjekter

Hentet 28. september 2018

<https://helsedirektoratet.no/primerhelseteam-pilotprosjekt>

Helse- og omsorgstjenesteloven, (LOV-2011-06-24-30) Hentet 23. februar 2017

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_6

Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2016. Hentet 23.

februar 2017

http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/12957/Legevaktorganisering%20i%20Norge2016_endelig%20version_rev_febr2017_Marie.pdf?sequence=5

Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS) Rapport nr. 3-2014

Hentet 5. april 2018

<https://www.regjeringen.no/contentassets/477c27aa89d645e09ece350eaf93fedf/no/sved/03.pdf>

Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen (2015) Hentet 5. april 2018

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rad-for-vegen-videre/id2470588/>

Plan for legetjenesten (2018-2021) (Bodø kommune)

Publisert 8. januar 2018. Hentet 16. april 2018

<http://bodo.kommune.no/getfile.php/Kurs/Scrap/Vibeke/Billedgalleri/Plan%20for%20legetjenesten%202018-2021%20-%20vedtatt.pdf>

Planprogram Helse-, omsorgs- og sosialplan (2018-2027) (Bodø kommune)

Hentet 5. desember 2017

<http://bodo.kommune.no/kommunedelplan-for-helse-omsorg-og-sosial/category10573.html>

Primærhelseteam i Norge 2018

<https://sykepleien.no/2018/04/hoie-sykepleiere-skal-gjore-fastlegeoppgaver>

Saksfremlegg 25.3.15 til Bodø Formannskap, Helse- og omsorgsavdelingen. Status på tiltak.

Hentet 3. Mars 2017

<http://einnsyn.bodo.kommune.no/eInnsyn/DmbHandling/ShowDmbHandlingDocument?dmblId=7886&caseType=CasesFremlegg®istryEntryId=418903>

Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak Nasjonal veileder

<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>

St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Hentet 11. april 2017

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

St. meld. nr. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste*. Hentet 11. april 2017

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>

St. meld. nr.11 (2015-2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019*.

Hentet 11. april 2017

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/sec1>

Sykepleien.no (juni 2016) om sykepleier poliklinikk i Finland. Hentet 18. april 2018

<https://sykepleien.no/forskning/2016/06/kommunehelsetjenesten-i-finlandno>

Vg.no 1.september 2017. Hentet 1. mai 2018

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/wWnmd/fastlegeordningen-ane-emaus-43-sier-opp-fastlegejobben-umulig-aa-kombinere-med-et-vanlig-liv>

VEDLEGG

Vedlegg 1 Informasjons- og samtykkebrev

Vedlegg 2 Intervjuguide

Vedlegg 3 Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

VEDLEGG 1

Informasjonsbrev til informanter

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Bakgrunn og formål

Jeg gjennomfører et mastergradsstudium ved Nord Universitet i Bodø. Det er et samlingsbasert deltidsstudium som jeg tar ved siden av jobben som sykepleier ved Bodø Legevakt og jeg holder nå på med den avsluttende masteroppgaven, som skal leveres innen 25.5.18.

Oppgaven handler om Bodø Legevakt og hvordan en heltidskultur vil være en fordel for kommunehelsetjenesten.

Bodø Legevakt har vokst ut av nåværende lokaler og politikerne har begynt å diskutere Helsehus hvor alle kommunens akuttfunksjoner skal inn, også legevakta. Bodø Legevakt er mitt eget arbeidssted og vi er 35 sykepleiere/ spesialsykepleiere (50/50) hvor kun 4 har hele stillinger. Formålet med studiet er å finne ut hvordan endringer i legevaktsykepleiernes arbeidsområder i det fremtidige helsehuset vil medføre hele stillinger, og hvordan dette vil bidra til ivaretagelse av kommunens prehospitale ansvar.

Jeg ønsker å finne ut om sykepleierne ved til sammen 7 større legevakter i Norge har oppgaver som genererer hele stillinger. Dette gjelder legevakter både i og utenfor Helsehus. Som daglig leder for en stor legevakt er du i målgruppen for min undersøkelse

Hva innebærer deltakelse i studien?

Din deltakelse innebærer besvarelse av en skriftlig spørreundersøkelse. Spørsmålene omhandler din legevakt med sykepleiernes oppgaver i- og evt. utenfor legevakta, relatert til stillingsstørrelse. Jeg anslår at det vil ta ca 30 min. å besvare undersøkelsen.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet strengt konfidensielt og det vil ikke kunne gjenkjennes enkeltpersoner i det ferdige dokumentet. Prosjektet skal etter planen avsluttes 25. mai 2018. Etter denne dato vil alt materiale som kan spores til bedriften, makuleres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Min veileder på masteroppgaven er Lars Kolvereid, professor ved Nord Universitet, Handelshøgskolen.

Dersom du har spørsmål til studien, eller ønsker ytterligere informasjon, kan jeg kontaktes på e-post eller telefon som oppgitt nedenfor.

Vennlig hilsen
Laila Wilhelmsen, sykepleier ved Bodø Legevakt

E-post: lailawil2@gmail.com Tlf: 994 76 987

Jeg håper du vil delta i min undersøkelse og jeg vil da ha behov for ditt skriftlige samtykke. Samtykket kan sendes meg på e-post.

Samtykke til deltakelse i studien

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

Signatur

Dato

VEDLEGG 2

Spørreskjema om sykepleiere i legevakt/ helsehus

I St. mld. 26: Primærhelsemeldingen, beskrives at et første skritt for å gjøre tjenestene mer helhetlige for brukerne, er samlokalisering av tjenester og personell. Dette legger til rette for bedre samhandling mellom de ulike personellgruppene og det har i mange studier vist seg at fysisk nærhet bedrer kommunikasjon og samhandling. I framtiden er det sannsynlig at flere kommuner etablerer lokalmedisinske sentre der lege- og sykepleieressurser utnyttes til å dekke flere tjenester. Betegnelsen «Helsehus» er i denne sammenheng det samme som «Lokalmedisinsk senter» og andre benevnelser for samlokalisering av helsetjenester m.m.

Forskningsspørsmål	Intervju spørsmål
1. Hvilke virkemidler kan benyttes for utvikling av heltidskultur ved Bodø Legevakt?	1.1 Er din legevakt lokalisert i helsehus? 1.2 Utfører sykepleierne oppgaver utover de faste legevaktoppavene, og i så fall hvilke? 1.2 Har tanken bak økte oppgaver vært å generere hele stillinger til sykepleierne? 1.3 Er det gjort endringer i turnusordningen som muliggjør hele stillinger? 1.4 Hvor mange av sykepleierne utenom ledelsen, har 100% stilling?
2. Hvordan kan heltidskultur i en kompetansebedrift som legevakten bidra til bedre ivaretagelse av kommunens helsetjenester?	2.1 Hvor mange sykepleiere er ansatt i din legevakt? 2.2 Hvor mange av sykepleierne har spesialutdanning og hvilke spesialutdanninger har de? 2.3 Har du ansatt fagsykepleier og hvilke oppgaver har fagsykepleier? 2.4 Gjennomføres det regelmessige øvelser i samarbeid og samhandling med øvrige akuttmedisinske tjenester og nødetater? 2.5 Dersom fagsykepleier har mindre enn 100 % stilling, fungerer da vedkommende som «vanlig sykepleier» i resterende av 100 % stilling?

VEDLEGG 3



Lars Kolvereid
Postboks 1490
8049 BODØ

Vår dato: 29.11.2017
Deres ref:

Vår ref: 57382 / 3 / L AR

Deres dato:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.11.2017.
Meldingen gjelder prosjektet:

57382	Hvordan kan heltidskultur ved Bodø Legevakt bidra til at Bodø kommune ivaretar sitt prehospitalt ansvar?
Behandlingsansvarlig	Nord universitet, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Lars Kolvereid
Student	Laila Wilhelmsen

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- Nord universitet sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at Nord universitet er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileders) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt Ved prosjektslutt 25.05.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

H vis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren
Lasse André Raa

Kontaktperson: Lasse André Raa tlf: 55 58 20 59 / Lasse.Raa@nsd.no