

Kvalitetssikring av ambulansarbeideres yrkesutøvelse

Carl Robert Christiansen



Masteroppgave i pedagogikk

Institutt for pedagogikk
Det utdanningsvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2016

Sammendrag av masteroppgaven

| | |
|--|-----------------------------|
| Tittel Kvalitetssikring av ambulansarbeideres yrkesutøvelse | |
| Av Carl Robert Christiansen | |
| Eksamen Master i pedagogikk – Kunnskap, utdanning og læring, med spesialisering i læring, teknologi og arbeid | Semester Vår 2016 |
| Stikkord Kvalitetssikring, kompetanse, standardisering, testing, skjønn, autonomi, handlingsrom, læring, ansvar, profesjon, ambulanse | |

© Carl Robert Christiansen

2016

Kvalitetssikring av ambulansarbeideres yrkesutøvelse

Carl Robert Christiansen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

"For every complex problem there is a solution that is concise, clear, simple, and wrong."

- H.L. Mencken (1880 - 1956)

Sammendrag

Dette er en masteroppgave i pedagogikk som ser på forholdet mellom ambulansearbeideres yrkesutøvelse og arbeidsgiverorganisasjonenes ønske om å kvalitetssikre denne utøvelsen.

Problemstillingen er *Hvordan kvalitetssikres yrkesutøvelsen hos medarbeidere i ambulansetjenesten?*

Med et profesjonsteoretisk utgangspunkt søkes det å belyse kvalitetssikring hos ambulansearbeideres yrkesutøvelse gjennom de fire dimensjonene *kompetanse, godkjenningsordninger, standardisering og skjønnsutøvelse*. Hensikten med oppgaven er primært deskriptiv, å kartlegge hvordan kvalitetssikringspraksisen i norske ambulansetjenester faktisk er. Når praksisen først er avdekket, gir dette muligheter for nye undersøkelser for å se på de faktiske effektene av ulike mekanismer for kvalitetssikring.

Dataene er innhentet gjennom kvalitative intervjuer med faglige ledere ved 12 av Norges 17 ambulansetjenester. Intervjuene har vært semi-strukturerte og gjennomført per telefon. Databearbeidelsen er gjort ved å kategorisere til oppgavens fire analytiske hoveddimensjoner, før dataene har vært gjenstand for analyse. Undersøkelsen er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Funnene viser at alle undersøkte ambulansetjenester driver med kvalitetssikring av yrkesutøvelsen hos sine medarbeidere, og at de bruker varierte virkemidler i dette arbeidet. Blant annet gir tilnærmet alle ambulansetjenester tilleggsopplæring til medarbeiderne før de kan gå ut i arbeid. Halvparten forklarer dette med utilstrekkelighet i grunnutdanningen. I tillegg til dette er det ikke mulig å jobbe i ambulansetjenesten uten først å bli testet, og slik bli innrullert i en lokal godkjenningsordning for yrkesutøvelse. Kombinasjonen av formell kompetanse og godkjenningsordning bruker ambulansetjenestene for å sortere medarbeiderne i hierarkiske jobbroller. Nivåinndelingen brukes for å styre medarbeidernes ansvar og handlingsrom. Hva de har lov til og ikke lov til å gjøre. Bruken av differensierte jobbroller er utbredt, men definisjonen av, og innholdet i dem, er høyst forskjellig rundt om i landet. Dette gjør at ambulansetjenestene fremstår høyst ulike i hvordan de organiserer seg med hensyn til kompetanse, kvalitetssikring og medarbeidernes autonome handlingsrom. Selv om standardisering gjøres i alle ambulansetjenester, så er synet på standardene motsetningsfylte. Mens noen utøver sterk kontroll over yrkesutøvelsen gjennom et prosedyrisk syn på standardene, vektlegger andre virkelighetens uforutsigbarhet. Derfor utformer de standardene

med en mer retningsgivende karakter og forventer at medarbeiderne også utviser selvstendig dømmekraft. Standardisering baserer seg på en beslutningsmodell hvor tenkingen er en skjematisk og logisk analyseprosess som kalles for system 2-tenkning. Derimot hevdes det at fagfolk som oftest ikke bruker en slik beslutningsprosess, men hovedsakelig gjør raske og intuitive valg basert på mønstergjenkjenning. Dette er kjent som system 1-tenkning. Konkret tilbakemelding på arbeidsresultatet, altså om situasjonsforståelsen og beslutningene var riktige, er en viktig måte å bedre system 1-tenkningen. Ingen ambulansetjenester gir systematisk tilbakemelding til medarbeiderne på deres arbeidsutførelse. Dette til tross for at lovgiver har endret taushetspliktsbestemmelsene i Helsepersonelloven nettopp for at ambulansemedarbeidere skal kunne lære av sine undersøkelser og vurderinger.

Denne masteroppgaven støtter seg på et teoretisk underlag hentet fra det profesjonsteoretiske domenet. For å vurdere om et profesjonsteoretisk perspektiv er legitimt analyseres offentlige dokumenter, funn i eget datamateriale og en annen masteroppgave som ser på profesjonalisering av ambulansesyret. Det tilhører ikke denne oppgaven å vurdere hvorvidt ambulansesyret er, eller i hvilken grad den er, en profesjon. Derimot viser materialet at ambulansesyret i hvert fall bærer en rekke karaktertrekk som tilhører profesjonene. Innenfor profesjoners performative aspekter berører ambulansesyret flere av sidene, slik som ytelsen av problemløsende tjenester overfor pasienter som er underlagt normative krav. I arbeidet brukes det systematisert kunnskap på enkelttilfeller, hvor det er usikkerhet om utfallet. Også innenfor profesjoners organisatoriske sider har ambulansesyret flere trekk, slik som et delvis arbeidsmonopol, politisk konstituering og et institusjonelt imperativ. Det virker som en manglende profesjonell autonomi, men i flere sammenhenger en tydelig klinisk autonomi.

To overgripende spørsmål gjenstår. For der første i hvilken grad hvert enkelt virkemiddel innenfor områdene *kompetanse, godkjenningsordninger, standardisering og regulering av skjønnsutøvelse* faktisk fører til reell kvalitetssikring. Det andre spørsmålet er i hvilken grad det er en indre sammenheng mellom de ulike metodene hver enkelt ambulansetjeneste bruker i kvalitetssikringsarbeidet, eller om det foreligger en inkonsistens. Er det for eksempel en sammenheng mellom den formelle kompetansen som kreves av medarbeiderne og utformingen av standardene som brukes? Denne undersøkelsen tegner et kart over det omfattende kvalitetssikringsarbeidet som drives av ambulansetjenestene, men det er behov for mer spesifikke undersøkelser for å avdekke nyansene i dette kvalitetssikringsarbeidet.

Forord

Karrieremessig har jeg plantet føttene mine godt inn i to domener, helse og pedagogikk. På den ene siden jobber jeg som paramedic og gleder meg til hvert eneste skift på ambulanse. Når jeg suser rundt med flotte kolleger og møter pasienter når de trenger hjelpen som mest, da har jeg det vanligvis aller best. På den andre siden jobber jeg med opplæring og fagutvikling i Ambulanseavdelingen ved Oslo Universitetssykehus HF og med bachelorutdanningen i prehospitalt arbeid – paramedic ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Å få lov til å ta en mastergrad ved siden av så spennende jobber har vært utrolig krevende, samtidig som det har vært enormt givende. Det jeg har tilegnet meg gjennom utdanningen har hele veien hatt direkte relevans og påvirkning på mitt arbeid.

Ida Katrine Riksaasen Hatlevik, du har vært en tålmodig veileder som virkelig har forstått hva slags tilbakemeldinger jeg har trengt. Du har lagt lista høyt, vært positiv og gitt konkrete og konstruktive tilbakemeldinger. Jeg har lært masse av deg. Takk for hjelpen.

Fulltids jobb og studier i to år er faktisk ikke mulig. En spesiell takk til Jon Våge, Morten Steffensen, Bjørn Tore Kaasa, Thor Sundby, Dag Andresen, Roger Bakke og Ola Borstad ved Oslo Universitetssykehus HF. Uten tilrettelegging, fleksibilitet, oppmuntring og støtte ville dette aldri gått. Takk for at dere har gjort det umulige mulig.

Til dere som står meg aller nærmest; min kjæreste, mine foreldre og søsken, og mine venner. Jeg vil nok aldri fullt ut forstå hvordan dere har hatt det når jeg har fordypet meg som mest i jobb og utdanning. Dere vil kanskje heller aldri helt forstå hvor mye denne prosessen har betydd for meg. Til mine aller nærmeste: Takk for tålmodigheten og støtten gjennom studietiden. Jeg ville aldri klart dette uten dere.

Oslo, mai 2016

Carl Robert Christiansen

Innholdsfortegnelse

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | INNLEDNING | 1 |
| 1.1 | Formål og problemstilling | 2 |
| 1.2 | Oppbygging og struktur..... | 3 |
| 2 | AMBULANSETJENESTE SOM CASE-STUDIUM, EN BEGRUNNELSE | 4 |
| 2.1 | Historisk blick: Fra sjåfør til paramedic..... | 4 |
| 2.1.1 | Et blick til siden; utviklingen i USA og Storbritannia..... | 8 |
| 2.2 | En ambulansesarbeiders arbeidsdomene..... | 9 |
| 2.3 | Kvalitetssikring gjennom kursing og testing..... | 9 |
| 2.3.1 | Et norsk blick til siden; re-sertifisering i andre profesjoner..... | 10 |
| 2.3.2 | Et utenlandsk blick til siden; re-sertifisering i USA og Storbritannia | 10 |
| 3 | TEORETISK RAMME | 12 |
| 3.1 | Kvalitet og kvalitetssikring..... | 13 |
| 3.2 | Profesjon og kompetanse..... | 14 |
| 3.2.1 | Hva er en profesjon? | 14 |
| 3.2.2 | Hva er kompetanse? | 16 |
| 3.3 | Godkjenningsordning og sertifisering..... | 18 |
| 3.4 | Standardisering..... | 20 |
| 3.4.1 | Hva er standardisering? | 20 |
| 3.4.1 | Konfliktlinje 1: Kontroll over arbeidet..... | 21 |
| 3.4.2 | Konfliktlinje 2: Profesjonens status og autonomi | 21 |
| 3.4.3 | Konfliktlinje 3: Individuelle behov | 22 |
| 3.4.4 | En standard er ikke nødvendigvis en standard..... | 23 |
| 3.5 | Profesjonsutøvelse og skjønn | 23 |
| 3.5.1 | Ulike syn på skjønn..... | 23 |
| 3.5.2 | Normative krav til skjønnsutøvelse..... | 26 |
| 3.5.3 | Regulering av skjønn..... | 27 |
| 3.6 | Hva betyr alt dette for undersøkelsen og drøftingen?..... | 29 |
| 4 | METODISKE VURDERINGER | 30 |
| 4.1 | Metodologiske aspekter..... | 30 |
| 4.1.1 | Kvalitativ forskning som har kvantitative sider | 30 |

| | | |
|-------|--|----|
| 4.2 | Forskningsdesign og –prosess | 31 |
| 4.2.1 | Populasjon, utvalg og informanter som deltok..... | 31 |
| 4.2.2 | Utvikling av intervjuguide | 32 |
| 4.2.3 | Datainnsamling..... | 34 |
| 4.2.4 | Bearbeiding av data..... | 35 |
| 4.3 | Vurdering av kvalitet | 35 |
| 4.3.1 | Validitet..... | 35 |
| 4.3.2 | Ytre validitet eller generalisering..... | 38 |
| 4.3.3 | Reliabilitet..... | 39 |
| 4.3.4 | Forskningsetiske aspekter | 40 |
| 4.3.5 | Forskeren og temaet | 41 |
| 4.4 | Fra metode til resultater | 42 |
| 5 | KOMPETANSE SOM KVALITETSSIKRING | 43 |
| 5.1 | Hva kreves for fast ansettelse i ambulansetjenesten?..... | 43 |
| 5.1.1 | Kan andre jobbe i ambulansetjenesten? | 44 |
| 5.2 | Tilleggsopplæring..... | 45 |
| 5.2.1 | Hvorfor tilleggsopplæring? | 46 |
| 5.3 | Kompetanse som kvalitetssikring..... | 47 |
| 5.4 | Oppsummering om kompetanse som kvalitetssikring..... | 48 |
| 6 | SIKRING AV KOMPETANSE | 49 |
| 6.1 | Et hierarki av roller..... | 49 |
| 6.1.1 | Godkjenningsordning som nøkkel til jobbrolle og arbeidstillatelse..... | 51 |
| 6.1.2 | Kompetanse som nøkkel til jobbrolle..... | 53 |
| 6.2 | Hvorfor dele inn i roller? | 54 |
| 6.2.1 | Diskusjoner om nivå-inndeling | 55 |
| 6.3 | Godkjenningsmetoder som kvalitetssikring | 56 |
| 6.3.1 | Det er ikke mulig å arbeide uten å bli jevnlig testet..... | 56 |
| 6.3.2 | Læring eller ansvars plassering? Godkjenningenes ulike motiver..... | 57 |
| 6.3.3 | Reell kvalitetssikring er også et spørsmål om hva det er som testes..... | 57 |
| 6.4 | Erfaringslæring som kilde til kompetansesikring..... | 58 |
| 6.5 | Oppsummering om jobbroller og sikring av kompetanse | 59 |

| | | |
|-------|--|----|
| 7 | STANDARDER SOM KVALITETSSIKRING | 60 |
| 7.1 | Standardisering i ambulansetjenesten..... | 60 |
| 7.1.1 | Prosedyre eller retningslinje? Forventninger om etterlevelse | 60 |
| 7.1.2 | Standardenes variasjon i omfang og detaljgrad..... | 61 |
| 7.1.3 | Begrunnelser for standardenes utforming | 62 |
| 7.1.4 | Hvorfor brukes standarder? | 64 |
| 7.2 | Standardisering som kvalitetssikring..... | 64 |
| 7.2.1 | Kontroll over arbeidet | 65 |
| 7.2.2 | Profesjonens status og autonomi..... | 65 |
| 7.2.3 | Individuelle behov..... | 65 |
| 7.3 | Oppsummering om bruken av standardisering..... | 65 |
| 8 | KVALITETSSIKRING AV SKJØNNSUTØVELSE..... | 67 |
| 8.1 | Jobbroller og handlingsrom..... | 67 |
| 8.1.1 | Regulering av handlingsrommet | 67 |
| 8.2 | Perspektiver på kvalitetssikring av skjønnsutøvelse | 69 |
| 8.2.1 | Skjønn som strukturell kategori | 69 |
| 8.2.2 | Skjønn som epistemisk kategori..... | 70 |
| 8.3 | Oppsummering om regulering av skjønnsutøvelse | 72 |
| 9 | AVSLUTTENDE REFLEKSJONER | 73 |
| 9.1 | Fra sjåfør til profesjonsutøver?..... | 73 |
| 9.1.1 | Ambulanseyrkets organisatoriske aspekter | 74 |
| 9.1.2 | Ambulanseyrkets performative aspekter..... | 75 |
| 9.2 | Hva er forholdet mellom profesjonell kompetanse og utøvelse av ambulansesyret?75 | |
| 9.3 | Hovedfunn og behov for videre studier | 76 |
| 9.4 | Avslutning | 79 |
| | LITTERATURLISTE | 80 |
| | VEDLEGG | 84 |

Figurer og tabeller

| | |
|--|----|
| Illustrasjon 1. Opptegning av dagens to ulike utdanningsløp for paramediser | 6 |
| Tabell 1. Viktigste historiske epoker i ambulansetjenestens utvikling | 7 |
| Illustrasjon 2. Profesjoners organisatoriske og performative sider | 15 |
| Illustrasjon 3. Modell som viser den skjønsmessige beslutningsprosessen | 24 |
| Illustrasjon 4. Hvordan Kirkebøens syn på skjønn kan tegnes opp som en modell | 25 |
| Illustrasjon 5. Eksempler på intervju spørsmål | 34 |
| Tabell 2. Helsefaglig kompetanse som kreves for å jobbe som vikar i ambulansetjenesten ... | 45 |
| Tabell 3. Krav til opplæring utover grunnutdanningen | 46 |
| Tabell 4. Oversikt over nivåer og jobbroller i ambulansetjenestene | 50 |
| Tabell 5. Eksempler på hvordan nivåer brukes for å skille jobbroller og handlingsrom | 50 |
| Tabell 6. Ulik organisering mht. antall nivåer i jobbrolle-hierarkiet | 51 |
| Tabell 7. Oversikt over godkjenning metode for jobbrolle | 51 |
| Illustrasjon 6. Stereotypene standard som retningslinje og standard som prosedyre | 60 |
| Illustrasjon 7. Lav og høy detaljgrad i standardenes utforming | 61 |
| Illustrasjon 8. Ambulansetjenestenes fordeling mht. til utforming av standardene | 62 |

1 INNLEDNING

Spenningen mellom profesjoner og byråkrati er et velkjent tema i profesjonsteorien. Profesjonsutøvelsen foregår i økende grad innenfor arbeidsorganisasjoner som har egne formål og regler. Profesjonsutøvere må forholde seg til profesjonens egne krav om forsvarlig yrkesutøvelse, samtidig som de må forholde seg til arbeidsorganisasjonens regler (Grimen & Molander, 2008, s. 16). Dette er en masteroppgave i pedagogikk som ser på yrkesutøvelse gjennom fenomenet kvalitetssikring. Mer spesifikt så sees det på hvordan ulike metoder for kvalitetssikring av yrkesutøvelse som benyttes av ambulansetjenester i Norge, slik som for eksempel retningslinjer og kunnskapstester.

Kvalitetssikring er et aktuelt tema. Oslos fylkesleder i Norsk Sykepleierforbund ytrer at det er viktig å sikre sykepleiernes kompetanse. Hun mener derfor det er en god idé med regelmessig resertifisering. Debatten kommer opp etter at britiske sykepleiere nå innfører resertifisering hvert tredje år. I England kommer dette som en konsekvens av skandaler og den reduserte tilliten som har oppstått i befolkningen (Morland, 2015a, 2015b). Norske allmennleger er den eneste legegruppen som i dag har obligatorisk resertifisering, men også i Legeforeningen diskuteres om dette er noe alle legespesialister burde gjøre (Johannessen, 2012). Helsetilsynet har nylig avsluttet et tilsyn ved en ambulansetjeneste hvor de hadde som formål å undersøke om de gjennom systematisk styring klarte å sikre en forsvarlig tjeneste. Ikke bare satte de fokus på kompetanse, personellets handlingsrom og internkontrollsystemer. De understreket at ansvaret for kvaliteten ligger hos ledelsen. De stadfester at dette er spesielt viktig for ambulansearbeidere fordi de ikke har et støtteapparat rundt seg når de jobber, slik andre helsearbeidere har inne på sykehus (Helsetilsynet, 2015).

Ambulanseyrket er et ungt yrke i rask bevegelse på en vei mot det som ligner en profesjon. Opplæringen var opprinnelig basert på kurs. Regelmessig testing og tildeling av et godkjent for arbeid-stempel har vært vanlig. Selv om arbeidet i stor grad har vært styrt av retningslinjer, så har ambulansearbeidere også et selvstendig handlingsrom. I dag har ambulanseyrket en formalisert utdanning og en offentlig autorisasjon. Det forventes både teoretisk innsikt og praktisk håndlag. Til tross for overgangen til formalisert utdanning, er det fortsatt en yrkeskulturell tiltro til at sterk etterlevelse av retningslinjer og regelmessige kompetansetester forhindrer feil i yrkesutøvelsen og øker kvaliteten.

Debattene om kvalitetssikring hos Sykepleierforbundet og Legeforeningen, samt Helsetilsynets formål med sin tilsynsvirksomhet, viser at dette er et aktuelt tema. Ambulanseyrkets raske utvikling og endring viser at det er relevant å belyse dette hos dem.

1.1 FORMÅL OG PROBLEMSTILLING

Formålet med masteroppgaven er å forstå kvalitetssikringsarbeidet i ambulansetjenestene ved å se på kompetansekrav, godkjenningsordninger, standarder og sikring av yrkesutøvelsen. Forholdet mellom standarder, skjønn og profesjonsutøvelse er et mye diskutert problemfelt i profesjonsteorien. Hvordan arter dette seg i dagens ambulansetjenester? Det er også interessant å belyse testing av kompetanse som en indikator på god yrkesutøvelse.

Terum og Molander viser til hvordan profesjonsstudier kan innta ulike perspektiver. Fokus på mikro- og makronivå, med deskriptive og normative formål, og med interne eller eksterne perspektiver (Grimen & Molander, 2008, s. 24-25). Her holdes det både et mikro- og makrofokus fordi det sees på profesjonsutøveres handlinger i relasjon til deres kompetanse (mikronivå), samtidig som det sees på hvordan dette er i relasjon til kontrollen over yrkesgruppen (makronivå). Formålet er primært deskriptivt, jeg ønsker å forstå hvordan profesjonelle handlinger interagerer med systemnivået. Begrunnelsen for et deskriptivt fokus er at det finnes lite forskning på ambulansetjenesten i et yrkesperspektiv. Derfor er det et behov for å beskrive dagens praksis. Selv om formålet er deskriptivt, så ønsker jeg å drøfte temaet opp mot annen relevant kunnskap på området. Med utgangspunkt i formålet har jeg definert følgende problemstilling:

Hvordan kvalitetssikres yrkesutøvelsen hos medarbeidere i ambulansetjenesten?

Denne problemstillingen søker jeg å besvares gjennom disse tre forskningsspørsmålene:

1. Hvilke kvalifikasjoner kreves for å arbeide i ambulansetjenesten?
2. Hvilke virkemidler benytter organisasjonene for å sikre medarbeidernes faktiske kompetanse?
3. Hvordan bruker organisasjonene standardisering og skjønn for å kvalitetssikre arbeidsutførelsen?

1.2 OPPBYGGING OG STRUKTUR

Denne masteroppgaven består av i alt ni kapitler. I denne anledningen vil jeg i kapittel to begynne med å introdusere ambulansetjenesten som et case. Dette gjør jeg for at du som leser skal forstå hva som er gjenstand for undersøkelse. Presentasjonen vil starte med den historiske utviklingen for å vise hvordan endringene de siste hundre årene er del av bildet for hvorfor dagens praksis er slik den er. For å skape oversikt vil jeg kort fortelle om hva ambulansarbeid innebærer og skisse opp hvordan jeg forstår dagens praksis med kursing, testing og kvalitetssikring. Det er sistnevnte som er fokus for dypere undersøkelse. Denne introduksjonen skal gi deg som leser et helhetlig bilde av ambulansetjenesten idag. Den videre undersøkelsen og drøftingen håper jeg vil korrigere, utdype og nyansere denne forståelsen.

Forskningsspørsmålene vil jeg analysere og drøfte gjennom dimensjonene kompetanse, godkjenningsordninger, standardisering og skjønnsutøvelse. Derfor vil jeg presentere relevant kunnskap og forskning innen disse feltene i kapittel tre, som utgjør den teoretiske rammen.

I kapittel fire vil jeg redegjøre for den kvalitative metoden, forskningsprosessen og de valgene jeg har gjort. I de påfølgende kapitlene vil jeg presentere og analysere funnene. Jeg har valgt å organisere etter de fire dimensjonene kompetanse, godkjenningsordninger, standardisering og skjønnsutøvelse, som får hvert sitt kapittel. I kapittel fem om kompetanse ser jeg på kompetansekravene for å arbeide i ambulansetjenesten. Dette følges opp i det sjette kapitlet som omhandler godkjenningsordninger og hvordan kompetansen kvalitetssikres i ambulansetjenestene. Det syvende kapitlet tar for seg standardisering som fenomen og hvordan det er forskjeller i både utformingen av, og synet på, standarder. Kapittel åtte omhandler den siste dimensjonen som skjønnsutøvelse og hvordan denne reguleres. Drøftingen har jeg valgt å gjøre fortløpende med gjennomgangen av funnene. Når jeg først har valgt ut fire så tydelige dimensjoner å presentere funnene i, mener jeg det gir en ryddig fremstilling å gjøre drøftingen samtidig.

Avslutningsvis vil jeg i det niende kapitlet fremheve de viktigste oppdagelsene. Her drøfter jeg hvorfor profesjonsteori er et legitimt teoretisk utgangspunkt i analysen av ambulansyrket. Videre viser hvordan de fire dimensjonene står i et gjensidig påvirkningsforhold til hverandre, og hvordan ambulansetjenestene må ta høyde for dette i kvalitetssikringsarbeidet deres. På bakgrunn av dette skisserer jeg behov for videre forskning for å belyse temafeltet.

2 AMBULANSETJENESTE SOM CASE-STUDIUM, EN BEGRUNNELSE

Denne oppgaven tar utgangspunkt i ambulansetjenesten i Norge som kasuistikk. Ambulansetjenesten er interessant fordi yrket har en relativt kort historie, med en reise fra ingen utdanning i en bane med retning mot profesjon. Til tross for en historisk sett kort utdanning har arbeidet vært preget av autonomi. Det er også et yrke hvor årlige godkjenninger basert på interne kurs og tester nærmest er en industristandard. For å sette saksfeltet i perspektiv vil jeg her komme med en kort redegjørelse for de historiske utviklingstrekkene i ambulansetjenesten. Fokuset vil ligge på utviklingen av utdanning og rolle. Deretter vil jeg fortelle litt om hva ambulansarbeid i dag innebærer. Til slutt vil jeg mer spesifikt fortelle litt om praksisen med kvalitetssikring gjennom kursing og testing, som ligger i kjernen for oppgavens problemområde.

2.1 Historisk blikk: Fra sjåfør til paramedic

De tidligste beskrivelsene av ambulansetransport kjenner vi fra Napoleons hær. Det finnes beskrivelser fra 1793 som omtaler *ambulance volante* (flygende ambulanser), små vogner som behandlet og fraktet skadde fra slagmarken (Blaber, 2008, s. 7; NAEMT, 2014, s. 7). I Oslo finnes det dokumentasjon på organisert transport av syke og skadde med bruk av hest og vogn så langt tilbake som 1889. Fra og med 1916 startet Oslo kommune offentlig ambulansetransport med sykebil (Bakke, 2015, s. 9).

Ikke før på 60-tallet finner vi tegn til de første diskusjoner om opplæring av personene som bemannet ambulansene og hvilke forventninger en kunne stille til ambulanshjelpen. Blant annet uttaler Ambulansebilkomiteen, opprettet av Samferdselsdepartementet, at:

1. Ambulansene burde betraktes som sykehusets forlengede arm, og at behandlingen burde starte på stedet og underveis til sykehuset
2. Ambulansepersonellet måtte være slik utdannet at de kunne gi sykepleie til pasienten og kunne utføre nødvendig livsviktig behandling

(1963 i Bakke, 2015, s. 9-13)

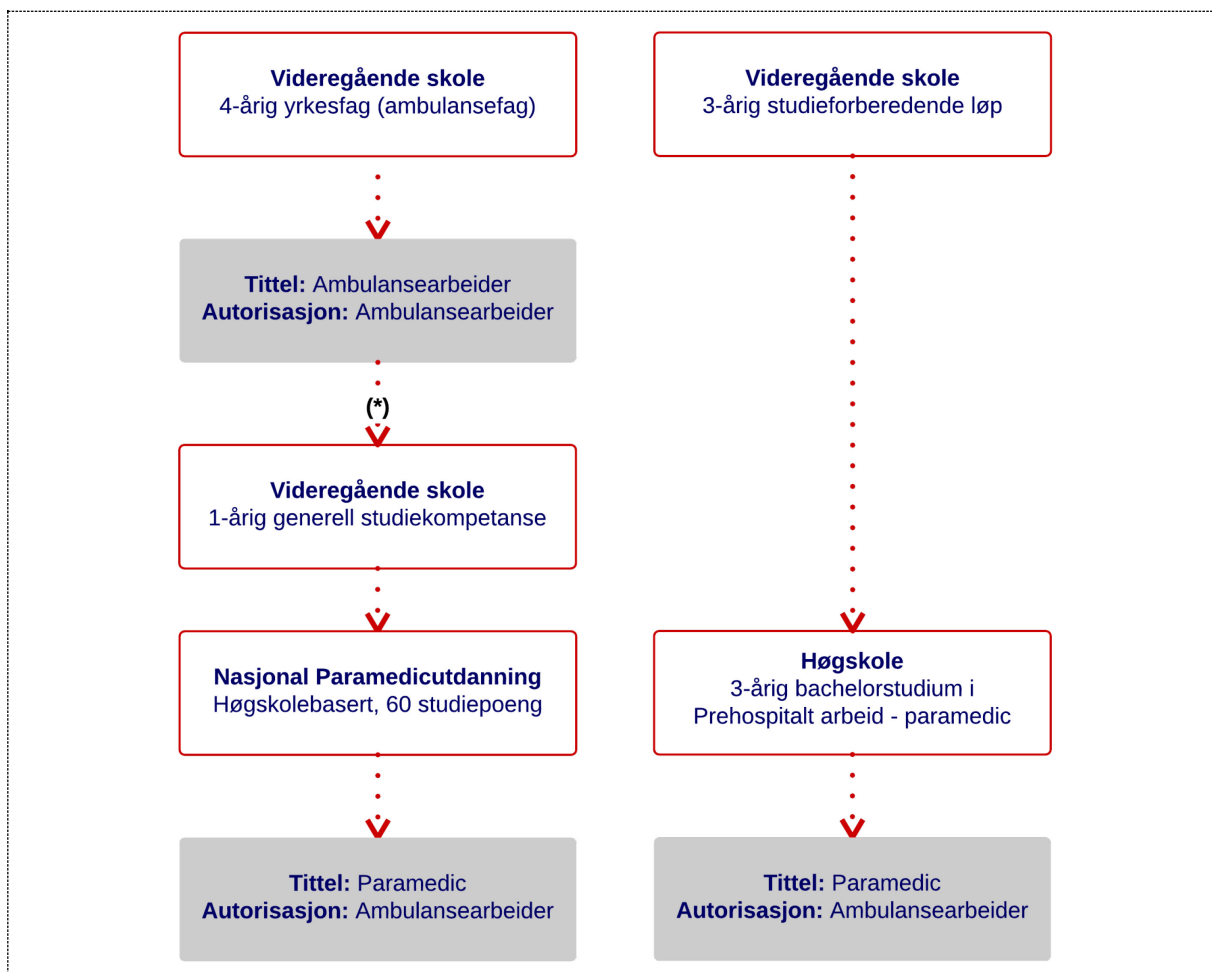
Før dette var ambulansarbeid å anse som sjåfør- og transportarbeid, men på 60-tallet ser vi første tegn til et skifte mot helserettet arbeid.

70- og 80-tallet var preget av utvidelse- og videreutvikling fra 60-tallets ideer. Planer til opplæring ble stadig mer omfattende og forventningene til den medisinske behandling likeså. Denne perioden viste også tegn på en diskrepans mellom nasjonale signaler og lokale behov. For eksempel etablerte Oslo kommune sin egen skole i 1974 som gikk utover beskrivelsene som forelå i rapportene fra offentlige komiteer og senere også i NOU 76:2 *Utdanning av ambulanspersonell*. Fagplanen i Oslo kommunes egen skole ble ytterligere utvidet i 1982. Gjennom hele 70- og 80-tallet fremkommer det kontroverser om hvorvidt ambulanspersonell er å anse som helsepersonell. Dette har konsekvenser for om de kan utføre medisinsk behandling eller om dette strider mot kvakksalverloven. I brev fra Helsedirektoratet i 1979 står det at ambulanspersonell ikke er helsepersonell, og derfor heller ikke kan gi behandling. En skriftlig instruks derimot vil kunne åpne for behandling utført av ikke-leger. Etter reform i 1986 ble ambulanspersonell å anse som helsepersonell (Bakke, 2015, s. 18-25).

Nasjonal formalisert utdanning i form av Ambulansefag som yrkesfaglig utdanning på videregående skole så dagens lys i 1997. Før dette var opplæringen lokalt organisert, basert på nasjonale føringer. Med Helsepersonelloven i 2001 fikk også Ambulansearbeidere egen offentlig autorisasjon som helsepersonell (Bakke, 2015, s. 25-26 og 28). Offentlig utdanning og autorisasjonsordning er således en milepæl fordi dette markerer et skifte fra lokal organisering til felles og nasjonale ordninger.

Til tross for ny utdanning i 1997 ser vi at det allerede i NOU 1998: 9 *Hvis det haster..... – Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap* påpekes at store ambulansetjenester har behov for personell med spesialutdanning og større handlingsrom. Med blick på amerikansk paramedicutdanning ble Nasjonal Paramedicutdanning startet på Høgskolen i Lillehammer i 2003. Utdanningen er en 60-studiepoengs videreutdanning til de som har fagbrevet i Ambulansefag fra den videregående skolen og autorisasjon som Ambulansearbeider. Siden den er høgskolebasert krever det at Ambulansearbeideren først erverver seg generell studiekompetanse, fordi den yrkesfaglige utdanningen som leder til Fagbrev i Ambulansefag ikke gir dette. Tilegnelse av studiekompetanse er således en tilleggsutdanning på videregående nivå, som er en forutsetning for å kunne ta den høgskolebaserte tilleggsutdanningen for paramedic. Organiseringen av studiet er desentralisert slik at den kan gjøres ved siden av jobb. Finansiering skjer ved kjøp av studieplasser, betalt av enten personene selv eller arbeidsgiver. I dag er det flere høyskoler som tilbyr Nasjonal Paramedicutdanning (Bakke, 2015, s. 29-31).

Høsten 2014 startet Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) opp et en treårig bachelorutdanning i prehospitalt arbeid – paramedic. Dette er et nytt grunnstudium åpent for alle med studiekompetanse og er etablert på lik linje med andre høyskolebaserte helseutdanninger. Utdanningen er per i dag ingen erstatning til fagbrevet og/eller Nasjonal Paramedicutdanning, men er et alternativt utdanningsløp. Bachelorutdanningen er et resultat av utredningsarbeid og fagpolitisk arbeid gjennom store deler av 2000-tallet (Bakke, 2015, s. 31-36). Innholdet i utdanningen favner om både ambulansefaget fra videregående skole og det høyskolebaserte 60-studiepoengs påbyggingsløpet Nasjonal paramedicutdanning. Slik samler HiOA hele opplæringen frem til paramedic i et sammenhengende studieløp, med de kravene som ligger til en høyere utdanning. Dette er en ny milepæl fordi utdanningen nå er plassert i den akademiske gradsstrukturen, med de muligheter det gir for egen forskning og eierskap til kunnskapsdomenet. Illustrasjon 1 viser hvordan dagens to ulike utdanningsløp er, og hvordan de forholder seg til hverandre.



Illustrasjon 1. Opptegning av dagens to ulike utdanningsløp for paramedicer

(*) Merk at ambulansarbeideren etter et fireårig utdanningsløp i den videregående skolen kan velge å ikke fortsette med videre utdanning på dette punktet

Det skal bemerkes at tittelen Ambulansearbeider er beskyttet i Helsepersonelloven og kun de som innehar autorisasjon som Ambulansearbeider kan benytte den (Helsepersonelloven, 1999, § 48). Tittelen paramedic er i ikke en beskyttet tittel og innebærer heller ikke en egen autorisasjon. Tittelen er i utstrakt bruk og betegner de ambulansearbeiderne som har utdanning som går utover fagbrevet i Ambulansefag. En paramedic kan forstås som en utøver av paramedisinsk arbeid, en som utøver selvstendig medisinsk arbeid uten selv å være lege (Nylenna, 2009). Det ligger altså ikke bare ytterligere opplæring hos en paramedic, tittelen innebærer også en annen grad av selvstendighet i arbeidsutøvelsen.

Tabell 1 nedenfor summerer opp hendelsene i de ulike tidsepokene og hvordan en kan se på ambulansetjenestens virke.

Tabell 1. Viktigste historiske epoker i ambulansetjenestens utvikling

| Epoke | Hendelse | Virke |
|------------------|--|---|
| Før 1889 | Spor av ambulanssevirsomhet | - |
| 1889 | Organisert ambulansedrift i Oslo | Sjåførarbeid |
| 1916 | Offentlig ambulansedrift i Oslo | Sjåførarbeid |
| 60-tallet | Første diskusjoner om opplæring | Sjåførarbeid og livreddende førstehjelp |
| 70- og 80-tallet | Utvidelse av den lokalt organiserte opplæringen | Sjåførarbeid og helserettet arbeid |
| 90-tallet | Nasjonal og offentlig utdanning | Primært helserettet arbeid |
| 2000-tallet | Autorisasjon som helsepersonell, høyskolebasert videreutdanning for fagbrevutdannete og ny bachelorutdanning | Paramedisinsk virksomhet |

Som vi ser i tabell 1 så har vi beskrivelser av ambulanssevirsomhet fra 1800-tallet. Allikevel kan vi likevel si at ambulansarbeid som en yrkesvei har en kort historie. Selv om det fremkommer i tabellen at organisert drift foregår i Oslo allerede ved århundreskiftet, så må vi helt frem til 60-tallet for å kunne finne tegn til opplæring. Videre kan det begrunnes med at felles nasjonalt organisert utdanning ikke kom før i 1997, med autorisasjonsordning i 2001. Og for det tredje at det fra 60-tallet og frem til i dag har vært mye utvikling, utvidelse, øking av krav og formalisering av ambulansutdanning i Norge. En utøver av ambulansarbeid er ikke lenger en sjåfør, men en ambulansearbeider eller paramedic.

2.1.1 Et blikk til siden; utviklingen i USA og Storbritannia

I USA finner vi de første sporene av ambulansevirksomhet i årene 1862-1863. Ved *the First Battle of the Bull* lå tusenvis av sårede soldater i flere dager igjen på slagmarken. Året etter, ved *the Second Battle of the Bull*, transporterte 300 ambulanser 10.000 sårede bare det første døgnet. Første ambulansetjeneste ble etablert i Ohio i 1865, og første opplæringsprogram for *Emergency Medical Technicians* (EMTs) i 1957. American College of Surgeons uttalte i 1965: «*It is obvious that the services of trained ambulance attendants are essential*». I 1975 anerkjenner the American Medical Association paramedic-rollen som helsepersonell. Dagens endringer i helsevesenets strukturer og behov for effektivisering medfører en «*extended scope of practice*» (utvidet handlingsrom) for paramedicer. Ambulansetjenestene integreres i større grad inn i helsevesenets øvrige deler, som medfører økt handlingsrom og funksjonsglidning (NAEMT, 2014, s. 7-8; Sanders, Quick, Lewis, & McKenna, 2005, s. 3-7).

Storbritannia kan vise til første organiserte syketransport i 1767, men kombinasjonen av både transport og medisinsk behandling sees ikke før under andre verdenskrig. I Nord-Irland ble avanserte hjerte-ambulanser introdusert på 60-tallet. Første offentlig anerkjente opplæringsprogram kom i 1966 av Dr. Millar. Dette var et åtte ukers kurs som krevde ett års påfølgende arbeidserfaring før en kunne ta teoretisk og praktisk prøve. Dette ledet til «*the ambulance service's proficiency award*» også kjent som «*the Millar Certificate*». Bærere av Millar-sertifikatet ble etter hvert titulert som *ambulance technicians*. Opplæringsprogrammene har gradvis utviklet seg frem til introduksjonen til høyere utdanning ved University of Hertfordshire i 1994. I året 2000 ble paramedic en etablert helseprofesjon med egen autorisasjonsordning. Høyskoleutdanning er i dag inngangsbilletten for autorisasjon som paramedic. Rollen som ambulance technician har levd videre i tillegg til paramedic-rollen. Opplæringen til ambulance technician er kortere, underordnet paramedic-rollen, er ikke ansett som en profesjon og innebærer derfor heller ingen egen autorisasjon (Caroline & Pilbery, 2014, s. 6-8 og 12). Mange av utviklingstrekkene i Storbritannia ligner på den norske, bortsett fra at endringene synes å komme 10-15 år tidligere. Både Norge og Storbritannia har to utdanningsnivåer. Mens Storbritannia har ambulance technicians og paramedicer, har Norge ambulansesarbeidere og paramedicer. Forskjellen er at mens Storbritannia har etablert en autorisasjonsordning for de med lengst utdanning (paramedicene), har Norge laget en autorisasjon for de med kortest utdanning (ambulansesarbeiderne).

2.2 En ambulansearbeiders arbeidsdomene

Ambulansearbeid har i hovedsak to arbeidsområder, det som kalles primæroppdrag og det som kalles sekundæroppdrag. Primæroppdrag dreier seg om å reise ut til plutselig syke eller skadete for å gjøre en vurdering, starte behandling og eventuelt fasilitere transport til den helseinstitusjonen som er best egnet til å hjelpe pasienten. Sekundæroppdragene handler om å transportere pasienter som allerede har blitt vurdert av en tredjepart, men som har behov for medisinsk overvåking og/eller behandling underveis (Helsedirektoratet, 2012, s. 25 og 28).

Ambulanser er normalt bemannet med to til tre personer når de reiser ut på oppdrag. I enkelte tilfeller vil oppdrag utføres i samarbeid med lege, men i hovedsak håndteres oppdragene uten at lege er tilstede. Arbeidet handler om å vurdere pasienter som er plutselig syke eller skadete. Vurderingen danner basis for valg av behandling. Denne kan ha som siktemål å lindre smerte, redusere skadevirkningene av sykdom, starte opp avansert sykehusbehandling og i en del tilfeller også ferdigbehandle pasienter slik at de ikke må transporteres til helseinstitusjon. I et helsevesen med økende grad av spesialisering og hvor spesialfunksjonene plasseres på geografisk ulike plasser, er beslutningen om hvilken helseinstitusjon som er best egnet til å hjelpe pasienten sentral. Faktorer slik som hva som feiler pasienten, reisevei- og tid, samt nærliggende helseinstitusjoners behandlingsmuligheter påvirker ambulansearbeidernes valg av transportdestinasjon (NAEMT, 2014, s. 7-9). Som oftest har ambulanser mulighet til å kontakt lege for å rådføre seg. Allikevel tas de fleste beslutninger av personellet selv. Beslutninger baseres på retningslinjer, egen kompetanse og situasjonen for øvrig. Dette viser hvordan ambulansearbeidere har selvstendig handlingsrom i arbeidet.

2.3 Kvalitetssikring gjennom kursing og testing

Fra 60-tallet og utover har det vært en gradvis utvikling med stadig utvidelse av opplæringsomfang, som typisk ble gitt i form av kursing. Dette medførte også stadige utvidelse i behandlingstilbud. Fra bandasjering og sideleie, via oksygenbehandling og pustestøtte, til dagens bruk av medisiner og andre avanserte behandlingsmuligheter. For å sikre bruken av slike behandlingsmuligheter, av personer uten formell utdanning, har det vokst frem en tradisjon med 1) bruk av tidsavgrensede godkjenningssystemer og 2) regulering gjennom retningslinjer. Alle behandlingsmuligheter er beskrevet gjennom retningslinjer når og hvordan de skal utføres. I tillegg gjennomgår personell kurs, består en test, og får deretter godkjenning

til å utføre bestemte vurderinger eller handlinger. Godkjenningene er tidsavgrenset, typisk for ett år av gangen. Deretter kreves gjerne re-godkjenning gjennom en ny test.

Til tross for at dagens utdanning nå har blitt formalisert i utdanningssystemet, og offentlig regulert med autorisasjonsordning, så er tradisjonen med interne tester og godkjenninger blitt opprettholdt. En kan spørre seg om fenomenet rundt testing av utøveres kompetanse og tidsavgrensede godkjenninger er unikt for ambulansetjenestene, eller om også andre driver med tilsvarende. For å belyse dette kan ta et blick til andre profesjoner i Norge og se på ambulansetjenester i USA og Storbritannia som tidligere har blitt brukt som eksempler.

2.3.1 Et norsk blick til siden; re-sertifisering i andre profesjoner

Minst to norske profesjonsorganisasjoner bedriver sykliske re-godkjenninger. Den norske Revisorforeningen krever at deres medlemmer gjennomfører minimum 105 timer kursing hvert tredje år for å kunne fortsette å være godkjent revisor (Karseth & Nerland, 2007, s. 347). Også spesialistgodkjenningen i allmenntidmedisin for leger krever re-godkjenning. For å opprettholde spesialistgodkjenningen må en gjennom pliktig kursvirksomhet, for så å søke om re-godkjenning hvert 5. år. Ingen andre spesialistordninger for leger krever re-godkjenning (Johannessen, 2012). Det foreligger ordninger med re-godkjenninger også i andre profesjoner i Norge. Allikevel så er det forskjeller mot ambulansetjenesten For Revisorforeningen og Legeforeningen er det felles nasjonale re-godkjenningsordninger som er forankret i fagorganisasjonene. Det er gjennomgått etterutdanning som er basisen for re-godkjenning. For ambulansetjenestene er disse forankret hos bedriftene og baserer seg primært på testing.

2.3.2 Et utenlandsk blick til siden; re-sertifisering i USA og Storbritannia

The National Registry of Emergency Medical Technicians (NREMT) ble opprettet i 1970 for å lage standarder for testing og registrering av trenete ambulansetøvere (NAEMT, 2014, s. 8). Nå må en, for å kunne arbeide som paramedic i USA, være registrert hos NREMT. Dette krever at en gjennomgår *National Registry Exam*, en praktisk og teoretisk test. For å opprettholde status som registrert paramedic må en enten gjennom en ny test eller dokumentere tilstrekkelig etterutdanning (NREMT, 2015; Sanders et al., 2005, s. 11). Også Storbritannia har en bi-årlig re-godkjenning for å opprettholde offentlig autorisasjon som paramedic hos Health and Care Professions Council (HCPC). Kravet for opprettholdelse er at en er yrkesaktiv paramedic og gjennomgår tilstrekkelig Continuing Professional Development

(CPD), altså kan vise til faglig og profesjonell oppdatering og utvikling (Blaber, 2008, s. 232-242; Caroline & Pilbery, 2014, s. 12-14). Mens det i norske ambulansetjenester er vanlig med interne tester og godkjenningsordninger, kan vi se at dette er satt i et formelt og offentlig sanksjonert system i både USA og Storbritannia. Til sammenligning med Revisorforeningen og Allmennlegeforeningen, så er det også for paramedicene i USA og Storbritannia hovedsakelig etterutdanning som er premisset for opprettholdelsen av godkjenningen. Selv om det er mulig å bli re-godkjent i USA ved å bestå en test.

Her har jeg kort belyst den kasuistikken som danner grunnlaget for undersøkelsen. Videre vil jeg presentere det teoretiske fundamentet som skal danne utgangspunktet for designet av undersøkelsen og som er selve grunnlaget som forskningsdataene skal analyseres og drøftes ut i fra.

3 TEORETISK RAMME

Her vil jeg presentere de teoretiske rammene som jeg anser som relevante for å utforske problemstillingen: *Hvordan kvalitetssikres yrkesutøvelsen hos medarbeidere i ambulansetjenesten?* Dette skal danne grunnlaget for utarbeidelsen av undersøkelsen og bidra til å sette funnene i perspektiv. Dette gjør jeg fordi oppdagelsene jeg gjør i ambulansetjenesten ikke bare må sees isolert, men bør sees i lys av annen kunnskap på området.

Det er min oppfatning at denne undersøkelsen kan ses på som et studie av en mulig vordende profesjon. Derfor støtter jeg meg på litteratur fra profesjonsteorien. Dette vil jeg legitimere i en diskusjon i oppgavens siste kapittel. Det kan virke ulogisk å ikke starte med dette.

Forklaringen er likevel enkel. Legitimeringen av det profesjonsteoretiske perspektivet baserer seg på funn i undersøkelsen. Jeg er derfor først nødt til å presentere funnene, slik at jeg etterpå kan drøfte disse når jeg vil legitimere bruken av et profesjonsteoretisk perspektiv. Selv har jeg bakgrunn som paramedic som gir meg en førkunnskap om ambulansetjenestens virksomhet. Det er med bakgrunn i denne før-kunnskapen som gjør at jeg mener det profesjonsteoretiske utgangspunktet egner seg.

Fordi problemstillingen handler om kvalitetssikring vil jeg i dette kapittelet begynne med å definere dette begrepet. Som skissert i innledningen vil jeg søke å belyse problemområdet gjennom fire dimensjoner; *kompetanse, godkjenningsordninger, standardisering og skjønnsutøvelse*. Kompetanse og godkjenningsordninger vil bli belyst fordi disse to dimensjonene indirekte kan være en del av kvalitetssikring av yrkesutøvelse. Innenfor kompetansedimensjonen ønsker jeg å belyse ulike sider ved kompetanse og ha et spesielt blikk på profesjonell kompetanse. Jeg har valgt å inkludere profesjonsaspektet fordi enkelte sider av arbeidet i ambulansetjenesten bærer profesjonelle preg. Nært opp til kompetansedimensjonen ligger fenomenet godkjenningsordninger. Godkjenningsordninger kan falle tematisk inn under kompetansedimensjonen, men jeg har her for strukturens del likevel valgt å skille de. Videre vil jeg se på teori som kan belyse direkte kvalitetssikring av yrkesutøvelsen. Dette gjør jeg gjennom dimensjonene standardisering og skjønnsutøvelse. Standardisering tar jeg opp fordi den kan brukes som regulering og avgrensning av yrkesutøvelse. Skjønnsutøvelse er relevant fordi den ser på selve beslutningssituasjonen, fallgruver ved denne og mekanismer som kan bedre denne.

3.1 KVALITET OG KVALITETSSIKRING

Det finnes flere måter å forstå kvalitet på. Kvalitet kan sees på som noe absolutt, eller som en gradert egenskap slik det kommer til uttrykk i en karakterskala. Begrepet kan sees på som perfeksjon, som en prosess eller noe målbasert. For en utdypende forståelse for kvalitetsbegrepet henviser jeg til andre (Pedersen, 2000; Stensaker, 2014; Vestøl, 2015, s. 203). I denne sammenheng ønsker jeg å bruke begrepet kvalitet som noe som i seg selv er uten mening fordi det må settes i relasjon til noe annet, slik som et sett med krav (Pedersen, 2000, s. 11; Stensaker, 2014). I et helsetjenesteperspektiv har Norges Standardiseringsforbund (1993 i Lahnstein, 1993) gitt følgende definisjon: «*Kvalitet er helsetjenestens evne til å tilfredsstille pasientens og/eller andre brukeres behov og forventninger, og gjøre det på en slik måte at det skjer i overstemmelse med lover, forskrifter og profesjonelle kvalitetsmål*» (s. 8). Kvalitet dreier seg altså ikke om at noe skal bli best mulig, men at det blir så bra som vi definerer det skal være – og dermed så bra som vi forventer det skal være (Schreiner, 2004, s. 10). Kvalitetssikring bygger videre på kvalitetsbegrepet og kan i et helsetjenesteperspektiv defineres som «... *alle systematiske og planlagte tiltak som sikrer at virksomheten utøves i henhold til brukerens behov og i overenstemmelse med dagens profesjonelle kvalitetsmål*» (Lahnstein, 1993, s. 9). I denne definisjonen er kvalitet en dynamisk kvalitetsindikator. Dagens kvalitetsmål er i forandring og når vi kommer til i morgen kan kvalitetsindikatoren ha utviklet seg. Dermed må vi ut fra denne definisjonen av kvalitetssikring forstå at dette er en pågående prosess. Kvalitetssikring er dermed ikke bare planlagt og systematisk, den er også kontinuerlig. Schreiner (2004) presiserer at den kan tjene som et verktøy for å gi ledelsen den nødvendige tillit til at medarbeiderne oppfyller kravene til kvalitet på sine tjenester (s. 17). Her ønsker jeg å understreke forholdet om at dette er et ledelsesverktøy. I denne oppgaven bruker jeg en forståelse av at kvalitetssikring handler om å spesifisere et sett med krav eller forventninger, som organisasjonen jobber systematiske og planlagt for å tilfredsstille. Det er sentralt for oppgaven å forstå hva kvalitetssikring er, fordi det søkes å kartlegge ambulansetjenesters kvalitetssikringspraksis med hensyn til medarbeidernes yrkesutøvelse.

3.2 PROFESJON OG KOMPETANSE

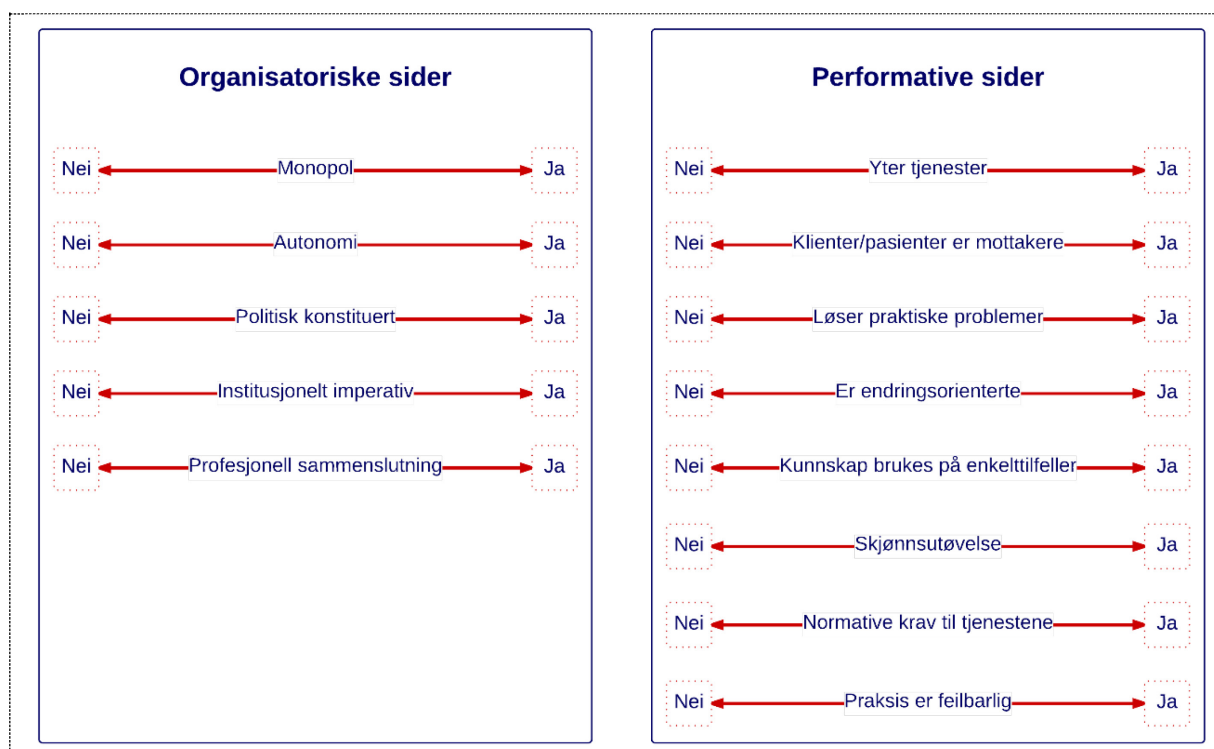
Her presenterer jeg profesjonsbegrepet og viser til ulike egenskaper ved profesjoner. Disse egenskapene er relevante sider som jeg vil bruke i drøftingen om bruken av det profesjonsteoretiske perspektivet i siste kapittel. Fordi kompetanse er en av de analytiske dimensjonene vil jeg her også redegjøre for kompetanse som begrep, og spesielt se på hva som skiller kompetanse fra profesjonell kompetanse.

3.2.1 Hva er en profesjon?

Profesjonalisme har opphav i samfunnets økende grad av spesialisering i arbeidsoppgaver. Det finnes flere ulike og til dels overlappende beskrivelser av hva profesjoner er. Disse fanger opp ulike sider ved dem. Jeg vil ikke ha en utdypende gjennomgang av disse, men nøyer meg med å henvise til andre (Freidson, 1994, 2001; Grimen & Molander, 2008; Karseth & Nerland, 2007). Derimot er det verdt å fremheve at profesjonalisme innebærer en form for *diskresjonsbasert spesialisering*, fordi det kreves skjønn og individuell vurdering for å oppnå et godt arbeidsresultat (Freidson, 2001, s. 22-23). I denne oppgaven støtter jeg meg på Molander og Terums (2008) beskrivelse av profesjoner. De viser til en rekke kjennetegn som gir et mønster som profesjoner kan måles opp mot. Forskjellige profesjoner vil i ulik grad inneha disse kjennetegnene og derfor også inneha ulik grad av profesjonskarakteristiske preg. Profesjonskarakteristikkene de beskriver kan deles i to: De organisatoriske og de performative sidene (s. 18 og 19).

Profesjoners organisatoriske sider innebærer at de har kontroll over egne arbeidsoppgaver. Kontroll over adgangen til å utføre dem og kontroll over hvordan de skal utføres. De fem organisatoriske sidene er for det første et *monopol*, et krav om at profesjonsmedlemmer har enerett på bestemte arbeidsoppgaver. For det andre en *profesjonsautonomi*, at det er gruppen selv som avgjør standardene for hvordan oppgavene skal utføres. For det tredje må profesjonen være *politisk konstituert*, at de overnevnte kravene er institusjonalisert i samfunnet. For det fjerde medfølger det et *institusjonelt imperativ*, med eneretten følger det også en forpliktelse til å tjene allmenne interesser, samtidig som profesjonen også har egne interesser. Og til slutt må det være en *profesjonell sammenslutning*, for et arbeidsmonopol er ikke tilstrekkelig, de må også være organiserte med en kollektiv selvforståelse som profesjon (Molander & Terum, 2008, s. 18-19).

Profesjoners performative sider, de utøvende sidene, handler om egenskaper ved profesjoners arbeid, som etter Molander og Terum (2008) bærer på åtte kjennetegn: *Profesjoner yter tjenester*, og spesielt ved disse er at det er vanskelig å måle produktiviteten eller å styre selve arbeidsprosessen. *Det er klienter eller pasienter som er mottakere av tjenestene* og de er avhengige av den profesjonelles kompetanse for å gjøre noe som er viktig for dem. Profesjonelle tjenester prøver å løse praktiske hvordan-problemer og tjenestene er *endringsorienterte*. Profesjoner bruker en *systematisert kunnskapsmengde på enkelttilfeller*, noe som gjør at profesjonelt arbeid preges av *skjønnsbruk* fordi arbeidsoppgavene i liten grad lar seg standardisere. Løsningen på ulike problemer må derfor ta utgangspunkt i forståelsen av hver enkelt unike situasjon, hvorpå generelle kunnskaper og handlingsnormer tilpasses og anvendes. Dette gjør at profesjonell *praksis er feilbarlig*, og preget av usikkerhet rundt resultatet av handlingsvalgene. Klienten påtar seg en risiko ved å overlate valgene til profesjonsutøveren, mens utøveren påtar seg et ansvar. Med bakgrunn i disse forholdene stilles det derfor *normative krav* til profesjonelle tjenester (s. 19-20). Illustrasjon 2 viser hvordan profesjonenes organisatoriske og performative sider kan sees på som dimensjoner.



Illustrasjon 2. Profesjoners organisatoriske og performative sider listet opp som et sett av dimensjoner med grader av, fremfor utelukkende dikotomier

Oversikten over de organisatoriske og performative aspektene ved profesjoner gir et detaljert bilde av hva profesjonsbegrepet innebærer. Molander og Terum (2008) understreker at deres kjennetegn må samlet sett ses på som en Weberiansk idealtipe (s. 17). En ideal-profesjon er mer en intellektuell konstruksjon, enn en realitet. Det er en standard å måle faktiske profesjoner opp mot, som en måte å analysere og forstå dem på (Freidson, 2001, s. 127).

Karseth og Nerland (2007) omtaler profesjoner med at de tradisjonelt har vært definert av kontrollen over et kunnskapsdomene, hvem som har tilgang til å utføre arbeidet, de faglige standardene og opplæringen, og i noen tilfeller regulering gjennom lisensordninger. Videre stadfester de at profesjoners egen kontroll er under press (Freidson, 2001, s. 17; Karseth & Nerland, 2007, s. 335-336). Dette er et relevant bakgrunnsperspektiv å ha, sett i lys av definisjonen av kvalitetssikring som *organisasjonens* arbeid med å møte kvalitetsmålene. Definisjonen tar ikke hensyn til om dette er en arbeids- eller profesjonsorganisasjon, men i denne oppgaven undersøker ambulansetjenestens (arbeidsorganisasjonens) kvalitetssikringsarbeid.

Det finnes altså ikke en entydig definisjon på profesjon som alle enes om, men det er likevel en rekke karaktertrekk som beskriver profesjoner, og at yrkesgrupper i større eller mindre grad kan oppfylle disse karaktertrekkene. Slik vil ulike yrkesgrupper ha grader av profesjonelt preg. Ideen om profesjoners karaktertrekk er et verktøy for å analysere yrkesgrupper som jeg i denne sammenheng vil benytte når jeg drøfter profesjonelle trekk hos ambulansarbeidere.

3.2.2 Hva er kompetanse?

Det finnes ulike definisjoner av kompetanse, men i kjernen av dem alle er «(...) *evnen til å utføre noe med et godt resultat*» (Attewell, 1990 i Freidson, 2001, s. 25). Her er jeg nødt til å begrense meg, så for en utdypende forståelse av kompetansebegrepet henviser jeg til andre (Carr, 1993; Freidson, 2001; Hatlevik, 2014; Lai, 2013; Newell, Robertson, Scarbrough, & Swan, 2009; Nordhaug, 1993; Ryle, 1963).

Fordi Lai (2013) sin kompetansedefinisjon er godt kjent innen norsk arbeidslivspedagogikk ønsker jeg å trekke den frem her. Lai definerer kompetanse som summen av individets kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger til å utføre aktuelle arbeidsoppgaver. I denne definisjonen brukes kunnskap om informasjonsbeholdning, og kan være både taus og eksplisitt. Ferdigheter er evnen til å utføre komplekse atferdsmønstre av motorisk eller

kognitiv art. Evner er mer stabile egenskaper som påvirker individets potensiale til å tilegne seg ny kompetanse. Holdningskomponenten er knyttet til innstillingene som er avgjørende for arbeidsutførelsen (s. 46-51). Spørsmålet er hva som skiller egenskapene som er unike for profesjonsutøveres kompetanse og den kompetansen som alle yrkesutøvere har. Hva innebærer profesjonell kompetanse?

Sullivan (2005) ser på profesjonsutøveres kompetanse og deler den inn i tre klynger:

- «the value of the academy,
- the values of professional practice, and
- the ethical-social values of professional identity» (s. 28).

Disse kan på norsk muligens også ses på som kunnskaper, ferdigheter og holdninger, men hos Sullivan er det et spesielt poeng at profesjonsutøveren kan integrere den akademiske kunnskapen, de praktiske ferdighetene og de sosio-etiske verdiene som tilhører profesjonen (Sullivan, 2005, s. 28-29). Det er også Sullivans tredje dimensjon som skiller profesjonsutøveren fra tekniske arbeidere fordi den innebærer at profesjonell kompetanse er mer enn å bruke kunnskaper og ferdigheter. Den innebærer, slik som Jensen, Lahn og Nerland skriver; å på alle måter kvalitetssikre kunnskapen, velge rett kunnskap til situasjonen, kritisk vurdere og validere kunnskap og bidra til videreutvikling av kunnskap (s. 4). Dette kommer til uttrykk i begrepssettet *knowing that*, *knowing how* og *knowing why*.

Ryle (1963) beskriver at profesjonell kompetanse innebærer en kunnskapsdel, *knowing that*, og en handlingsdel, *knowing how*. Han har blitt kritisert for å ha et for begrenset syn på profesjonsutøveres kompetanse (Carr, 1993). Shulman har (1987) utvidet begrepssettet med en refleksjonsdel (*knowing why*). Carr og Shulmans poeng er at profesjonsutøvere trenger en bredere forståelsesplattform og evnen til å reflektere over hensikt, innhold, arbeidsmåter og profesjonens rolle i samfunnet (Carr, 1993, s. 264-265; Hatlevik, 2014, s. 22; Ryle, 1963, s. 28-32). En av karakteregenskapene ved profesjoner er nettopp at de står overfor unike situasjoner, som er preget av usikkerhet og verdikonflikter rundt handlingsvalget, og som alene ikke kan løses med teknisk rasjonalitet. Smeby (2008, 2013) hevder at profesjonell kompetanse nettopp dreier seg om å evnen til å forholde seg til slike usikkerheter. Denne kompetansen omtaler Schön som «*refleksjon i handling*». Dette er noe profesjonsutøvere må ha for å kunne håndtere «*the swampy zones of practice*», for der er den vitenskapelige kunnskapen alene utilstrekkelig (Smeby, 2008, s. 97; 2013, s. 25). Inndeling av kompetanse i klynger for teoretisk-akademisk kunnskap, handlingsorienterte ferdigheter og en overordnet

etisk-reflektorisk side er i denne oppgaven nyttig som et analytisk verktøy. Det samme er ideen om profesjonsutøveres refleksjon over egne handlinger, både mens de befinner seg i profesjonsutøvelsens gjerningsøyeblikk og når de i for- eller etterkant står på utsiden av handlingen. De ulike sidene ved profesjonell kompetanse danner blant annet utgangspunkt for spørsmål og drøfting rundt hvilken kompetanse som kontrolleres eller testes i forbindelse godkjenningsordningene.

3.3 GODKJENNINGSORDNING OG SERTIFISERING

Sertifiseringsfenomenet kan deles i to former: 1) Sertifisering som inngangsbillett til et arbeid, og 2) sertifisering som en tidsbegrenset godkjenning til å utføre bestemt type arbeid. Sertifisering som tidsbegrenset godkjenning kommer av en tro på at sertifisering som inngangsbillett alene ikke er godt nok til å sikre at personer er dyktige nok. Dette springer ut av en forståelse for at kunnskap forvitrer over tid, og at det behøves mekanismer for å opprettholde og dokumentere kompetanse gjennom yrkeslivet. Dette må sees i sammenheng med en utvikling i samtiden som setter ansvars plassering under press. Hvem bærer ansvaret? Fokuset på ansvars plassering gjør at arbeidsgivere søker bekreftelse for at deres medarbeidere er skikket til å utføre jobben sin, altså en godkjenning for arbeid. Det er slike systemer for intern godkjenning som er en av undersøkelsesdimensjonene i denne masteroppgaven.

Sertifisering som reguleringsmekanisme for arbeid tilhører det teoretiske feltet *Credential Theory*. Dette er et sammensatt teoretisk felt som også omhandler utdanning, lagdeling, økonomi og samfunnsutvikling med økende kompleksitet. For utdypning henviser jeg til andre (Brown, 2001; Collins, 1979; Smeby, 2008; Weber, Roth, & Wittich, 1978).

Et av problemene som utløser sertifiseringsbehovet er informasjon. Informasjon er nøkkelfaktoren for handelen mellom tjenesteyter og kunde. I et fritt marked er derfor kunnskap om tilbud og etterspørsel helt sentral for både tjenesteyter og kunde. Utfordringen ligger i det Freidson kaller for *discretionary specialities*. Dette er tjenester som baserer seg på spesialisert kunnskap som kun tjenesteyteren besitter, og som innebærer et skjønnsmessig handlingsrom. Her har kunden et informasjonsproblem. Hvordan kan de vite hvilke tjenesteytere som leverer gode nok tjenester? Det er her akkreditering eller sertifisering av den som yter tjenester som skal fungere som markør på kvalitet for å dekke dette informasjonsproblemet (Brown, 2001, s. 22 og 28; Freidson, 2001, s. 79; Grimen, 2008, s. 71).

En annen årsak til sertifiseringsordninger handler om ansvars plassering og sanksjonsmuligheter. Det særegne med profesjoner er at de har et ansvar for å ivareta samfunnets interesser, samtidig som de skal ivareta enkeltindividers behov (Sullivan, 2005, s. 18-22). Det ligger altså et spenningsfelt mellom enkeltindividet som mottar hjelp og staten, en spenning som profesjonsutøveren må håndtere i praksis. Slik blir profesjonsutøvere et bindeledd mellom enkeltindividet og staten (Solbrekke & Østrem, 2011, s. 201-202). For å sikre seg bruker staten lovregulerte autorisasjonsordninger for å regulere profesjoners tjenesteyting. Med sanksjonsmulighet for å kalle autorisasjonen tilbake får profesjonsutøveren et personlig ansvar for sin yrkesutøvelse (Smeby, 2008, s. 96). Allikevel er det slik at profesjonelt arbeid utøves i og gjennom organisasjoner. Det de gjør er derfor uløselig knyttet til organisasjonen og dens kontekst. Arbeid innenfor rammene av en organisasjon innebærer andre yrkesutøvere, ledelse og styringsstrukturer (Svensson & Karlsson, 2008, s. 262). Profesjonsutøvelse skjer typisk i offentlige organisasjoner, som er påvirket av styringsmekanismer med trekk fra New Public Management. Her styres offentlige organisasjoner gjennom målstyring, med resultat- og ansvarskrav. Slik forskyves ansvarsbalansen fra profesjoners og inn i organisasjoners kontroll. Spørsmålet blir hvordan profesjonelt ansvar brytes mot andre former for ansvar (Svensson & Karlsson, 2008, s. 261). Dreiningen mot New Public Management har også endret klimaet som statlige og private organisasjoner opererer i. Rammebetingelser og krav ledsages av evaluering og kontroll (Smeby, 2008, s. 93). I en tilsynsrapport av en ambulansetjeneste understreker Helsetilsynet at de forventer systematisk styring og sikring at medarbeiderne deres har tilstrekkelig kompetanse (Helsetilsynet, 2015, s. 3-4). Et slikt klima gjør det nærliggende å ønske et internt kvalitetssystem som jevnlig kan dokumentere medarbeideres evne til å utføre arbeidet.

Hvorvidt sertifisering gjennom utdanning faktisk sier noe om kompetansen til en person er også omdiskutert. Debatten er omfattende, men det sentrale er hvorvidt sertifisering ervervet gjennom utdanning kan si noe om hvorvidt personen er kompetent på sikt. Spørsmålet er altså om kompetanse er noe som forvitrer over tid, eller om en kan anta at personer med utdanningspapirer som symbol på deres kompetanse også vil være kompetente i fremtiden (Brown, 2001, s. 26). Dersom en anser sertifisering gjennom utdanning som utilstrekkelig for å vite om profesjonsutøveren er kompetent på sikt, utløser dette et ytterligere insentiv til jevnlig å kontrollere medarbeideres kompetanse.

3.4 STANDARDISERING

Standardisering handler om å skape likhet i arbeidsutførelse. Når forskjellige personer, på forskjellige steder og til ulike tider skal løse samme problem, er det et potensial for ulikheter i løsning. Standardisering dreier seg om å minske den uønskete variasjonen i arbeidsutførelse. Her gjør jeg rede for standardiseringsbegrepet. Videre vil jeg vise hvordan fenomenet har tre problemområder som er relevante i forhold til yrkesutøvelse og kontroll. For det første hvordan retningslinjer kan brukes som verktøy for å kontrollere arbeidet, og at dette kan ha ulike motiv. For det andre at det er en problematisk sammenheng mellom standardisering, autonomi og profesjoners status. Og for det tredje hvordan standarder kan være fordelaktig på makronivå, men at de kan føre til uheldige resultater i konkrete situasjoner.

3.4.1 Hva er standardisering?

Timmermans og Epstein (2010) bygger videre på andres arbeid når de definerer standardisering som en prosess hvor nedskrevne regler skaper uniformitet over tid og sted (s. 71). Standarder er et mål på hva som er normalt eller hvordan noe burde være. Med Seips (1994) ord: «*Standarder var et redskap for de som ville forandre. De fortalte hvordan tingene burde være, og gav mål å strekke seg etter. Men standarder styrket også behovet for styring. En standard var til for å følges. Da måtte det regulering til. Standardtenkningen og plantenkningen utfylte hverandre*» (s. 134). I Seips beskrivelser ser en allerede konturene av konfliktlinjene over kontroll på arbeidet.

Standarder kan klassifiseres i fire subtyper. 1) *Designstandarder* som beskriver utformingen av noe. 2) *Terminologistandarder*, definerer begreper på tvers av steder. 3) *Ytelsesstandarder* som spesifiserer resultater. 4) *Prosedyriske standarder* beskriver hvordan noe utføres (Timmermans & Epstein, 2010, s. 72). Det er prosedyriske standarder som er i fokus for undersøkelse i denne oppgaven.

En rekke andre begreper kan også brukes om standarder, slik som: Retningslinjer, veiledere, føringer, anbefalinger, prosedyrer, best practice, protokoller eller policy advice. Felles for dem er at de har til hensikt å påvirke hva som praktisk skal gjøres i gitte situasjoner (Berg, Horstman, Plass, & van Heusden, 2000, s. 787). Her vil begrepene standard og standardisering brukes for å omfavne alle varianter av dette fenomenet.

Weisz, et al. (2007), beskriver tre historisk overordnede rasjonale for standardiseringsfenomenet i helsesektoren. For det første som middel for politikere og ledere til å redusere økende kostnader. For det andre som metode for profesjonsgruppene å beholde sin autonomi ved å definere sitt felt. Og for det tredje som en måte å regulere kvaliteten i medisinsk praksis. I nyere tid har standarder fått økende viktighet ut fra dette siste aspektet, å redusere uønsket variasjon i medisinsk praksis (Berg et al., 2000, s. 765-766; Carlsen, 2010, s. 260; Weisz et al., 2007, s. 692 og 714).

3.4.1 Konfliktlinje 1: Kontroll over arbeidet

En standard vil per se ha innvirkning på hvordan arbeidet utføres og slik bidra til en byråkratisk styring av praksis. Dette skaper en konfliktlinje over kontroll på arbeidet mellom standarden og den enkelte utøver. Dette utløser spørsmålet om hvem og hvordan standarden har blitt utarbeidet. Standarder gir muligheten for at flere interessegrupper kan være delaktige i utarbeidelsen. Er det utelukkende profesjonen selv eller har andre slik som administrative ledere, politikere, forskere, organisasjoner eller konkurrerende profesjons-grupper hatt innflytelse over standardene (Berg et al., 2000, s. 766-767; Timmermans & Epstein, 2010, s. 75 og 83; Weisz et al., 2007, s. 714-715). Freidson (1989 i Berg et al., 2000, s. 767) viser til hvordan dette leder til nye måter å evaluere og utøve kontroll over profesjonerutøvere. Slik styrkes lederes og forskeres posisjon på bekostning av profesjonsutøverne.

3.4.2 Konfliktlinje 2: Profesjonens status og autonomi

I standardiseringsdebatten diskuteres det hvordan profesjonens status påvirkes. Øker den statusen fordi praksisen i større grad blir forskningsbasert, eller trues profesjonen fordi den profesjonelle autonomien innskrenkes (Berg et al., 2000, s. 766)? På den ene siden skapes det transparens i hvordan arbeidet utføres, arbeidsmetodene kan gås etter i sømmene og vitenskapelig metode kan brukes til å utvikle standardene. Slik skal praksis bli mer objektiv, og motsetning til autonomiens subjektive bias. På den andre siden begrenses handlingsrommet til den enkelte profesjonsutøver. Når praksis kodifiseres som standarder gir det andre interessegrupper mulighet til å være deltakende i utarbeidelsen. Weisz, et al. (2007), derimot beskriver hvordan profesjonsgrupper aktivt bruker konstruksjon av standarder som en måte å beskytte gruppens autonomi fra ytre press. Gjennom etableringen av profesjonsutarbeidete standarder søker gruppen å beholde sin autonomi, på bekostning av den enkelte utøvers

individuelle handlingsrom (s. 692, 700 og 709). I lys av problemet mellom profesjonsgruppens og –utøverens autonomi, nyanserer Timmermans og Berg (2003) ved å introdusere et nytt begrepssett. Profesjonell versus klinisk autonomi, hvor den første viser til profesjonsgruppens autonomi og den siste til hver enkelt profesjonsutøvers handlingsrom i den konkrete situasjonen (i Carlsen, 2010, s. 261). Berg, med kolleger (2000), fremhever at det ikke er unaturlig for en profesjonsgruppe å omfavne standarder som et middel for å øke profesjonell status. Standarder bidrar til å skape transparens og troverdighet, i tillegg til at de bidrar til å definere et arbeidsområde som utøverne kan legge krav på (s. 774). Dermed kan prisen for opprettholdelse av profesjonens status være redusert klinisk autonomi (Carlsen, 2010, s. 261).

3.4.3 Konfliktlinje 3: Individuelle behov

Standarder kan hjelpe med å forhindre arbitrære beslutninger og skjødesløshet, samtidig som den innskrenker valgfriheten til den enkelte utøver (Berg et al., 2000, s. 774). Kritikere har oppfattet standarder som kokebok-medisin (Weisz et al., 2007, s. 714). Andre er kritiske til standardenes legitimitet. Blant annet fordi opphavspersonene befinner seg i en annen virkelighet enn utøverne, eller at standardene ikke klarer å ta høyde for det særegne i de enkelte tilfellene. Samtidig som den kliniske autonomien begrenses følger det også med en trygghet om at standardenes opphavspersoner er med på å bære ansvaret for handlingsvalgene (Carlsen, 2010, s. 264-267). Samtidig griper dette inn i de normative kravene som stilles til profesjonsutøvelsen. På den ene siden skal profesjoner utøves etter likebehandlingsprinsippet. Det forventes at like situasjoner behandles likt. Dette skal balanseres mot et ønske om individualisering, en idé om at alle skal behandles etter sine spesielle forutsetninger og behov (Grimen & Molander, 2008, s. 188-190). Kontroversen rundt standardisering og hvordan de påvirker individuelle behov har altså både faglige og etiske dimensjoner. En rekke undersøkelser viser at klinikere sjeldent følger standardene, men at det stadig gjør avvik og tilpasninger. Det konkluderes med at ingen standard klarer helt å fange virkelighetens kompleksitet. Det viser seg at løsere standarder med innebygde tilpasningsmuligheter, er smidigere og fører til større etterlevelse (Timmermans & Epstein, 2010, s. 81).

3.4.4 En standard er ikke nødvendigvis en standard

Standardisering kan også gi rom for variasjon. For eksempel omtales en *retningslinje* som «*vei man kan følge*» og «*noe man kan rette seg etter*», mens *prosedyre* omtales som en «*(fast) fremgangsmåte*» (Guttu, 2005). Her ønsker jeg å fremheve ordet *kan* i omtalen av retningslinje og ordet *fast* i omtalen av prosedyre. Dette kan tolkes dithen at det innenfor perspektivet av en retningslinje i langt større grad er rom for skjønnsutøvelse. I motsetning til en prosedyre som synes å kreve en langt strammere etterlevelse. Dette samsvarer med funnene til Berg, et al. (2000), som beskriver hvordan noen leger opplevde at deres standarder anerkjente arbeidets kompleksitet og dermed ga rom for bruk av skjønn (s. 775). Carlsen (2010) rapporterer lignende funn hos norske allmennpraktikere, som omtaler standarder som begrunner sine anbefalinger versus standarder som dikterer handlingsregler (s. 266-267). Litteraturen viser at standarder kan være ulike i utformingen med hensyn til deres omfang, fleksibilitet, kostnad og nøyaktighet (Timmermans & Epstein, 2010, s. 75).

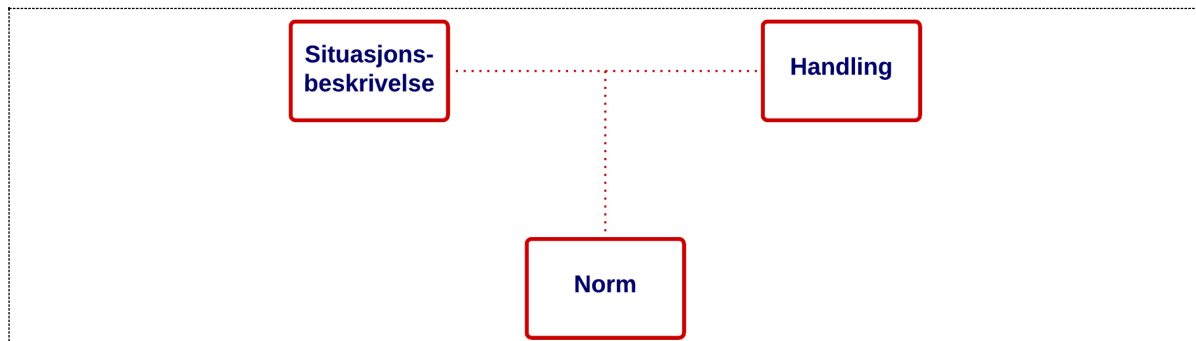
3.5 PROFESJONSUTØVELSE OG SKJØNN

Abbott (1988) beskriver hvordan profesjoner er kjennetegnet av å bruke formalisert kunnskap på enkeltstående tilfeller (hentet fra Molander & Terum, 2008, s. 19). Fordi generell kunnskap og handlingsregler sjeldent gir entydige svar på hvordan en skal handle i konkrete situasjoner må valgene som følger også innebære dømmekraft. Dette skaper en usikkerhet om hva som er det riktige valget. Dersom det aldri er usikkerhet vil arbeidet kunne utføres etter formler (Grimen & Molander, 2008, s. 179). Usikkerhet ligger dermed i kjernen for skjønnsutøvelse. Her vil jeg presentere flere perspektiver på skjønn, utfordringer med skjønn og hvordan skjønn kan reguleres. Disse er sentrale i den senere analysen og drøftingen.

3.5.1 Ulike syn på skjønn

Grimen og Molander (2008) viser til to måter å forstå skjønn på; skjønn som strukturell kategori og skjønn som epistemisk kategori. Med *skjønn som strukturell kategori* mener de et avgrenset handlingsrom hvor en har frihet til å ta valg, med gitte restriksjoner, bestemt av en myndighet. Det foreligger altså tre krav. For det første er retten begrenset innenfor et område (handlingsrom). For det andre ligger det restriksjoner til valgene en kan ta. Og for det tredje reguleres dette av en autoritet. Det skjønnsmessige handlingsrommet kan omtales som sterkt eller svakt, avhengig av hvor sterke restriksjonene er (s. 180-182). Et annet syn på skjønn er å

så se på det som en *epistemisk kategori*. I dette perspektivet er skjønn den beslutningsprosessen som ligger til grunn for handlingsvalget. Grimen og Molander (2008) definerer dette som: «*Et praktisk resonnement er å slutte til en handling fra en situasjonsbeskrivelse i kombinasjon med en norm*» (s. 182). Illustrasjon 3 viser deres modell om dette.



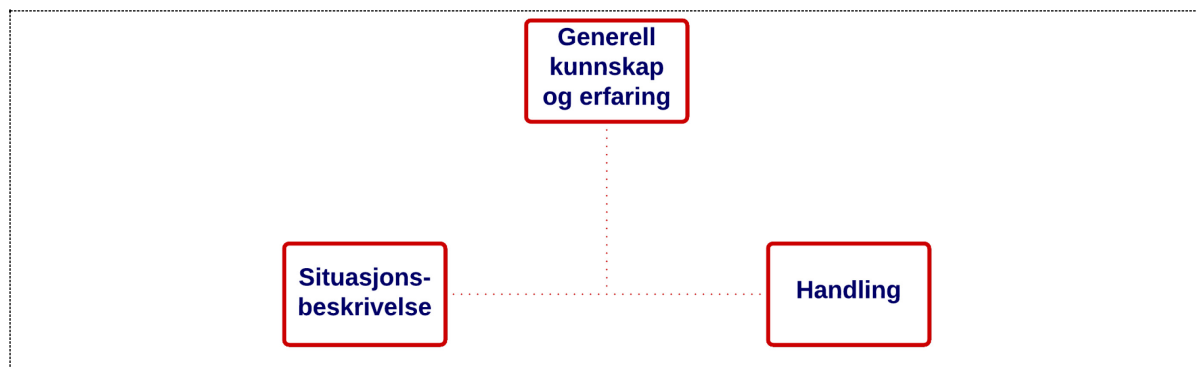
Illustrasjon 3. Modell som viser den skjønsmessige beslutningsprosessen

En norm er en generell regel for hvordan en skal handle i gitte situasjoner. Den skal understøtte hvordan en velger en bestemt handling. Dermed blir handlingen et resultat av både situasjonsbeskrivelsen og normen. Har vi ingen norm, kan vi heller ikke slutte ut fra situasjonsbeskrivelsen hva som skal gjøres. Hvis skjønnsutøvelse er anvendelsen av normer på gitte situasjoner for å treffe et handlingsvalg, så er dette ganske likt andre former for praktisk resonnering. Skillet går ved betingelsene det resonneres under, mer bestemt usikkerheten rundt situasjonsbeskrivelsen og normen (Grimen & Molander, 2008, s. 183-184).

En upresis situasjonsbeskrivelse kan være når det er vanskelig å sette diagnose eller hvor det er uklart hvilket lovbrudd som er begått. Manglende informasjon er kilden til denne usikkerheten, men det finnes forskjellige grunner til manglende informasjon. Tilgangen på informasjon kan være begrenset av tid, kontekst eller manglende undersøkelse. Selv om en har et klart bilde av situasjonen, så kan *normen være enten uklar eller omstridt*. Et eksempel på en uklar norm kan være en lovtekst som er romslig med hensyn til straffeutmålingen, som ved ordlyden: skal straffes med inntil (...) (Grimen & Molander, 2008, s. 183-187). Et annet eksempel kan være medisinske retningslinjer som angir vide doseringer, som når det står: doser á 2,5-10 mg. Spesielt fagområder som baseres på et empirisk kunnskapsgrunnlag har en fare for bestridelse av normens gyldighet. Store medisinske undersøkelser kan anbefale en bestemt behandling fordi den er effektiv i de fleste tilfeller, men hvor sikkert er det at den

virker best for akkurat denne pasienten? Det er heller ikke alltid det empiriske grunnlaget for en norm er god nok, og den generelle kunnskapsutviklingen innen fagområde skaper stadige endringer i normer (Grimen & Molander, 2008, s. 187-188). Det ligger i skjønnets oppgave å måtte sortere disse usikkerhetene, anvende passende norm og treffe en beslutning om handling. Dette gjør skjønn til en feilbarlig prosess.

Kirkebøen (2013) ser også på skjønn som en beslutningsprosess, men har allikevel en annen innfallsvinkel. Han definerer skjønn som en fagpersons vurdering av et problem basert på deres kunnskap og erfaring alene, uten bruk av hjelpemidler. Hjelpemidler kan være regler, formler eller dataprogrammer (s. 27). Ut fra dette synet er normen fjernet fra beslutningsprosessen. Illustrasjon 4 viser en modell for hvordan jeg forstår Kirkebøens syn på skjønn. Modellen er utformet for å kunne sammenligne med Grimen og Molanders modell.



Illustrasjon 4. Hvordan Kirkebøens syn på skjønn kan tegnes opp som en modell

Mens Grimen og Molander mener at en norm er en del av den skjønnsmessige vurderingsprosessen, så ser det ut til at mangelen på en norm er et poeng i seg selv etter Kirkebøens beskrivelse. Spørsmålet til Kirkebøen (2013) er hvor flinke fagfolk er til å treffe de riktige valgene, og hvilke betingelser skal til for å treffe slike valg. Han gjennomgår forskning på området og finner for det første at fagfolk forenkler problemene, og for det andre at de er lett påvirkelige (Kirkebøen, 2013, s. 28-30). Kahneman og Tversky (Kahneman, 2003; Tversky & Kahneman, 1974) har vært foregangspersoner i å vise at fagfolk bruker forenklingsstrategier når de tenker. Slike forenklingsstrategier erstatter logisk og krevende resonnering, men medfører også fare for feil. Deres forskning viser også at bruken av forenklinger i stor grad skjer ubevisst (hentet fra Kirkebøen, 2013, s. 30-31). I tillegg til å forenkle beslutningsprosessen, så lar fagfolk seg lett påvirke. I psykologien beskrives to måter å treffe beslutninger på. Intuitive beslutningsprosesser, også kalt system 1-tenkning, er rask,

assosiativ, automatisert og affektiv. Denne beslutningsprosess er lett påvirkelig, tar snarveier og faren for feil er stor. Fordelen er at den er veldig rask. Analytiske beslutninger, også kalt system 2-tenkning, er gjennomtenkt, regelstyrt, anstrengende og treg. Som med forenklinger, er vi ikke helt bevisste på hvilken beslutningsprosess vi bruker (Kirkebøen, 2013, s. 30-33).

Til tross for fallgruvene i beslutningsprosessene er det slik at enkelte fagfolk ofte intuitivt tar de riktige valgene. Dette kan forklares med mønstergjenkjenning, at svaret finnes i en tidligere erfaring som en raskt kjenner igjen. Tidligere erfaring er allikevel alene ikke nok for å utvikle godt skjønn. Det er også behov for en informativ tilbakemelding som leder til en bekreftelse eller korreksjon på virkelighetsoppfatningen. Var forrige beslutning basert på riktig informasjon og ble resultatet slik en hadde tenkt? Det må også finnes en sikkerhet for at tilbakemeldingen er sann, at kunnskapskilden den baserer seg på er valid og oppleves troverdig av utøveren (Kirkebøen, 2013, s. 35-39). Her skiller fagområdene seg. I noen fagområder er det mulig å få rask og presis tilbakemelding, og en er rimelig sikker på at kunnskapen i tilbakemeldingen er riktig. I andre fagområder er det enten vanskelig å få rask tilbakemelding eller det hersker usikkerhet om sammenhengene mellom situasjon, handling og resultat (Kirkebøen, 2013, s. 38-41). Kirkebøen (2013) oppsummerer at det er store variasjoner i fagfolks evne til å treffe gode skjønnsmessige beslutninger. Spesielt i fagområder hvor det er vanskelig å få sikre tilbakemeldinger. Som virkemidler for å forbedre fagfolks skjønnsutøvelse fremhever han bruken av sjekklister, handlingsregler og beslutningsstøttemodeller (s. 42-43). Ved å integrere dette i skjønnsutøvelsesprosessen står vi igjen med en modell som ligner Grimen og Molanders. Selv om modellene da ligner hverandre, har Kirkebøen fremhevet andre mekanismer for usikkerhet rundt skjønnsutøvelsen. Allikevel skal det poengteres at Kirkebøen mener at mekanismer for beslutningsstøtte i seg selv ikke er en del av selve skjønnsutøvelsesprosessen, men et virkemiddel som påvirker den. Bruken av beslutningsstøtte eliminerer heller ikke behovet for skjønn. Bruk av skjønn er fortsatt nødvendig for å avgrense problemstillinger og vite hvilke variabler som skal danne grunnlaget for beslutninger (Kirkebøen, 2013, s. 42).

3.5.2 Normative krav til skjønnsutøvelse

Skjønn handler ikke bare om å gjøre valg basert på usikkerhet. Det stilles også normative krav til skjønnsutøvelsen. For det første er det et *likebehandlingsprinsipp*. Dette er et krav om at like situasjoner behandles likt. Forskjellig behandling kan bare rettfærdiggjøres når det er

relevante forskjeller. Det betyr at uavhengig av tid, sted og profesjonsutøver, så bør like situasjoner få samme håndtering. For det andre er det en forventning om *reproduserbarhet*. I dette ligger det en forventning om at de samme beslutningene treffes, dersom valgmuligheten kunne gjentas. Kravet dreier seg altså om treffsikkerhet i beslutningen. Dersom en kommer til ulike vurdering hver gang, må en anta at valget er galt. For det tredje er det et *individualiseringsprinsipp*, som bygger på en forutsetning om at alle er unike. Det betyr at dersom vi behandler alle likt, vil vi i bunn og grunn behandle alle ulikt. Samme behandling av alle tar ikke hensyn til deres individuelle behov og premisser. I en verden med ubegrensete ressurser kan en gå i det lengste for å tilpasse seg hver enkelt situasjon. Derimot befinner profesjonsutøver seg i en skjæringspunktet hvor de på den ene siden skal de gi individuell behandling, samtidig som de skal være forvaltere av begrensede ressurser. Dermed står dette prinsippet i spenning med likebehandlingsprinsippet (Grimen & Molander, 2008, s. 188-190).

3.5.3 Regulering av skjønn

Som jeg har vist over så innebærer profesjonelt arbeid å ta valg med en viss usikkerhet om utfallet. Selv om skjønn ikke kan tas helt ut av en beslutnings regnestykke, så kan skjønnutøvelsen påvirkes. Det er et normativt spørsmål. På den ene siden kan skjønnnet innskrenkes for å sikre likebehandling og reproduserbarhet. På den andre siden gir skjønnsmessige valg fleksibilitet for tilpasning til individuelle behov. Basert på skillet mellom skjønn som strukturell kategori og skjønn som epistemisk kategori, viser Molander (2013) hvordan skjønnets handlingsrom kan påvirkes (s. 44-46).

Strukturelle mekanismer for regulering av skjønnutøvelse handler om ulike måter å innskrenke eller utvide det skjønnsmessige handlingsrommet. Molander (2013) beskriver fem slike mekanismer. Faren for *sanksjoner* (1) skal styre utøvere til plikttoppfyllenhet i forhold til regler, retningslinjer og etablert praksis. Sanksjonering innebærer også et system for kontroll og reaksjoner. *Restriktive mekanismer* (2) er bruken av stramme standarder og tildeling av rettigheter til klienter/pasienter. Dette er metoder for å begrense selve rommet skjønnnet kan utøves i. *Oppdelende mekanismer* (3) er å dele opp de skjønnsmessige beslutningene i flere deler og fordele myndigheten til flere personer. Slik blir det skjønnsmessige rommet til hver enkelt innskrenket, uten at det totale skjønnsmessige handlingsrommet nødvendigvis endres. Krav om systematisk beslutningstaking, kontrollrutiner og andre *forsinkende mekanismer* (4) gir mer tid til refleksjon. Intensjonen er å redusere faren for feilbedømmelser. Den siste

mekanismen er å *blokkere* (5) antall roller eller oppgaver en enkelt beslutningstaker har. Dette for å redusere faren for sammenblanding av roller, motiver og interesser (s. 48-50). Et eksempel på *oppdelende* (3) og *forsinkende mekanisme* (4) er det som i Paramedic Textbook kaller *online medical direction*. Dette er telefonisk tilgangen til en faglig overordnet person i beslutningssituasjoner. Hensikten er at personellet som er hjemme hos pasienten må konsultere lege, erfaren paramedic eller noen andre for å motta råd, veiledning, direkte instruksjoner eller tillatelse for behandling (Sanders et al., 2005, s. 15). Råd og veiledning vil således være et eksempel på forsinkende mekanismer, mens direkte instruksjoner eller innhenting av tillatelser er eksempler på hvordan myndigheten kan fordeles som er en blokkerende mekanisme.

Epistemiske mekanismer er en gruppe av virkemidler for å påvirke selve beslutningsprosessen. Her beskrives *formende mekanismer* (1) som måter å skape likhet i kunnskap, referanseramme og tenkesett på. Gjennom lik utdanning og felles arbeidsstrategier tror en at felles tankemønster utvikler seg slik at variasjonen i handlinger minskes. *Støttende mekanismer* (2) er verktøy som hjelper i selve beslutningssituasjonen. Evidensbaserte anbefalinger, retningslinjer, handlingsregler, mv. er eksempler på dette. Å styre atferd gjennom *motiverende mekanismer* (3) slik som anerkjennelse eller insentivordninger er en metode å påvirke skjønnsutøvelsen. *Deliberative mekanismer* (4) er måter å øke utøverens bruk av eksplisitte fremfor tause beslutninger. Tanken er at dersom utøveren vet det er en reell mulighet for å bli sett i kortene eller å komme i posisjon hvor de må redegjøre for sine handlinger, så vil de være mer bevisste når de gjør sine valg. Resonnementet eller begrunnelsen for valg som tas hver dag blir i større grad eksplisitte. Kollegial kasuistikk-gjennomgang er en måte å gjøre dette. Siste metode som beskrives er *deltakelsesmekanismer* (5) som er måter å inkludere alle berørte aktører i beslutningsprosessen (Molander, 2013, s. 50-54). For eksempel kan både fastlege, sykehuslege og pasienten alle være delaktige i beslutningen om sykehusinnleggelse eller ikke.

Her har jeg presentert ulike måter å påvirke skjønnsutøvelsen på. Det er ikke gitt at alle mekanismene er hverken ukompliserte eller isolert fra hverandre. De kan påvirke og til dels overlape hverandre (Molander, 2013, s. 52). Hva skiller for eksempel en prosedyre fra en retningslinje? Er det slik at førstnevnte er en strukturell restriktiv mekanisme og sistnevnte en epistemisk støttende mekanisme? Og hvordan forstår utøveren grensegangen mellom disse? Det er ikke min intensjon å drøfte kvaliteter ved disse reguleringsmekanismene, men å vise at

det disse finnes måter å påvirke profesjonsutøveres skjønnsutøvelse på og at disse står i en indre relasjon til hverandre.

3.6 HVA BETYR ALT DETTE FOR UNDERSØKELSEN OG DRØFTINGEN?

Her har jeg påpekt at *kvalitetssikring* handler om ledelsens ansvar for det systematiske og kontinuerlige arbeide med å sørge for at organisasjonen lever opp til de forventningene som stilles til den. Deretter har jeg belyst de fire dimensjonene jeg vil bruke som perspektiv i den videre undersøkelsen. Jeg har vist at kompetanse består av ulike egenskaper slik som kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger. Videre har jeg vist at *profesjonell kompetanse* må innebære noe mer. Blant annet evnen til overordnet refleksjon i situasjoner preget av usikkerhet. I denne sammenhengen har jeg presentert ulike egenskaper ved profesjoner, som vil være nyttig når jeg i drøftingen vil legitimere bruken av profesjonsperspektivet. Forståelsen for *godkjenningsordninger* viser hvordan informasjon om produktet, i denne sammenhengen tjenesten fra yrkesutøveren, danner opphavet for fenomenet godkjenningsordning. Videre er godkjenningsordninger en del av det komplekse bildet av ansvars plasseringen og hvordan denne kan fordeles mellom utøver, arbeidsgiver og stat. Her har jeg også problematisert godkjenninger som permanente markør på kompetanse versus som midlertidige kompetansebevis. *Standardisering* handler om å skape likhet over tid, sted og mellom personer. Et ideal blant annet motivert av ønsket om kvalitet, men som i praksis kan være krevende å oppnå. Standardenes konkrete utforming, kravene til etterlevelse og utviklingsprosessen bak dem er suksesskriterier for om klinikere faktisk omsetter standardene i praksis. Til slutt har jeg vist til *skjønnsutøvelsens* strukturelle og epistemiske sider. For å styrke kvaliteten på skjønsmessige beslutninger har jeg vist til en rekke ulike virkemidler som kan brukes for å påvirke de skjønnsutøvelsen.

Det teoretiske bakgrunns materialet presentert her blir i første omgang å danne basis for forskningsdesignet generelt og operasjonaliseringen av forskningsspørsmålene spesielt. Deretter vil de bidra til å sette forskningsfunnene i perspektiv og være en del av drøftingen.

4 METODISKE VURDERINGER

I denne masteroppgaven bruker jeg kvalitative data innhentet gjennom telefonintervjuer med sentrale fagpersoner i norske ambulansetjenester. Siktemålet er at disse dataene skal danne en fylldig beskrivelse av hvordan kvalitetssikring foregår i dag. I dette kapitlet redegjør jeg for forskningsprosessen, de metodiske valgene og vurderingene som ligger bak. I tillegg vil det i dette kapitlet være en drøfting av forskningskvaliteten gjennom perspektiver på validitet og reliabilitet, etiske sider og forhold rundt meg selv som forsker.

4.1 METODOLOGISKE ASPEKTER

Som et primært deskriptivt forskningsprosjekt griper oppgaven inn i kjernen av kvalitativ empirisk forskning: Å observere verden for å beskrive dets fenomener og slik skape kunnskap om den. Her har jeg brukt norske ambulansetjenester som kasus i undersøkelsen. Selv om det ikke er noen definisjonsmessig konsensus om kasusforskning, kan vi si at den tar utgangspunkt i kun en eller noen få enheter, hendelser eller fenomener (Blatter, 2008, s. 68). Med Stakes (1995 i Postholm, 2010) begrepssett er dette et instrumentelt kollektivt kasusstudie (s. 52) fordi flere ambulansetjenester, altså flere kasuser, brukes for å få innsikt i et problemområde. Det er mitt ønske å kartlegge et eksisterende fenomen og drøfte dette i lys av eksisterende teoretiske perspektiver. Undersøkelsen er dermed deskriptiv, kjennetegnet ved at en *«prøver å studere tingenes tilstand slik den er»* (Kleven, 2002b, s. 265).

Som nevnt i problemstillingen så har hensikten vært å avdekke hvordan kvalitetssikring av yrkesutøvelse foregår i ambulansetjenestene, og hvilke begrunnelser som foreligger for hvorfor det gjøres slik det gjør. På forhånd hadde jeg en viss kjennskap hovedtrekk, men ikke til alle detaljer. Dermed har jeg heller ikke hatt muligheten til å fullt ut forhåndsdefinere alle spørsmål, spørsmålskategorier og svaralternativer. Det har gjort at jeg har hatt et behov for en datainnsamlingsmetode med eksplorative muligheter. Derfor har jeg valgt semistrukturerte intervjuer som metode for datainnsamlingen. Det har gitt fleksibilitet til å justere og utdype spørsmålene gjennom intervjuets forløp.

4.1.1 Kvalitativ forskning som har kvantitative sider

Med semistrukturerte intervjuer har innsamlingsmetoden hatt karakter av et kvalitativt forskningsprosjekt. Dataene som beskriver hvordan kvalitetssikring foregår i

ambulansetjenestene har hovedsakelig vært konkrete og faktapreget. Nettopp fordi dataene har vært så konkrete og faktapregete så har de vært egnet til kategorisering. Denne kategoriseringen har vært gjenstand for telling. Slik kan dataene vise omfanget på ulike former for kvalitetssikring. Dermed har disse dataene kvantitative egenskaper, fordi de kan uttrykkes som mengdetermer. Dette synet har jeg basert på Grønmos (1996) påstand om at det er dataenes egenskaper, ikke undersøkelsesmetoden, som avgjør om det er kvalitativ eller kvantitativ forskning. Og at det er snakk grader av kvantitative og kvalitative data, ikke ytterpunkter på en skala (s. 73-74). Andre deler av datamaterialet, der hvor informantene kommer med årsaker og begrunnelser, har jeg brukt til å forstå de bakenforliggende mekanismene. Dette har vært data av mer kvalitativ karakter. Dermed er denne undersøkelsen, i tråd med Grønmos påstand, kvalitativ forskning med kvantitative innslag.

4.2 FORSKNINGSDESIGN OG –PROSESS

Som forskningsdesign er det altså valgt en primær deskriptiv instrumentell kasusstudie med et semistrukturert intervju som metode. I det følgende vil jeg redegjøre for populasjonen og utvalget, utarbeidelsen av intervjuguiden, datainnsamlingen og analysearbeidet.

4.2.1 Populasjon, utvalg og informanter som deltok

Populasjonen har vært definert som ambulansetjenester i Norge. Søk i Statistisk Sentralbyrås statistikkbank viser at 17 offentlige helseforetak organiserer ambulanssevirsomhet (SSB, 2014). Utvalget består av hele populasjonen. For få informanter gjør det vanskelig å generalisere, mens for mange gjør det vanskelig med dyptgående analyser (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 148). Ved å velge alle har jeg unngått generaliseringsproblemet fordi alle er beskrevet. Konsekvensene av dette er et mer omfattende analysearbeid. På dette stadiet i forskningsprosessen antok jeg at beskrivelser av kvalitetssikringsarbeidet ville gi faktapregete data. Slike data er lettere å få oversikt over og kategorisere, som også gjør analysearbeidet enklere. Informantenes meninger og begrunnelser, data som er mer arbeidskrevende å få oversikt over, antok jeg kun ville utgjøre en mindre del av materialet. Fordelen med å unngå generaliseringsproblemet, og fordelene med mye faktapreget data, er årsaken til dette valget.

Informantene blir således personer som representerer ulike ambulanseorganisasjoner. Ønskelige egenskaper ved dem er inngående kjennskap til organisasjonen og reflektert kunnskap om temaet. Da jeg kontaktet organisasjonene ba jeg om å få intervjuet en

«opplæringsleder, sentralt plassert fagutvikler eller annen person med faglig relevant kunnskap om temaene». Som forsker har jeg stått for utvalget og kriterier som beskriver informantene. Hvilken informant som faktisk representerer ambulanseorganisasjonen er det organisasjonene selv som har gjort. Organisasjonens prosess bak seleksjon av informant er for meg ukjent.

Av kapasitetshensyn er det kun én informant per ambulansetjeneste. I hvilken grad denne ene personen har en forståelse for temaet som er helt og holdent omforent med organisasjonens forståelse er usikkert. En kan stille spørsmål med hvorvidt en person alene fullt ut klarer å beskrive forholdene ved organisasjonen. For å sikre en helere beskrivelse kunne en ideelt sett tenke seg flere informanter per organisasjon. I vektingen mellom personenes trolig gode kjennskap til organisasjonen, informasjonens overveiende karakter av fakta og min egen kapasitet, har jeg prioritert å inkludere alle ambulansetjenester representert ved en informant. Alternativene jeg har valgt bort er færre ambulansetjenester representert med flere informanter, eller kun en ambulansetjeneste med en rekke informanter.

Av de 17 ambulansetjenestene som har blitt kontaktet har det vært mulig å gjennomføre intervju med 12. Hos de siste fem har det ikke vært mulig å avtale intervju, enten fordi det ikke har passet tidsmessig for informanten eller fordi de av ukjente grunner ikke har besvart henvendelsene per epost og telefon. Hos de 12 hvor intervju har blitt gjennomført oppga informantene ulike stillingstitler slik som: *Fagkonsulent, fagkoordinator, faglig leder, fagutviklingsansvarlig, hovedinstruktør, kvalitetsrådgiver, leder for fagutvikling, opplæringsansvarlig, opplæringskoordinator eller leder for kompetanseavdeling*. Titlene er ulike, men innenfor samme sjanger. Dette kommer også frem når de forteller om sine arbeidsoppgaver. Samtlige beskriver at de sitter sentralt plassert i organisasjonen. Om arbeidsoppgavene forteller de alle om overordnede funksjoner i forhold til utvikling av standarder, opplæring, sertifisering av personell og arbeid med fagutvikling. Informantenes sentrale plassering i organisasjonen og relevansen av deres arbeidsoppgaver gjør at de fremstår som egnede intervjuobjekter.

4.2.2 Utvikling av intervjuguide

Intervjuguiden er utviklet i en sammenvevd prosess mellom tilegnelse av feltets teoretiske bakgrunn, tidligere forskning og personlig kjennskap til ambulanseorganisasjoner. Jeg har på et tidlig stadium gjort meg kjent med relevant litteratur om profesjon, kompetanse,

sertifisering, standardisering og profesjonsutøvelse. I tillegg er jeg som forsker også selv paramedic og rotfestet i en ambulanseorganisasjon. Det betyr at jeg allerede har et nært forhold til begreper og systemer for kompetansearbeidet som gjøres der. Kombinasjonen av overgripende teori og egen nær kunnskap om slike organisasjoner har bidratt til å konstruere spørsmålene i intervjuguiden.

Intervjuguiden tar utgangspunkt i forskningsspørsmålene. Disse har blitt operasjonalisert til flere konkrete spørsmål. Det har samtidig vært et blikk tilbake mot teorien og et blikk frem mot analysen og diskusjonen, for å sikre at nødvendige temaer ville bli belyst i intervjuet.

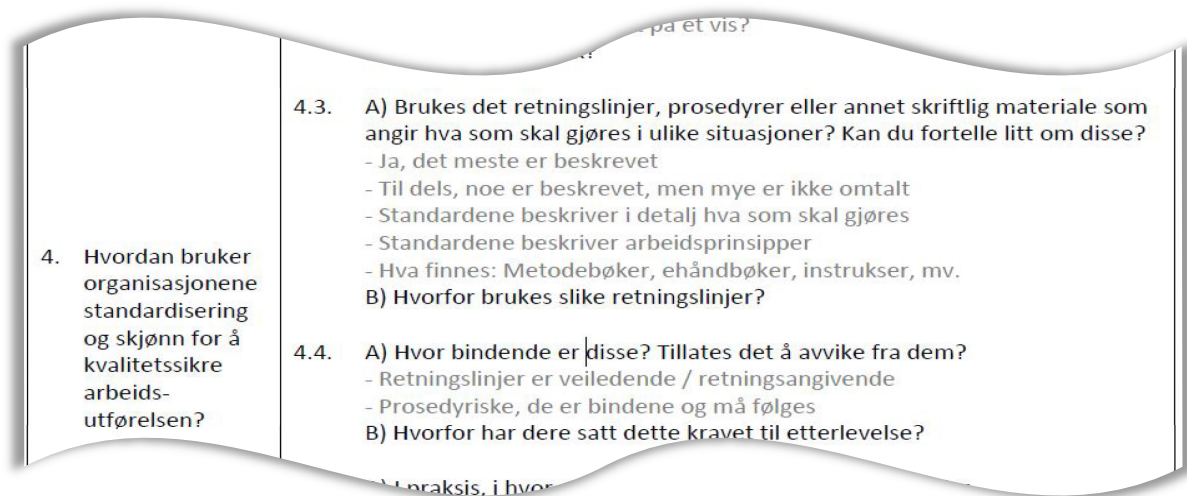
I vurderingen mellom strukturerte eller ustrukturerte intervjuer har jeg forsøkt å få til mest mulig strukturerte intervjuer. For det første ville det sikre at intervjuene ble mest mulig like i innhold og at alle spørsmålsområder ble dekt i alle intervjuer. Strukturering ville gjøre sammenligningen lettere i den senere analysefasen også. Allikevel har det vært åpning for å tillate spørsmål og samtaler utover de strukturerte spørsmålene. Dette for å kunne avklare eller utdype svar som ikke fullt ut ble forstått av meg som intervjuer. I tillegg måtte jeg ta høyde for at jeg ikke klarte å forutse alle fenomener eller begrepsvarianter som var relevante for forskningsspørsmålet. Det måtte være en beredskap for å kunne utforske det som dukket underveis. Dette innebærer at intervjuguiden er det Kleven (2014) definerer som et semistrukturert eller halvstrukturert intervju (s. 38-39). Konsekvensen er at intervjuene kan bli noe forskjellige, som gjør komparasjon senere mer krevende. For å kompensere for dette er intervjuguiden skrevet med en skisse til hva svarene potensielt kunne inneholde. Skissen over mulige svar har vært skjult for informanten, men har vært ment som en hjelp til meg som intervjuer for å sikre at svarene ble tilstrekkelig dekkende i både bredde og dybde (Kleven, 2014, s. 38; Postholm, 2010, s.165-166). Intervjuguiden har blitt testet ut på personer med relevant fagbakgrunn i ambulansetjenesten for å få erfaringer med både struktur og spørsmål. Dette førte til justeringer i utformingen av intervjuguiden.

Intervjuguiden har en innledende del som skal varme opp informanten og skape tillit. Her gis informasjon om prosjektet, intervjumetoden og det innhentes informert samtykke. I tillegg skaffes bakgrunnsinformasjon om intervjuobjektet slik som tittel og arbeidsoppgaver i organisasjonen. Deretter er intervju organisert i tre temaområder basert på forskningsspørsmålene:

1. Hvilke kvalifikasjoner kreves for å arbeide i ambulansetjenesten?

2. Hvilke virkemidler benytter organisasjonene for å sikre medarbeidernes kompetanse?
3. Hvordan bruker organisasjonene standardisering og skjønn for å kvalitetssikre arbeidsutførelsen?

Som et eksempel så har det tredje forskningsspørsmålet, «Hvordan bruker organisasjonene standardisering og skjønn for å kvalitetssikre arbeidsutførelsen?», blitt operasjonalisert i 11 hoved- og underspørsmål. Illustrasjon 5 viser noen av spørsmålene.



Illustrasjon 5. Eksempler på intervju spørsmål

I illustrasjon 5 vises spørsmålene med sort tekst. Den grå teksten er en skisse over mulige svar. Sistnevnte har vært skjult for informanten, men vært en hjelp for meg som intervjuer for å sikre tilstrekkelig dybde og bredde i svarene. For hele intervjuguiden, se vedlegg 2.

4.2.3 Datainnsamling

Første kontakt med informantene er gjort per epost. I eposten fikk de informasjon om studiet (vedlegg 1) og det har blitt gjort avtaler om tid for intervju. Intervjuene er gjennomført per telefon uten bruk av opptaksutstyr. Jeg har i løpet av samtalene tatt notater direkte inn i et elektronisk intervju skjema (Microsoft Word 2013, versjon 15.0.4753.1003). Notatene er til dels direkte sitater og til dels parafrasering. Sitater er i notatene tydelig merket med anførselstegn. Etter intervjuet er notatene sendt til informanten for gjennomlesing. Slik fikk vedkommende mulighet til å rette eventuelle misforståelser eller komme med ytterligere opplysninger dersom det var ønskelig. Valget om ikke å bruke lydopptak og transkribering ble

gjort fordi det ville generert langt mer data for bearbeiding, uten at det i denne sammenhengen nødvendigvis ville tilført mer informasjon. Valget var dermed gjort for å redusere arbeidsbelastningen, slik at det ble mulig å gjennomføre flere intervjuer. En del av denne vurdering var også at intervju spørsmålene var konkrete og faktapreget karakter. Forutsetningen var en antakelse om at det ikke var behov for å tolke språklige eller andre kommunikative detaljer senere i analysefasen. Hvorfor-spørsmålene, der hvor jeg var ute etter begrunnelser, har jeg vært ekstra bevisst på omhyggelig notering av informantens ordvalg. Hvert intervju har tatt i underkant av en time. Informasjon som bærer preg av konkrete fakta, økt fokus i intervjuet ved meningsbærende utsagn og informantenes gjennomlesing av intervjunotatene i etterkant, mener jeg samlet sett sikrer god nok datainnsamling til at dette rettferdiggjør telefonintervjuer uten bruk av lydopptak.

4.2.4 Bearbeiding av data

Analysen av dataene har fokusert på meningsinnholdet. Tilnærmingen har vært induktiv fordi jeg har søkt å avdekke og forstå hvordan kvalitetssikring av ambulansarbeid gjøres (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 224). Hele datamaterialet har blitt overført til et regneark (Microsoft Excel, versjon 16.0.6001.1038) og organisert i temaområdene kompetanse, roller og godkjenninger, standarder, og skjønn og handlingsrom. Fordi informantene har hatt ulike begrepssett har jeg brukt kategorisering for å kunne systematisere, sammenligne og enkelte ganger telle fenomener. En del beskrivende utsagn har også blitt kodet, for å kunne bruke disse som illustrerende sitater.

4.3 VURDERING AV KVALITET

Vurdering av kvalitet handler i grunnen om å stille seg tre spørsmål. Er funnene og konklusjonene i forskningene sanne? Hvis andre vil undersøke det samme, vil de gjøre de samme oppdagelsene? Og er forskningen gjennomført på en etisk forsvarlig måte? Med andre ord så handler disse tre spørsmålene om å vurdere validiteten, reliabiliteten og de etiske sidene ved forskningen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Dette redegjør jeg for her.

4.3.1 Validitet

Innen kvalitativ forskning finnes det flere fremgangsmåter for å vurdere validiteten (Kleven, 2008, s. 219-131; Kvale & Brinkmann, 2015s. 278; Maxwell, 2013, s. 124-138), men i bunnen for dem alle ligger kjernes spørsmålet: Hvorfor skal noen tro at forskningsfunnene er

riktige? Å svare på dette handler om å lete etter trusler mot validiteten, og designe et forskningsprosjekt som tar høyde for disse truslene. Dermed handler validitet om hva en gjør for å ivareta sannheten gjennom hele forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 277-278; Maxwell, 2013, s. 4-5 og 121). For å vise mine vurderinger for å sikre validiteten gjennom forskningsprosessen, bruker jeg Kvale og Brinkmanns (2015) inndeling i syv stadier (s. 278).

Tematiseringen (1) og *planleggingen* (2) handler om å sikre en solid sammenheng mellom formålet med studien, forutatakelsene og et teoretisk fundament. Videre handler det om å utlede forskningsspørsmål og designe et forskningsopplegg i tråd med dette (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 278). I innledningen viser jeg hvordan temaet kvalitetssikring er en dagsaktuell problemstilling hos andre helsepersonellgrupper, og at tilsynsmyndighetenes kontrollvirksomhet vektlegger det samme hos ambulansetjenesten. Utviklingen av forskningsspørsmålene har vært en gjentakende prosess etter hvert som jeg har lest relevant teori og planlagt forskningen. Dette har ført til et sett med forskningsspørsmål som er direkte knyttet til de fire analytiske dimensjonene: Kompetanse, godkjenningsordninger, standardisering og yrkesutøvelse. Disse dimensjonene er utledet fra den litteraturen jeg har presentert i den teoretiske rammen. Det analytiske arbeidet og presentasjonen av drøftingen er også bygd rundt disse dimensjonene. Derfor mener jeg det er en tydelig logisk sammenheng mellom temaet, eksisterende kunnskap, forskningsspørsmål, datainnsamlingen, analysen og drøftingen.

Håndteringen av etterretteligheten og korrektheten i datainnsamlingen og analysearbeidet er Kvale og Brinkmanns (2015) tredje, fjerde og femte stadium; *Intervjuing* (3), *transkribering* (4) og *analysering* (5) (s. 278). For å få intervjuer som gir gode og troverdige opplysninger har jeg vært opptatt av å skaffe rett informant. Dette har jeg gjort ved å beskrive egenskapene ved informanten, som jeg har brukt når jeg har kontaktet de ulike ambulansetjenestene. I intervjuenes innledende faser har jeg også kartlagt informantens bakgrunn og rolle i organisasjonen, nettopp for å ivareta validiteten (se intervjuguiden i vedlegg 2). Selv er jeg også paramedic og har god kjennskap til ambulanseorganisasjoner. Derfor har jeg brukt et semi-strukturert intervju. Slik har intervjuet vært en dynamisk trekant mellom meg som intervjuer, informanten og intervjuguiden. Dette har sikret at de forhåndsdefinerte temaområdene har blitt undersøkt, samtidig som det har gitt fleksibilitet til å forfølge samtaletråder som var relevante, men uventede. Som nevnt tidligere har intervjuene ikke vært

tatt opp på bånd, som omgår utfordringer med transkribering. Det gir mindre rike data, men som er lettere å håndtere. Dataenes faktapregete karakter gjør behovet for rike data mindre. Dette gir derimot andre utfordringer med hensyn til misforståelser. Derfor har jeg brukt medlemsvalidering (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 356; Postholm, 2010, s. 132-133) for å redusere misforståelser eller unøyaktigheter i det skriftlige produktet av intervjuet. Åtte av tolv informanter har i etterkant eksplisitt godkjent de skriftlig nedtegnete intervjuene. Enkelte har i tillegg kommet med mindre tilføyelser eller presiseringer. Fire informanter har ikke latt høre fra seg etter at de fikk tilsendt intervjuets nedtegnelser. Hvordan fravær av tilbakemelding skal tolkes er vanskelig. Det kan være flere årsaker, slik som mangel på tid, ingen interesse eller at de har opplevd innholdet som riktig gjengitt og derfor ikke tok seg bryet med tilbakemelding. De åtte som faktisk ga tilbakemelding hadde etter min oppfatning kun ubetydelige endringer. Det gjør at jeg antar det ikke er nevneverdige uklarheter hos de fire informantene som ikke har latt høre fra seg. Analysearbeidet har handlet om å sortere dataene og forstå dem i lys av de fire definerte analytiske dimensjonene kompetanse, godkjenningsordninger, standardisering og skjønnsutøvelse. Disse dimensjonene er bakt inn i de tre forskningsspørsmålene, og intervjuguiden er bygd opp rundt forskningsspørsmålene. Dermed er det en logisk sammenheng mellom forskningsspørsmål, intervju og analyse som jeg mener øker kvaliteten i forståelsen av dataene.

De to siste stadiene omtalt av Kvale og Brinkmann (2015) handler om bevisste vurderinger rundt *valideringsmetoder* (6) og *rapportering* (7) av forskningen (s. 278). Med hensyn til valideringsmetoder har jeg gjort valg med hensyn til rikere datasett, triangulering og komparasjon. En mer omfattende undersøkelse som strekker seg over lengre tid eller som er mer dyptgående kan gi et mer komplett datasett. Tilfeldige svar, meninger som endrer seg (modning) og presiseringer kan oppdages ved gjentatte intervjuer (Maxwell, 2013, s. 126). Her kunne jeg også benyttet triangulering ved å gjøre dokumentanalyser av ambulansetjenestenes standarder, tekster fra stillingsutlysninger og undersøke internkontrolldokumenter, for å gi et rikere datasett (Bhattacharya, 2008, s. 254). Dette har jeg valgt å ikke gjøre. Arbeidsinnsatsen har jeg prioritert å bruke på å intervju flere informanter fra flere ambulansetjenester, istedenfor dyptgående undersøkelser i noen få ambulansetjenester som kunne gitt mer rikholdige data. Min vurdering har vært at informantene har vært godt nok egnet til å kunne gi troverdig informasjon i intervjuene. Som nevnt har jeg også bakgrunnsopplysninger av informantene for å avdekke deres egnethet og medlemsvalidering i etterkant. Videre er formålet primært deskriptiv, å gi en oversikt over de

kvalitetssikringsmetodene som brukes, fremfor uttømmende analyse av hver enkelt kvalitetssikringsmetode. Det er først når dette landskapet er beskrevet at videre forskning kan gå i dybden på enkelte fenomener. Sammenligning mellom grupper kan også brukes i kvalitative multikasus-studier for å avsløre mulige trusler mot validiteten. Spesielt i relativt homogene grupper fordi ulikhetene skiller seg tydeligere ut (Maxwell, 2013, s. 129). Det forutsetter at kasusene, i dette tilfellet ambulansetjenestene, er rimelig homogene og befinner seg i samme kontekst. Lincoln og Guba (1989; 2000) sier at overføring eller sammenligning mellom kasus kun kan skje hvis det er likhet mellom kasusene (i Postholm, 2010, s. 51). Min vurdering er at ambulansetjenestene som er undersøkt er rimelig ensartete og at de opererer i samme kontekst. Dette begrunner jeg med at de er underlagt de samme lovene og reglene, tilhører samme helsevesen og befinner seg under de samme norske sosio-kulturelle betingelsene. Det er på overflaten ingen åpenbar grunn til å se vesensforskjeller mellom dem. Jeg finner heller ingen utsagn hos informantene som skulle tilsi at de ikke skulle kunne sammenlignes. Når jeg så sammenligner ambulansetjenestene og datamaterialet, finner jeg ingen inkonsistenser som indikerer en mulig validitetstrussel. For øvrig mener jeg at transparens i forskningen gir deg som leser selv muligheten til å vurdere funnenes gyldighet. Derfor redegjør jeg ikke bare for forskningsprosessen og hvem jeg er som forsker. Jeg har valgt å inkludere en rekke utsagn fra informantene, slik at du selv kan vurdere sammenhengen mellom hva informantene forteller og hvordan jeg bruker utsagnene i analysen.

4.3.2 Ytre validitet eller generalisering

Begrepet *ytre validitet* brukes om forskningens konklusjoner kan generaliseres til å gjelde større grupper eller individer enn de som har blitt undersøkt. Her vil jeg presiserer at jeg bruker Maxwells (2013) begreper *indre-* og *ytre generalisering*. Indre generalisering handler om det som er studert faktisk representerer hele kasusen, mens ytre generalisering blir å forstå som ytre validitet i klassisk forstand. Siden undersøkelsen har et primært deskriptivt formål blir spørsmålet om generalisering et spørsmål om beskrivelsene av de undersøkte ambulansetjenestene også kan gjelde de som ikke har vært undersøkt (Lund, 2002b, s. 121-123; Maxwell, 2013, s. 136-138).

Populasjonen er definert som Norges 17 ambulansetjenester, og det er en informant per ambulansetjeneste. Informanten representerer således en hel organisasjon. Dermed kan en spørre om det faktisk foreligger en indre generaliserbarhet (Maxwell, 2013, s. 137) ved å intervju kun en eneste representant fra organisasjonen. Hvorvidt kan denne ene personen inneha hele virkelighetsbildet for organisasjonen (i den grad det finnes ett gyldig og helt

virkelighetsbilde)? Hvis vi ser tilbake til 4.2.1. om informantenes karakteristikk, er det god grunn til å gå ut i fra at de er kunnskapsrike om temaet og tilstrekkelig sentralt plassert i organisasjonen til å gi kvalifiserte svar. Spørsmålene i intervjuguiden om tittel og arbeidsområder var nettopp for å sikre at informanten hadde tilstrekkelig kunnskap til å kunne gi fylldige nok og riktige svar gjennom intervjuet.

Generalisering av forskningsfunnene til å gjelde andre kasuser eller grupper er mer utfordrende med kvalitative studier (Maxwell, 2013, s. 137-138). For å unngå utfordringer med representativitet så har utvalget bestått av hele populasjonen. Allikevel var det kun 12 av 17 ambulansetjenester som lot seg intervju. Det er vanskelig å se om det er noen fellestrekk ved de fem som ikke lot seg intervju. Selv om det ikke er noe som tilsier det, så er det for meg uklart om de fem kan være en særegen gruppe som skiller seg vesentlig fra de 12 som lot seg intervju. Fordi jeg har vurdert ambulansetjenestene å være en rimelig homogen gruppe, og fordi det etter min vurdering ikke fremkommer noen informasjon i datamaterialet som skulle tilsi noe annet, antar jeg at det først og fremst er tilfeldigheter som avgjorde hvem som lot seg intervju. Jeg ser ingen grunn til å tro at forholdene som beskrives i denne undersøkelsen ikke også skulle kunne gjenfinnes hos de øvrige fem ambulansetjenestene, jamfør begrepet *face generalizability* (Singer, ukjent år, i Maxwell, 2013, s. 138).

4.3.3 Reliabilitet

Reliabilitet eller troverdighet handler om konsistensen på det vi måler. Eller sagt på en annen måte: Hvis noen andre undersøker dette en annen gang, vil de gjøre de samme funnene (Kleven, 2002a, s. 154; Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276)? For å styrke reliabiliteten har forskningsspørsmålene blitt operasjonalisert i til dels gjentakende og overlappende spørsmål. Dette for å sikre rikt beskrivende og mest mulig komplette svar på spørsmålene, men også for å ta høyde for den refleksjonen som kan ha oppstått etter et spørsmål. Slik har det vært mulig å fange om nyanseringer. Dette er beskrevet som en måte å teste svarenes reliabilitet på (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 192). Hos enkelte informanter har det oppstått situasjoner hvor de ikke på forhånd har hatt gjennomtenkte svar på spørsmålet. Dette gjelder særlig der hvor det har blitt etterspurt begrunnelser. Altså hvorfor-spørsmål. I disse situasjonene har informantene gjerne tatt betenkningstid, rett ut sagt at de ikke vet, eller at de gjennom samtalen har resonnet seg frem til et svar. En kan tenke seg at spørsmålet har vekket undring hos informanten, slik at neste gang de får tilsvarende spørsmål, vil modningstiden medføre at

informanten også har andre svar. For å få færreste mulig slike situasjoner har informantene per epost i forkant fått opplysninger om tema og problemstilling, se vedlegg 1. Dette skulle ikke bare bidra til et informert samtykke, men også forberede informanten slik at svarene kunne bli mer gjennomtenkte. Allikevel har slike hendelser med usikkerhet og refleksjon oppstått i løpet av intervjuene. Videre er det slik at en forskers befatning med et tema og en informant, fører til en påvirkning som kan lede til endringsprosesser hos informanten (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 51-52; Maxwell, 2013, s. 127). Opplysningene har allikevel hovedsakelig stabile egenskaper fordi de er konkrete og faktapregede. Også det forholdet at informantene er erfarne yrkesutøvere i sentrale stillinger burde tilsi en viss grad av stabilitet rundt deres syn når de blir stilt hvorfor-spørsmål. Derfor er jeg av den oppfatning at også andre vil gjøre de samme oppdagelsene, dersom de skulle gjøre tilsvarende undersøkelser.

4.3.4 Forskningsetiske aspekter

Planen for håndtering av informert samtykke, personvern, utvalget av informanter, datainnsamlingsmetoden og informasjonssikkerhet, er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD), se vedlegg 3.

Informert samtykke har blitt håndtert i flere trinn. For det første har alle informanter mottatt et informasjonsbrev, se vedlegg 1. I brevet får de informasjon om bakgrunnen og formålet med undersøkelsen. De har ikke fått informasjon om de konkrete spørsmålene, men temaområdene er beskrevet. For det andre beskriver brevet at deltakelse er frivillig og at de uten å oppgi grunn kan trekke seg før, under og etter intervjuet. For det andre får deltakerne den samme informasjonen muntlig på starten av intervjuet, se vedlegg 2. For det tredje får de tilsendt den skriftlige nedtegnelsen av intervjuet etterpå. Informantene er voksne, frivillige og informerte. I tillegg er de, i kraft av sin stilling, også erfarne innenfor sitt arbeidsområde. Utvalget baserer seg på ledere eller sentralt plasserte fagutviklings- og opplæringsmedarbeidere. Dette er ansvarsroller i organisasjonene som krever at personene innehar yrkeserfaring og refleksjoner om egen praksis. Selv om det alltid er et asymmetrisk forhold mellom forsker og informant (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 51), mener jeg de er rollemessig godt rustet til å håndtere dette. Derfor er det samlet sett min vurdering at det er uproblematisk å gjennomføre intervjuene.

Alle data har blitt anonymisert. Både informantene som personer og organisasjonen de arbeider for. Dette har vært utfordrende fordi kun en person i hver organisasjon har blitt intervjuet. Fagmiljøet er lite og hver organisasjon kan ha unike karakteristika. Det betyr at en

informant kan gi opplysninger som er så særegne for sin organisasjon at dette indirekte kan tilbakeføres til organisasjonen og sekundært til informanten selv. Informantene ble i forkant opplyst om denne usikkerheten (vedlegg 1 og 2). Selv om dette er uheldig så har jeg vurdert dette som et akseptabelt usikkerhetsområde. Både fordi spørsmålene ikke har vært av sensitiv karakter, og fordi informantene var informert i forkant og aksepterte denne usikkerheten. Allikevel, for å sikre ytterligere anonymisering, har jeg brukt parafrasering og omskrivninger for å redusere gjenkjennelsesfaren. I dette tilfellet er det en styrke at jeg kjenner fagfeltet godt. Det har lettet min gjenkjennelse av unike beskrivende karakteristikk. Videre har informantene også fått tilsendt intervjuet skriftlig i etterkant. Slik har de hatt muligheten til å korrigere, eventuelt fjerne hele eller deler av intervjuet. Sistnevnte har også vært en del av validitetsprosessen, se avsnitt 4.3.1.

En kan også spørre seg hvilke konsekvenser forskningen har for informanten, deres organisasjon og for samfunnet for øvrig (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 96 og 110). Dersom forskningen har negative konsekvenser for en av disse, kan den da være etisk? Og kan forskning som er konsekvensløs for samfunnet være etisk? Så lenge informanten og deres organisasjon forblir anonyme, kan jeg ikke se at verken intervjuene eller publisering av mastergradsoppgave skal ha negativ innvirkning på dem. Tvert imot kan det være at intervjuene vekker undring og refleksjon om deres egen praksis som kan være av positiv verdi. Som et deskriptivt kasusstudie kan denne være nyttig fordi den ser på et felt det er gjort lite forskning på tidligere (Postholm, 2010, s. 51). Prosjektet er basert på en overbevisning om at kunnskap om kvalitetssikring i ambulansetjenesten vil være med på å styrke dette arbeidet for hele dette fagmiljøet. Slik håper jeg at resultatet blir et positivt bidrag til kvalitetssikringsarbeidet i hver enkelt organisasjon.

4.3.5 Forskeren og temaet

Som nevnt innledningsvis har jeg selv en paramedicutdanning og er ansatt i en ambulansetjeneste. Jeg har hatt ansettelsesforhold til to ulike ambulansetjenester og dermed inngående kjennskap til disse. I profesjonsforskningen er det kjent at mye av forskningen gjøres av profesjonsutøvere selv. De studerer egen profesjon. Slik nærhet kan være en ressurs, men mangel på distanse kan også svekke det kritiske blikket. Dette kan gi forskning for «*innvortes bruk*» som fungerer som en legitimering av profesjonaliseringsprosjekter med lav samfunnsvitenskapelig relevans (Molander & Smeby, 2013, s. 10). En kan spørre seg om jeg

er en uavhengig forsker? For forskerens uavhengighet kan påvirkes både ovenfra og nedenfra (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 108). Eller som i dette tilfellet muligens innenfra. Som fagperson kan jeg være en del av profesjonaliseringsprosjektet, og blir det da en nøytral undersøkelse? Her kan jeg ikke gjøre annet enn å synliggjøre problemstillingen, slik at du som leser selv kan vurdere denne potensielle biasen. Gjennom transparens i metode og analyse vil jeg forsøke å gi deg muligheten til å selv kritisk vurdere funnene, analysen og drøftingen. Det kan også være fordelaktig å være en fagperson i feltet. Kunnskap om forskningstemaet gir meg muligheten til å klargjøre konkrete spørsmål og strukturere dem tematisk på en annen måte enn de som ikke er godt kjent med det (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 195). Enda viktigere er det at jeg som forsker forstår informantenes svar fortløpende gjennom intervjuet. Slik kan jeg lettere fange opp når informanten ikke svarer presist eller dypt nok, der det er behov for utbrodering eller beveger seg fra forskningsspørsmålet. Faren er at jeg forskutterer svarene og allerede før intervjuet har laget et mentalt kart for koding og kategorisering av intervjuene. Derfor er det viktig at jeg tar tak i undersøkelsen med bevisst naivitet. At jeg viser en åpenhet for nye og for meg uventede fenomener. Dette viser hvordan det er en motsetning mellom fordelene ved forhåndskunnskap og et krav om å være forutsetningsløs og ufarget av tematikken (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 48-49).

4.4 FRA METODE TIL RESULTATER

Fordi det finnes lite tilgjengelig kunnskap om ambulansetjenestens kvalitetssikringsarbeid så er dette et primært deskriptivt forskningsprosjekt. Hensikten er å kartlegge dagens praksis. Dette kan forhåpentligvis danne basis for dypere og mer målrettede undersøkelser senere. Nå vil jeg i de neste fire kapitlene presentere de funnene jeg har gjort og diskutere dette i lys av den teoretiske bakgrunnen presentert i kapittel 3. Kapitlene som presenterer og diskuterer dataene er organisert etter de fire dimensjonene kompetanse, sikring av kompetanse, standardisering og skjønnsutøvelse.

5 KOMPETANSE SOM KVALITETSSIKRING

Analysen søker å belyse problemstillingen: *Hvordan kvalitetssikres yrkesutøvelsen hos medarbeidere i ambulansetjenesten?* I dette og de tre påfølgende kapitlene presenterer jeg funnene, og drøfter dem fortløpende, i lys av det teoretiske rammeverket presentert i kapittel 3. Jeg har valgt å organisere dette etter de fire dimensjonene: Kompetanse, godkjenningsordninger, standarder og skjønnsutøvelse.

Freidsons (2001) kompetansedefinisjon, «(...) å kunne utføre noe med et godt resultat», er alene tilstrekkelig for å begrunne en undersøkelse av kompetanse i et kvalitetssikringsperspektiv. Helsetilsynets (2015) fokus på kompetanse understreker dette ytterligere. Krav til formell kompetanse som metode for kvalitetssikring har jeg undersøkt gjennom det første forskningsspørsmålet: *Hvilke kvalifikasjoner kreves for å arbeide i ambulansetjenesten?* Dette forskningsspørsmålet må sees i nær sammenheng med det andre, om sikring av kompetanse. Se neste kapittel.

5.1 HVA KREVES FOR FAST ANSETTELSE I AMBULANSETJENESTEN?

Samtlige informanter opplyser at autorisasjon som ambulansarbeider er et ufravikelig krav for fast ansettelse. I praksis er det i all hovedsak de som har tatt fagbrev i ambulansefag fra den videregående skolen som får autorisasjon som ambulansarbeider. Det finnes også sykepleiere som har tatt tilleggskurs og som har arbeidserfaring fra ambulansetjeneste (gjennom vikariater) som har fått autorisasjon som ambulansarbeider (Helsepersonelloven, 1999; SAK, 2015, § 48). Sykepleierne vil i tilfelle ikke inneha fagbrev i ambulansefag (fra videregående skole), selv om de har fått autorisasjon som ambulansarbeider.

Gjennom intervjuene fremkommer det at to ambulansetjenester krever at personen innehar både fagbrevet i ambulansefag og autorisasjon som ambulansarbeider for å få fast ansettelse. Dette medfører at de utelukker sykepleiere med autorisasjon som ambulansarbeider for fast ansettelse. En av informantene uttrykker eksplisitt at sykepleiere, selv om de har autorisasjon som ambulansarbeider, ikke skikket til fast ansettelse hos dem. To steder krever dermed at sykepleierne i tilfelle også anskaffer seg fagbrevet i ambulansefag fra videregående skole. Utover disse to, er det to andre ambulansetjenester som uttrykker det problematisk med sykepleiere som har autorisasjon som ambulansarbeidere, men som ikke har fagbrevet i ambulansefag fra videregående skole. De uttrykker erfaringer med at sykepleiere som har

autorisasjon som ambulansearbeider, uten fagbrevet, ikke er tilstrekkelig kompetente. Fordi de tilfredsstillers forskriftskravet til bemanning blir de likevel ansatt fordi rekruttering i enkelte områder er krevende. Informanten forteller «*Da senkes kravene litt, selv om vi ser at det ikke er helt optimalt*» (informant D). Også annen utdanning kan gi autorisasjon som ambulansearbeider, slik som bachelorprogrammet i prehospitalt arbeid – paramedic ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) eller tilsvarende utenlandsk utdanning (Helsepersonelloven, 1999, § 48). I skrivende stund er første kull med bachelor i prehospitalt arbeid – paramedic enda ikke uteksaminert fra HiOA og fremkommer derfor heller ikke i intervjuene.

5.1.1 Kan andre jobbe i ambulansetjenesten?

Forskriften som regulerer bemanning av ambulanser krever at de bemannes med minst to personer. 1. mai 2015 ble eksisterende forskrift erstattet. Allikevel er det etter både den nye og gamle forskriften et krav om at kun en av de to som bemanner ambulanser er autorisert ambulansearbeider. Kompetansekravene til den andre er satt lavere (Forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus, 2005: § 17; Akuttmedisinforskriften, 2015§ 11). Forskriften åpner for at de som bemanner ambulansene ikke har samme kompetanse. For å forstå den faktiske sammensetningen av personell og kompetanse ved yrkesutførelsen i ambulansetjenesten har jeg derfor stilt to spørsmål: Finnes det fast ansatte som ikke tilfredsstillers kvalifikasjonskravene, og hvilke krav stilles til midlertidige ansatte, slik som vikarer.

Fem av tjenestene forteller at de har noen svært få faste ansatte som ikke innehar autorisasjon som ambulansearbeider. Alle begrunner dette med ansettelsesforhold fra lang tid tilbake, før forskriftskrav om autorisasjon. Tre av informantene forteller om mislykkede forsøk på å hjelpe disse gjennom et opplæringsløp som fører til autorisasjon.

Når det gjelder midlertidige ansatte (vikarer) er det språk i kvalifikasjonskravene. Samtlige informanter henviser til forskriftens krav om helsefaglig, akuttmedisinsk og redningsteknisk kompetanse – og at vikarer må tilfredsstillers disse. Derfor krever tilnærmet alle at vikarene har en helsefaglig kompetanse i bunn, og at de i tillegg tar et akuttmedisinsk- og redningstekniske kurs (også kalt vikarkurs) som arrangeres av ambulansetjenesten selv. Det som skaper forskjellene er hva som menes med helsefaglig kompetanse, altså kompetansen som kreves for å få lov til å delta på det akuttmedisinske- og redningstekniske kurset (vikarkurset). Det er her ambulansetjenestene skiller seg fra hverandre. De har ulike vurderinger av hva som er tilstrekkelig helsefaglig kompetanse for å delta på disse kursene. Personer som rekrutteres er

typisk sykepleierstudenter, legestudenter, sykepleiere eller annet autorisert helsepersonell. Tabell 2 viser hva den helsefaglige kompetansen som kreves hos midlertidige ansatte.

Tabell 2. Helsefaglig kompetanse som kreves for å jobbe som vikar i ambulansetjenesten

| Krav til helsefaglig kompetanse | Antall tjenester | Kommentar |
|---------------------------------|------------------|--|
| Autorisasjon som helsepersonell | 3 | Hjelpepleier, fysioterapeut, sykepleier, mv. |
| Sykepleier | 7 | |
| Sykepleierstudent | 6 | Ulike krav til studieprogresjon |
| Legestudent | 8 | Ulike krav til studieprogresjon |
| Annen helsefaglig kompetanse | 4 | NOU 76:2, forsvarets sanitetskurs 3 |

Tabell 2 viser et sammensatt bilde av hva som kreves av helsefaglig kompetanse for å jobbe som vikar i ambulansetjenesten. Tre tjenester har et eksplisitt krav om at personen innehar en eller annen form for autorisasjon som helsepersonell. Utover dette er det syv tjenester som nevner at sykepleiere er aktuelle som vikarer. Åtte av ambulansetjenestene benytter sykepleie- og/eller legestudenter som vikarer, men kravene til studieprogresjon varierer. 2. og 3. år for sykepleierstudenter og 3. til 5. studieår for legestudenter. Tre tjenester krever kun helsefaglig bakgrunn (uten autorisasjon) slik som det er skissert i NOU 1976:2 Utdanning av ambulanspersonell, forsvarets sanitetskurs nivå 3 eller så har de ingen nøyere definisjon av hva helsefaglig kompetanse innebærer. Informantene rapporterer også i stor grad at flere av kriteriene akseptable. For eksempel forteller informant H at både sykepleiere og legestudenter på 3. studieår er aktuelle som vikarer, mens sykepleierstudenter ikke er det. Slik som de tolv informantene forteller så er det variasjon i forståelsen av hva kravet til helsefaglig kompetanse skal være. Der det synes å være enighet mellom informantene er at alle må tilegne seg akuttmedisinsk- og redningsteknisk kompetanse, og at dette løses gjennom deltakelse på vikarkurs. I hvilken grad ambulansetjenestene legger det samme innholdet i kursene, har det ikke vært rom for å se på her. Dermed er det også uklart i hvilken grad denne opplæringen er sammenlignbar.

5.2 TILLEGG SOPPLÆRING

Selv om autorisasjon som ambulansarbeider er definert som kompetansekrav for fast ansettelse så er det tilnærmet ikke mulig å jobbe uten ytterligere opplæring. Tabell 3 viser hvor mange ambulansetjenester som krever tilleggsopplæring før medarbeiderne kan jobbe.

Tabell 3. Krav til opplæring utover grunnutdanningen

| Krav for å kunne jobbe | Antall tjenester som krever dette |
|-------------------------------|--|
| Krever tilleggsopplæring | 9 |
| Krever innfasing | 4 |
| Krever kun godkjenning | 1 |

Fra tabell 3 ser vi at ni av tolv informanter forteller at de krever at ambulansesarbeidere gjennomgår opplæring før de anses som skikket for å jobbe. Med opplæring menes i denne sammenheng formelt organiserte kurs eller emner på høyskole. Opplæringen varierer i varighet og til dels i innhold. Omfanget av opplæring spenner seg fra en uke til fire måneder. Når det gjelder innhold vektlegger alle kunnskap om legemidler og interne standarder for bruk av legemidler. Flere krever at medarbeiderne gjennomfører studiepoenggivende kurs i farmakologi på høyskole. I tillegg forteller flere informanter om opplæring i avanserte ferdigheter slik som bruk av CPAP (behandlingsmetode som skaper kunstig overtrykk i luftveiene), intraossøs kanyleringsteknikk, luftveishåndtering og gjenoppliving.

To av de tre som ikke krever tilleggsopplæring benytter innfasing som metode for å kvalifisere den nye medarbeideren. Dette betyr at medarbeideren jobber som ekstraperson på ambulansen, i en mesterlære-lignende situasjon. Informantene beskriver innfasing som en prosess som går over dager til uker, med sjekklister for temaer som skal gjennomgås i perioden. Kun én plass krever ingen opplæring. Der kreves det kun at medarbeideren består en godkjenningstest for å vise seg skikket til å arbeide. Ved denne ambulansetjenesten er det, ifølge informantene, en klar sammenheng mellom utdanningens innhold, og det ansvaret og handlingsrommet medarbeideren har. I deres system innrømmes det tilnærmet ikke noe ansvar eller handlingsrom til ambulansesarbeidere som kun har fagbrev fra videregående skole. For eksempel er utøvelse av behandlingstiltak, slik som bruk av legemidler, et ansvar de anser kun de med paramedic- eller sykepleierutdanning å være kvalifisert for.

5.2.1 Hvorfor tilleggsopplæring?

Informantene ble spurt om en begrunnelse for kravet om tilleggsopplæring. Seks stykker svarte eksplisitt at grunnutdanningen som ambulansesarbeider ikke er tilstrekkelig for arbeidet. Dette kommer frem i blant annet følgende utsagn:

- Informant E *«Grunnutdanningen er ikke god nok. Den kvalifiserer ikke til å utføre arbeidsoppgavene som ligger innenfor arbeidsområdet. Derfor kreves intern tilleggsutdanning.»*
- Informant L *«Skulle gjerne hatt et annet utdanningsløp. Hadde jeg visste at de hadde tilstrekkelig kompetanse når de kom hit i første omgang, så ville dette vært mye enklere. Det hersker usikkerhet om kompetansen til folk når de kommer hit. Da er vi nødt til å sikre at de har dette.»*
- «Vi har ulike skoler. (...) Tydelig forskjell mellom skoler.»*
- Informant J *«Har med vår forståelse for medikamenthåndteringsforskriften å gjøre. Det er kun paramedic og sykepleiere som har fått opplæring til å gi medisiner, ikke ambulansarbeidere.»*
- Informant C *«Det er fordi farmakologisk behandling fordrer et kunnskapsnivå som er høyere enn det en kan forvente av en ambulansarbeider. (...) Derfor har vi bestemt oss for å øke nivået på dette. Det handler om å ha litt mer forståelse for hva du driver og dytter inn i folk.»*
- Informant B *«Skulle vel ønske at de kom på et godt nivå direkte etter studiet. Det er ikke riktig nivå rett etter studiet.»*
- Informant A *«At vi mener at fagbrevet ikke er nok i seg selv. (...) Det har i hvert fall vist at det er et behov for å øke kompetansen. Dette bunner mye i at faget har endret karakter i fra å være et transportrettet yrke med enkle intervensjoner, men nå flytter man sykehuset mer ut til pasienten i en periode. Man starter behandlingen ute på en helt annen måte nå enn for 10-12-15 år siden. Utviklingen har medført at vi må øke kravene.»*

5.3 KOMPETANSE SOM KVALITETSSIKRING

I tråd med Collins (1979) i *The Credential Theory* (Brown, 2001; Collins, 1979) om utdanningspapirer som inngangsbillett til bestemte jobber, ser vi at samtlige ambulansetjenester krever autorisasjon som ambulansarbeider for fast ansettelse. Allikevel ser vi at også andre kan arbeide i ambulansetjenesten. Akuttmedisinforskriften (2015) gir rom for at en av to på ambulans bilen ikke har denne autorisasjonen. Selv om ambulansetjenestene har lagt seg til en praksis hvor de krever ambulansarbeiderautorisasjon for fast ansettelse, så forteller alle informanter om alternative krav til vikarer. Spesielt bruk av helsefagstudenter ser ut til å forekomme hyppig. Det fortelles også om vikarer fra andre helseprofesjoner. Datamaterialet sier ingenting om hvor utstrakt vikarbruken er. Dette må i tilfelle være gjenstand for videre undersøkelser. I et kompetansesikringsperspektiv er spørsmålet om ambulansarbeideren blir sett på som den faglige garantisten på ambulans bilen, når de arbeider sammen med en person som har en annen autorisasjon? Og om dette er tilstrekkelig sikring av kompetanse. Kvalitet i helsetjenesten, slik det tidligere har vært definert, skal ikke bare være i henhold til lover og forskrifter, men også i henhold til profesjonelle kvalitetsmål. En kan nesten hevde at det første er en organisatorisk side og det andre en performativ side. Kombinasjonen av kompetanse som er skissert her, fast ansatt (med autorisasjon som ambulansarbeider) og vikar (uten slik autorisasjon) er i tråd med den organisatoriske siden av kvalitetskravet. I hvilken grad den

tilfredsstillende den performative siden kan jeg kun stille spørsmålsteget ved. Brown (2001) er kritisk til om utdanning faktisk forbereder personen på yrkeslivet. Denne bekymringen finner vi også hos informantene. For det første krever ni av tolv undersøkte ambulansetjenester at medarbeiderne gjennomfører ytterligere opplæring. Elleve av tolv ambulansetjenester krever også at medarbeiderne beviser sin kompetanse gjennom en test. Mer om dette i neste kapittel om godkjenningsordninger. Browns argument er at utdanning som konsept er utilstrekkelig for å kvalifisere til et yrke, i likhet med Schöns (1987) syn om at profesjonell kompetanse til dels må utvikles gjennom praksis. Med utgangspunkt i Brown og Schön så er funnet om at elleve av tolv gir ytterligere opplæring et forventet funn. Hvis jeg går i dybden er det allikevel ikke slik. En skulle tro at opplæring på arbeidsplassen måtte være av en karakter som utdanningsinstitusjonene ikke klarte å levere, slik som praksisnær opplæring. Det er kun fire som bruker innfasing, som faller inn i et situert lærings-perspektiv, som læringsmetode. De ni som gir opplæring gjør det i form av formaliserte kurs. Noen krever til og med at de gjennomfører emner på høyskole. Også argumentasjonen til informantene understøtter dette. Halvparten uttrykker at grunnutdanningen i form av fagbrevet i ambulansesfaget ikke er god nok til å løse arbeidsoppgavene. Dermed synes det som om det ikke er Browns resonnering som er årsaken, men at grunnutdanningen i utgangspunktet er utilstrekkelig. I et kvalitetssikringsperspektiv hvor målet er å være i overensstemmelse med dagens profesjonelle kvalitetsmål, virker det som om ambulansetjenestene er sitt ansvar bevisst når de velger å gi tilleggsopplæring. Det som er uklart er hva de forskjellige ambulansetjenestene legger i slik opplæring. Trolig er innholdet og omfanget ulikt, som vil være et brudd på det normative kravet om likebehandling. Undersøkelsen er ikke designet for å kunne se på variasjonen i tilleggsopplæring. Dette krever i tilfelle ytterligere undersøkelser.

5.4 OPPSUMMERING OM KOMPETANSE SOM KVALITETSSIKRING

Kvalifikasjonene som kreves for å arbeide i ambulansetjenesten, som er forskningsspørsmålet, så har jeg her vist at alle tjenestene hevder å dekke forskriftskravet til kompetanse for bemanning av ambulanser, hvor den ene skal ha autorisasjon som ambulansarbeider og den andre blant annet helsefaglig kompetanse. Her har jeg også funnet at det er ulik forståelse for hva helsefaglig kompetanse innebærer. Videre gir de fleste tilleggsopplæring før medarbeideren kan jobbe, men innholdet og omfanget av opplæringen varierer. Den dominerende begrunnelsen for tilleggsopplæringen er at grunnutdanningen er utilstrekkelig. Disse funnene betyr at det i praksis er ulike bemanningskrav til ambulanser rundt om i landet.

6 SIKRING AV KOMPETANSE

At krav om formell kompetanse henger sammen med kvalitetssikring belyste jeg innledningsvis i forrige kapittel. *Sikring* av faktisk kompetanse henger sammen med kravet om at arbeidet skal være *systematisk og planlagt*. Jeg har forsøkt å avdekke dette gjennom det andre forskningsspørsmålet: *Hvilke virkemidler benytter organisasjonene for å sikre medarbeidernes faktiske kompetanse?* Dette forskningsspørsmålet har blitt operasjonalisert til en rekke intervju spørsmål om jobbroller, hva som kreves for å inneha de ulike rollene og hvorfor en deler inn i ulike roller. Meningen med dette forskningsspørsmålet har vært tredelt. Å gå mer i dybden av organisasjonenes syn på kompetanse hos ambulansarbeiderne. Å se på hvordan organisasjonene håndterer kvalitetssikring av kompetansen. Og å se hvordan de organiserer seg for å sikre kompetanse i den faktiske yrkesutøvelsen.

6.1 ET HIERARKI AV ROLLER

Alle intervjuene har avdekket et system med ulike roller, hvor rollene innebærer forskjellig handlingsrom. Med andre ord så har ikke alle medarbeidere lov til å gjøre det samme. Hva de forskjellige rollene konkret innebærer vil jeg komme tilbake til i kapittel 8 om kvalitetssikring av skjønnsutøvelse. Det sentrale i dette avsnittet er å belyse at ambulansetjenestene organiserer seg med et sett av jobbroller. Rollene er hierarkisk organisert, hvor høyere nivåer medfører økt handlingsrom. For eksempel forteller informant E om sin arbeidsplass som sorterer medarbeiderne sine i to nivåer. Medarbeidere på nivå 1 er de som ikke har autorisasjon som ambulansarbeider, slik som lærlinger og vikarer. Beskrivende for denne gruppen er at de ikke har særlig ansvar eller handlingsrom. Medarbeideren på nivå 2 er autoriserte ambulansarbeidere. De fungerer som leder på ambulansen, bærer ansvaret og er den som tar beslutninger. Slik ser vi hvordan kategorisering av personell brukes for å skille kompetanse, ansvar og handlingsrom.

Jobbrollene som informanter forteller om kalles gjerne *trinn*, *nivå* eller lignende. Ambulansetjenestene bruker forskjellige nivåinndelinger, stiller ulike krav til formell kompetanse og tildeler ulik grad av handlingsrom. Det betyr at nivåinndelingen er unik for hver tjeneste. Gjennom samtalene har jeg kartlagt fem forskjellige nivåer som jeg beskriver i tabell 4.

Tabell 4. Oversikt over nivåer og jobbroller i ambulansetjenestene

| Nivå | Navn på jobbrolle | Funksjon og handlingsrom |
|-------------|--------------------------|---|
| A | Assistent | Vikarer og lærlinger (år 2). Uten ansvar eller handlingsrom |
| B | Ambulansearbeider 1 | Uten ansvar eller handlingsrom |
| C | Ambulansearbeider 2 | Begrenset handlingsrom |
| D | Ambulansearbeider 3 | Selvstendig handlingsrom |
| E | Paramedic o.l. | Selvstendig handlingsrom |

Jobbrollene det vises til i tabell 4 er nivå-delte og innebærer forskjellig ansvar og handlingsrom. Fordi organisasjonene har forskjellige navn på jobbrollene, så er de navnene som brukes her oppkonstruert som generiske stereotyper. Nivåinndelingen er også forskjellig fra sted til sted. Det betyr at noen har to og andre flere nivåer. Hva jobbrollenes handlingsrom konkret innebærer ser jeg nærmere på i kapittel 8 om skjønnsutøvelse og handlingsrom. Alle ambulansetjenester har minst to nivåer slik at de kan skille mellom de med og uten autorisasjon som ambulansearbeider. Seks av de undersøkte ambulansetjenestene har mer enn to nivåer. De skiller altså ikke bare mellom de med og uten autorisasjon som ambulansearbeider, de skiller også mellom ulike nivåer blant ambulansearbeiderne. Bruken av nivåer som informant D og B beskriver er illustrerende eksempler og vises i tabell 5.

Tabell 5. Eksempler på hvordan nivåer brukes for å skille jobbroller og handlingsrom

| | |
|-------------|---|
| Informant D | A) Assistent |
| | C) Ambulansearbeider med ansvar og begrenset handlingsrom |
| | D) Ambulansearbeider med ansvar og handlingsrom |
| Informant B | A) Assistent |
| | B) Ambulansearbeider uten ansvar og handlingsrom |
| | D) Ambulansearbeider med ansvar og handlingsrom |

Fra tabell 5 ser vi at der hvor informant D arbeider gis det ingen ansvar til assistentene, noe ansvar til ambulansearbeideren på nivå 2 og ytterligere ansvar til ambulansearbeideren på nivå 3. Hvert nivå gir litt mer ansvar og handlingsrom. Der hvor informant B jobber derimot, så er det lite som skiller assistenten på nivå 1 og ambulansearbeideren på nivå 2. Der er det kun ambulansearbeidere på nivå 3 som innehar noe som helst ansvar eller handlingsrom. I tabell 6 vises hvordan nivåinndelingene fordeler seg.

Tabell 6. Ulik organisering mht. antall nivåer i jobbrolle-hierarkiet

| Beskrivelse | Antall |
|---|-----------|
| Ambulansetjenester med et nivå for de uten autorisasjon som ambulansarbeider | 12 (alle) |
| Ambulansetjenester med kun et nivå av ambulansarbeidere (i tillegg til et nivå for de uten autorisasjon som ambulansarbeidere) | 6 |
| Ambulansetjenester med flere nivåer av ambulansarbeidere (i tillegg til et nivå for de uten autorisasjon som ambulansarbeidere) | 6 |
| Ambulansetjenester med et nivå for de med en høyskolebasert tilleggsutdanning (i tillegg til nivåer for de med og uten autorisasjon som ambulansarbeidere) | 3 |

Tabell 6 viser at halvparten av ambulansetjenestene opererer med to nivåer i sitt jobbrollehierarki og den andre halvparten har tre eller flere nivåer. Tre av informantene forteller også om et jobbrollenivå over ambulansarbeideren. Dette er et nivå for de som har autorisasjon som ambulansarbeider og som har gjennomført tilleggsutdanning slik som den høyskolebaserte Nasjonal Paramedicutdanning.

Dette reiser spørsmålet om hvilken mekanisme ambulansetjenestene bruker for å sortere sine medarbeidere inn i de ulike jobbrollene. Her har jeg klart å identifisere systematisk bruk av testbaserte godkjenningsordninger og bruk av kompetanse som metoder for tildeling av rolle.

6.1.1 Godkjenningsordning som nøkkel til jobbrolle og arbeidstillatelse

Alle informanter forteller om systematisk bruk av godkjenningsordninger. Uten et godkjentstempel får medarbeideren ikke lov til å jobbe. Det brukes ulike begreper om dette, men de vanligste er *sertifisering*, *delegering*, *utsjekk* og *kompetansekontroll*. Her har jeg valgt *godkjenning* eller *godkjenningsordning* som samlebegrep for dette fenomenet.

Godkjenningsordningene innebærer de fleste steder at ambulansarbeidere må bestå en test for å bli godkjent. Tabell 7 gir en oversikt over hvilke godkjenningsmetoder som brukes.

Tabell 7. Oversikt over godkjenningsmetode for jobbrolle

| Testmetode | Antall tjenester som bruker metode |
|---------------------------------|------------------------------------|
| Kun teoretisk test | 2 |
| Kun praktisk test | 1 |
| Både teoretisk og praktisk test | 8 |
| Annen metode | 1 |

Tabell 7 viser at for 11 av 12 steder som er undersøkt så innebærer godkjenningsordningen at en medarbeider må bestå en test. Av tabellen går det også frem at en tjeneste benytter en annen metode for å tildele godkjenning. Mer spesifikt innebærer det en form for selvrapportering. Medarbeidere må kvittere på en slags kompetanse-selvangivelse. Der må de bekrefte at de innehar tilstrekkelig kunnskap innen ulike temaområder og at de har gjennomført egentrening på ulike praktiske ferdigheter gjennom året som har gått.

Godkjenningsordningene er knyttet til jobbrollene. Det betyr at en må bestå godkjenningen som er i bruk i den aktuelle tjenesten for å få lov til å inneha en jobbrolle. Med utgangspunkt i eksempelet fra informant B i tabell 5 (under 6.1.1), så må medarbeiderne ta en test for å få lov til å jobbe som assistent (nivå 1). Ambulansearbeidere uten ansvar og handlingsrom (nivå 2) må ta den samme testen. For ambulansearbeidere med ansvar og handlingsrom (nivå 3) er det en mer krevende test.

Gjennom intervjuene har jeg forsøkt å kartlegge hva det er som testes. Dette har jeg forsøkt å kartlegge innenfor de fire temaene testmetode, kunnskapsform, spørsmålsformat og kunnskapskilde. Med *testmetode* ønsket jeg å avklare hvorvidt testene var praktiske eller teoretiske, se oversikten i tabell 7. Med *kunnskapsform* var hensikt å finne ut om spørsmålene var faktaspørsmål eller hadde en problemorientert karakter. *Spørsmålsformatet* viser til de som har teoriprøver og hvorvidt besvarelsene skulle gjøres i fritekst, regneoppgaver eller var flervalgsspørsmål (MCQ). *Kunnskapskilden* søkte å avdekke om innholdet i prøvene var hentet fra standardene, intern opplæring eller var basert på kunnskap fra grunnutdanningen. Informantene ga til dels uklare svar eller var selv også usikre. Derfor er det vanskelig å gi en god oversikt innenfor temaområdene. Allikevel kan jeg se noen tendenser. Av de som har teoriprøve brukte samtlige et MCQ-format. Kun noen få hadde muligheter for fritekst eller regnebesvarelser i tillegg. Samtlige baserte prøvene på standardene sine, primært i form av faktaspørsmål. Bruk av problemorienterte oppgaver virket beskjedent, men det er vanskelig å se tendenser her. I hvilken grad innholdet også var basert på kunnskap fra grunnutdanningen svarte informantene ulikt. Noen bekreftet klart ja, andre nei. De fleste var usikre på hva som fullt ut var kunnskapskilden til testene.

Det er ikke mulig å arbeide uten å være godkjent. Ingen av tjenestene som er undersøkt tillater at medarbeidere jobber på ambulanse uten å inneha godkjenning. Det betyr at en ambulansearbeider er nødt til å bestå en test (eller selvrapportering) for å få lov til å jobbe. Videre er det slik at godkjenningene kun er gyldige for en tidsavgrenset periode. For ni av

ambulansetjenestene er varigheten begrenset til ett år. De øvrige tre har godkjenninger som varer enten et halvt år eller inntil to år. Dette betyr at medarbeiderne jevnlig må gjennomføre tester (eller selvrapportering) for å opprettholde godkjenningen.

6.1.2 Kompetanse som nøkkel til jobbrolle

Det er ikke kun bestått test som er nøkkel til jobbrolle. Jobbrollen settes også i sammenheng med formelle og uformelle kvalifikasjoner. Som nevnt har alle tjenester ulike jobbroller for de med og uten autorisasjon. I tabell 4 (6.1) er disse to omtalt som *assistent* og *ambulansearbeider 1*. Flere informanter sier at ulik formell kompetanse er grunnen til dette skillet.

Selv om jobbrollen som ambulansearbeider er definert som en egen rolle hos alle, så er det tilnærmet ikke mulig å være i denne rollen uten ytterligere opplæring (se delkapittel 5.2). I tabell 4 fremgår det også at ambulansearbeiderne kan deles inn i flere nivåer, som jeg har navnsatt som henholdsvis *ambulansearbeider 1*, *ambulansearbeider 2* og *ambulansearbeider 3*. Det skilles altså innad i ambulansearbeidergruppen. For å kunne få en plassering i en høyere jobbrolle kreves det ikke bare mer krevende tester, det stilles gjerne krav om mer opplæring og hos noen en viss fartstid også. For fire av stedene forventes det at medarbeideren har jobbet 6 til 12 måneder før de anses tilstrekkelig rustet med erfaring for å kunne inneha jobbrollene med størst handlingsrom.

Hos tre ambulansetjenester finnes det også et enda høyere nivå, her omtalt som *paramedic o.l.* Dette blir hos dem definert som det øverste nivået og er for de med en høyskolebasert utdanning, i tillegg til autorisasjonen som ambulansearbeider (som typisk har fagbrev i ambulansesfag fra videregående skole). Nasjonal Paramedicutdanning er et eksempel på en slik utdanning. Hos noen plasseres medarbeidere med kombinasjonen av autorisasjon som ambulansearbeider og sykepleierutdanning (som er høyskolebasert) også i det øverste jobbrollenivået, mens hos andre sees sykepleierutdanningen ikke relevant for oppgavene og tildeler dem derfor ikke økt handlingsrom. Dette viser en tydelige motsetningsfylt vurdering av sykepleierkompetansens relevans i yrkesutførelse av ambulansearbeid hos forskjellige ambulansetjenester.

Flere av informantene forteller at det er kombinasjoner av krav. For eksempel så forteller informant A at det stilles følgende krav for de ulike jobbrollene:

| | |
|---------------------|---|
| Assistent | Vikarkurs og innfasing |
| Ambulansearbeider 1 | Nyansattkurs og innfasing |
| Ambulansearbeider 2 | Ansiennitetskrav på 12 måneder og ytterligere internopplæring (2 måneder) |
| Paramedic | Nasjonal Paramedicutdanning |

6.2 HVORFOR DELE INN I ROLLER?

Flere av intervju spørsmålene søkte å avdekke hvorfor det deles inn i jobbroller, og en begrunnelse for valg av inndelingsmetode. Flere av informantene syntes dette var vanskelig å svare på. For eksempel på spørsmål om hvorfor en benytter sin inndelingsmetode sier informant D: «*Litt vanskelig å svare på. Et system jeg har arvet. Det er ikke sånn det bør være*». Eller informant I som forteller: «*Dette er en av tingene vi skal diskutere nærmere. Denne modellen har vært i mange herrens år*». Også informant B forteller han har «*arvet en etablert metode*» og kan derfor ikke komme med nøyere redegjørelse. Eller informant F som sier: «*Først og fremst er det en historisk greie. Bakgrunnen er nok, uten at jeg kjenner den i detaljer (...)*». Det er også mange informanter som har lengre forklaringer på hvorfor de deler inn i hierarkiske jobbroller og bakgrunnen for inndelingsmetoden. Begrunnelsene kretser rundt fire årsaker: 1) For å skille mellom de med og uten autorisasjon som ambulansearbeider, 2) de som mener kompetanse henger sammen med erfaring, 3) der hvor grunnutdanningen anses utilstrekkelig og 4) de som begrunner med kvalitetssikringsarbeidet.

1) For å skille mellom de med og uten autorisasjon som ambulansearbeider forteller for eksempel informant F at det dreier seg om å skille ut de som ikke har farmakologisk kompetanse i sin utdanning. Informant L forteller også hvordan dette er en praktisk sak. I henhold til forskriften må minst en av de som bemanner ambulansebil ha autorisasjon som ambulansearbeider. Ved å kategorisere disse i to grupper kan en lage arbeidsplaner hvor en unngår at to medarbeidere på laveste nivå bemanner samme bil.

2) De som mener kompetanse henger sammen med erfaring. Fire av de undersøkte ambulansetjenestene forteller om ansiennitet som en måte å regulere adgangen til jobbroller. Informant D fremhever at nyutdannede ambulansearbeidere har behov for erfaring før de får fullt ansvar. Derfor blir de den første tiden gitt et smalere handlingsrom enn de mer erfarne. De andre har ingen ytterligere begrunnelse for hvorfor erfaring brukes som silingsmekanisme.

3) Der hvor grunnutdanningen anses utilstrekkelig. Seks av informantene er eksplisitte på at grunnutdanningen som ambulansearbeider ikke er tilstrekkelig for arbeidet. Inndeling i

jobbroller er således en måte å få oversikt over kompetansen på slik at organiseringen av driften blir lettere.

4) *De som begrunner med kvalitetssikringsarbeidet.* Argumentene rundt kvalitetssikring ser ut til å følge to hovedlinjer; de som handler om kunnskap og læring, og de som handler om dokumentasjon og kontroll.

Informant K forteller hvordan det gis lønnskompensasjon for de høyere jobbrollene. Dette skal fungere som insentiv for å holde seg faglig oppdatert slik at de består godkjenningstestene. Informant D har tilsvarende fokus. Informanten sier at det ikke er den beste sertifiseringsordningen, men ønsket om å bestå testen gjør at ansatte hvert år gjør en innsats for å lese seg opp på legemiddelhåndtering. Både informant E, F og G setter fokus på helsepersonellens eget ansvar for å holde seg faglig oppdatert, og arbeidsgivers ansvar for å tilrettelegge for dette. Informant F påpeker at det som virkelig betyr noe er hvordan den ansatte faktisk utøver sitt yrke, og at de først og fremst må svare for dette selv. Derfor benytter de en egenerklæring som godkjenningsordning. Denne skal påminne medarbeiderne at de må å holde seg faglig a jour. Informant E beskriver hvordan prestasjonene på godkjenningstestene kan brukes for å lage individuelle oppfølgingsplaner, der hvor det er behov.

Videre forteller informant E hvordan dette er et ledd i å kvalitetssikre det medarbeiderne er trent i å skulle kunne. Informanten sier de nylig har hatt fått spørsmål fra Helsetilsynet om hvordan de vet at personellet kan det de skal. Også informant H, M, J og C forteller om dokumentasjon og kontroll. Mens informant E henviser til spørsmål fra Helsetilsynet, så viser informant J til kravene i internkontrollforskriften som han forteller krever at arbeidsgiver har oversikt over kompetansen. På den ene siden argumenterer disse informantene for at dette handler om å dokumentere og kvalitetssikre kompetansen, samtidig så henviser de også til at dette er en metode for å kvalitetssikre utførelsen av arbeidet. Informant H presiserer nemlig også at det er for å kvalitetssikre tiltakene som gjøres ute i praksis. Også informant J og C setter dette i sammenheng med kvalitetssikring av arbeidsutførelsen.

6.2.1 Diskusjoner om nivå-inndeling

Til tross for en rekke begrunnelser for nivåinndeling så ytrer to informanter utfordringer med dette. Informant B som er nyansatt i stillingen forteller: «*Stort sprik mellom rollene. Mange*

ulike folk å forholde seg til i ambulansetjenesten. Læringer I og II, vikarer, folk med trinn 1 og 2, sykepleiere. En kan komme inn på et vaktrom, så er det liksom ingen som har samme nivå. Alle er forskjellige.» Hos informant I har det vært en prosess hvor en reduserer fra tre nivåer til to nivåer. Dette har vært begrunnet i enklere organisering.

Motsatt forteller informantene D, E, F og L at det hos dem vurderes eller arbeides mot etablering av enda et nivå. Et nivå som er høyere enn de eksisterende. Informant F ytrer usikkerhet om fordelene med et ekstra nivå, men sier den er: «(...) *tiltenkt personer som har gått den ekstra kompetansemila i forhold til kurs og opplæring*». Dette fordi de har tilegnet seg høyere kompetanse enn andre, er tanken å gi disse flere behandlingsmuligheter.

Behandlingsmuligheter som ikke finnes i dagens system. Informant D har en annen utdypende begrunnelse: «*Hos oss merker vi at legevaktsdistriktene blir større. Legene er lengre unna. Personell med høyere kompetanse opplever dette som underlig at de ikke kan ta beslutninger når de står der alene. Spesielt de med økt kompetanse, slik som sykepleiere og paramedicere. Der mener vi det må skje noe. De med høyere kompetanse, må i fremtiden få utnytte sin vurderingskompetanse i større grad enn i dag. Derimot så har de med lavere kompetanse i de fleste tilfeller ikke denne beslutningskompetansen.*»

Oppsummert kan jeg si at jobbroller med nivåinndeling ser ut til å ha tre aspekter.

Kompetanse, organisering og dokumentasjon. Informantene knytter ansvar og handlingsrom til medarbeiderens kompetanse. For å vite hvem som skal få lov til å gjøre hva, lage opplæringsstiger, organisere godkjenningstester og lage vaktplaner - brukes inndeling i jobbroller. Dokumentasjon av egen virksomhet ser ut til å være en tilleggsbegrunnelse.

6.3 GODKJENNINGSMETODER SOM KVALITETSSIKRING

Brown er prinsipielt kritisk til to forhold ved utdanning. Om den faktisk kvalifiserer til yrkeslivet og om slik kompetanse tåler tidens tann. Det første ble drøftet i forrige kapittel, her vil jeg se på synet på kompetanse som ferskvare.

6.3.1 Det er ikke mulig å arbeide uten å bli jevnlig testet

Det synes som om ambulansetjenestene deler synet på kompetanse som ferskvare. Dette kommer til uttrykk når en ser at 11 av 12 ambulansetjenester krever at medarbeiderne består en test før de får lov til å arbeide. Den tolvte tjenesten, som ikke krever test, benytter en faglig

selvangivelse for det samme. Testene (og selvangivelsen) gir en intern arbeidstillatelse. Ikke en eneste ambulansetjenestene tillater medarbeidere å jobbe uten en slik godkjenning. I tillegg har alle satt en holdbarhetsdato på godkjenningen. Når holdbarhetsdatoen er nådd må medarbeiderne bestå en ny test (eller levere ny selvangivelse).

6.3.2 Læring eller ansvars plassering? Godkjenningenes ulike motiver

Flere informanter begrunner godkjenningsordningene med læring og sikring av kompetanse. Det handler om å stimulere til testforberedelse og om å fange opp de som underpresterer. Men læring og kompetansesikring er ikke eneste motivasjon for testing. Også ansvars plassering og kontroll er en drivende faktor. Tidligere har jeg belyst ulike sider ved ansvars plassering og hvordan denne brytes mellom staten som tildeler autorisasjon, organisasjonen som styres gjennom resultat- og ansvars krav og de individuelle yrkesutøvernes personlige ansvar (Molander, 2013; Solbrekke & Østrem, 2011). Dette finner jeg igjen i argumentasjonen hos informantene. To forteller om dokumentasjon med henvisning til myndighetenes forventninger. Tre andre informanter er opptatt av helsepersonellens eget ansvar for å holde seg oppdatert, og at de som arbeidsgiver kun skal tilrettelegge for dette. Godkjenningene er et av verktøyene for å gjøre nettopp dette. Slik oppfyller organisasjonene en del av sin regnskapsplikt ved å kontrollere og dokumentere medarbeidernes kompetanse. Samtidig flytter de også ansvaret over på medarbeideren.

6.3.3 Reell kvalitetssikring er også et spørsmål om hva det er som testes

Noen av informantene (H, J og C) sier at testing av kompetanse dreier seg om å kvalitetssikre yrkesutførelsen. De setter dermed en lenke mellom kompetanse og yrkesutførelse. De øvrige tar ikke spranget over til yrkesutførelse når de snakker om testingen. Om det er en sammenheng mellom testing av kompetanse og kvaliteten på yrkesutførelse blir dermed et spørsmål om egenskaper ved testene. Gjennom intervjuene har jeg forsøkt å kartlegge hvilket kunnskapsgrunnlag testene var basert på, hvorvidt testene var basert på faktaspørsmål eller hadde en problemorientert tilnærming, om teoritestene var fritekst eller flervalgsprøver, og om de praktiske prøvene var ferdighetstester eller scenariobaserte. Dessverre var svarene uklare og ofte mangelfulle. Hensikten med å utforske om ambulansetjenestene ga problemorienterte tester var å undersøke hvorvidt det var yrkesutførelse og skjønnsvurdering de forsøkte å teste. Eller om det kun var kunnskapsbeholdningen av fakta og standarder som

var målet. Videre var det et ønske å forstå om det var grunnutdanning eller om det kun var den interne opplæringen som krevde kvalitetssikring. Dessverre har jeg ikke klart å innhente tilstrekkelig data til å forstå dette. Derfor må det videre undersøkes for å forstå godkjenningstester som kvalitetssikring. Spesielt for å avklare om det er sammenheng med god yrkesutøvelse eller om en kun kartlegger medarbeidernes faktapregete kunnskapsbank.

6.4 ERFARINGSLÆRING SOM KILDE TIL KOMPETANSESIKRING

To av spørsmålene i intervjuene har handlet om bruken av case review. Altså i hvilken grad oppdragene medarbeiderne har utført gjennomgås, slik at de får tilbakemelding på vurderingene og tiltakene de har gjort. Utgangspunkt for spørsmålene har vært Kirkebøens omtale av fagfolks intuitive beslutningstaking (system 1-tenking), hvordan denne baseres på mønstergjenkjenning, og at dette styrkes med gode tilbakemeldinger på arbeidsresultatet.

Ingen ambulansetjenester har et system hvor medarbeiderne får tilbakemelding på de vurderingene og tiltakene de har gjort. Med dette mener jeg at det ikke finnes et system for å plukke ut enkelte oppdrag, hvor det innhentes opplysninger fra for eksempel sykehusenes journaler, for å gi tilbakemelding til ambulansearbeiderne om deres vurderinger samsvarer med vurderingene gjort på sykehuset. Derimot melder tre informanter at dette gjøres i forbindelse med rapportering om uheldige eller uønskede hendelser, slik som klager.

Syv informanter melder at denne typen kasuistikkgjennomgang, med fokus på læring, er ønskelig. Alle har blitt stilt spørsmålet om hvorfor de ikke gjør dette. Syv informanter fremhever at det ikke er kapasitet og to forteller at de de aldri har tenkt på det. Informant Ls billedlige forklaring er: «Kapasitet. For å si det rett ut. Skulle gjerne gjort det, men går da utover andre oppgaver.» Tre informanter forteller at det ikke er mulig å få tilgang til nødvendige opplysninger fordi sykehus og legevakter ikke vil dele dette. Til tross for at loven tillater dette i læringsøyemed (Helsepersonelloven, 1999, § 29c). I lovforarbeidene står det: «Eit eksempel på situasjonar der det ut frå ein lærings- og kvalitetssikringstankegang kan vere ønskjeleg med utlevering av teiepliktige opplysningar, er når ambulanspersonell har frakta ein pasient til sjukehus og etterpå ønskjer å få stadfesta om dei helsefaglege undersøkingane, vurderingane og behandlingstiltaka dei gjorde, var korrekte» (Prop.87L, 2013, s. 6). Selv om det er lov så er det praktisk vanskelig. Informant B sier: «Får stadig telefoner med spørsmål om hvordan det gikk med pasienten. Det er lukkete skott mellom avdelinger i helsevesenet. Jeg kan ikke bare ringe til en avdeling og spørre hvordan det gikk.»

6.5 OPPSUMMERING OM JOBBROLLER OG SIKRING AV KOMPETANSE

Med hensyn til hvordan ambulansetjenestene sikrer medarbeidernes faktiske kompetanse (forskningsspørsmål to) viser undersøkelsen min at alle undersøkte ambulansetjenester benytter et system hvor medarbeiderne sorteres i nivåbaserte jobbroller. Høyere posisjon i jobbrollehierarkiet er forbundet med økende grad av handlingsrom. Derimot er det forskjeller i forhold til utformingen av jobbrollehierarkiet. Noen har to, mens andre har tre eller flere nivåer. Hva hvert enkelt nivå innebærer er også forskjellig. Alle ambulansetjenester har knyttet en vurderingsmekanisme for tildeling av jobbrolle. Det er tilnærmet ikke mulig å arbeide i ambulansetjenesten uten å bestå en test og fått tildelt en tidsavgrenset godkjenning. Denne godkjenningen er gjenstand for periodisk fornying. I tillegg til testing krever de fleste også lokal opplæring i en eller annen form, før en kan jobbe. I praksis kan jeg si at det ikke er mulig å arbeide i ambulansetjenesten basert på grunnutdanningen alene. Testing og tilleggsopplæring er noe som forventes hos alle de undersøkte ambulansetjenestene. Halvparten av informantene begrunner dette med at grunnutdanningen er utilstrekkelig. I tillegg har jeg oppdaget at ingen benytter tilbakemelding av arbeidsresultatet på konkrete hendelser som en del av arbeidet med kvalitetssikring av kompetanse. Dette til tross for at lovgiver har endret taushetspliktsbestemmelsene nettopp med hensyn til ambulansarbeideres behov for tilbakemelding og læring.

7 STANDARDER SOM KVALITETSSIKRING

Det å styre kvaliteten og den uønskede variasjonen er blant rasjonalene for standardisering (Berg et al., 2000; Carlsen, 2010; Weisz et al., 2007). Derfor har jeg undersøkt dette gjennom det tredje forskningsspørsmålet: *Hvordan bruker organisasjonene standardisering og skjønn for å kvalitetssikre arbeidsutførelsen?* Dette har vært grunnlaget for intervju spørsmål langs to linjer; spørsmål om standardisering og spørsmål om skjønnsutøvelse. Her vil jeg presentere funnene rundt standardisering og drøfte disse. Skjønnsutøvelse dekkes i neste kapittel.

7.1 STANDARDISERING I AMBULANSETJENESTEN

Alle informanter forteller om gjennomgående bruk av standardisering. Standardene finnes skriftlig i det som kalles *tiltaksbok*, *manual* eller *metodebok*. Hver enkelt standard omtales gjerne som *prosedyre* eller *retningslinje*, men enkelte kaller dem for *tiltakskort* eller *protokoll*. Gjennom intervjuene har jeg forsøkt å avklare to sider ved standardiseringen. På den ene siden deres utforming, hvor strenge krav som stilles til etterlevelse og hvor omfangsrike de er i innhold. På den andre siden har jeg bedt informantene om å redegjøre for hvorfor det er slik.

7.1.1 Prosedyre eller retningslinje? Forventninger om etterlevelse

Som beskrevet i kapittel 3 så kommer standarder i ulike former og fasonger. I dette henseende har jeg definert to stereotyper som jeg kaller standard som *retningslinje* og standard som *prosedyre*. Disse har jeg plassert i hver sin ytter-ende av et kontinuum, se illustrasjon 6.



Illustrasjon 6. Stereotypene standard som retningslinje og standard som prosedyre plassert som ytterpunktene på en linje

Med standard som *retningslinje* mener jeg at de er å anse som veiledende eller som anbefalt fremgangsmåte. Retningslinjer angir en fremgangsmåte for hvordan medarbeideren bør løse situasjonene, men at det i tillegg kreves selvstendig vurdering. I dette perspektivet er avvik fra retningslinjen akseptabelt dersom det kan begrunnes faglig og i relasjon til den konkrete situasjonen og den relevante retningslinjens utilstrekkelighet. Med standard som *prosedyre*

mener jeg i denne sammenheng en type oppskrift som det stilles et strengt krav om etterlevelse til. Innenfor dette synet er avvik fra prosedyren ikke akseptabelt.

I samtalene har jeg kartlagt hvordan informantene mener hva deres organisasjon krever av etterlevelse til standardene. Besvarelsene deres har blitt klassifisert som henholdsvis *retningslinje* eller *prosedyre*. Syv ambulansetjenester faller inn i retningslinje-stereotypen og fire faller inn i prosedyre-stereotypen. Organisasjonen som informant H arbeider for synes å ha en mer sammensatt oppbygging av standardene sine. De opererer med et tydelig skille hvor noen standarder er definert som retningslinje og andre som prosedyre.

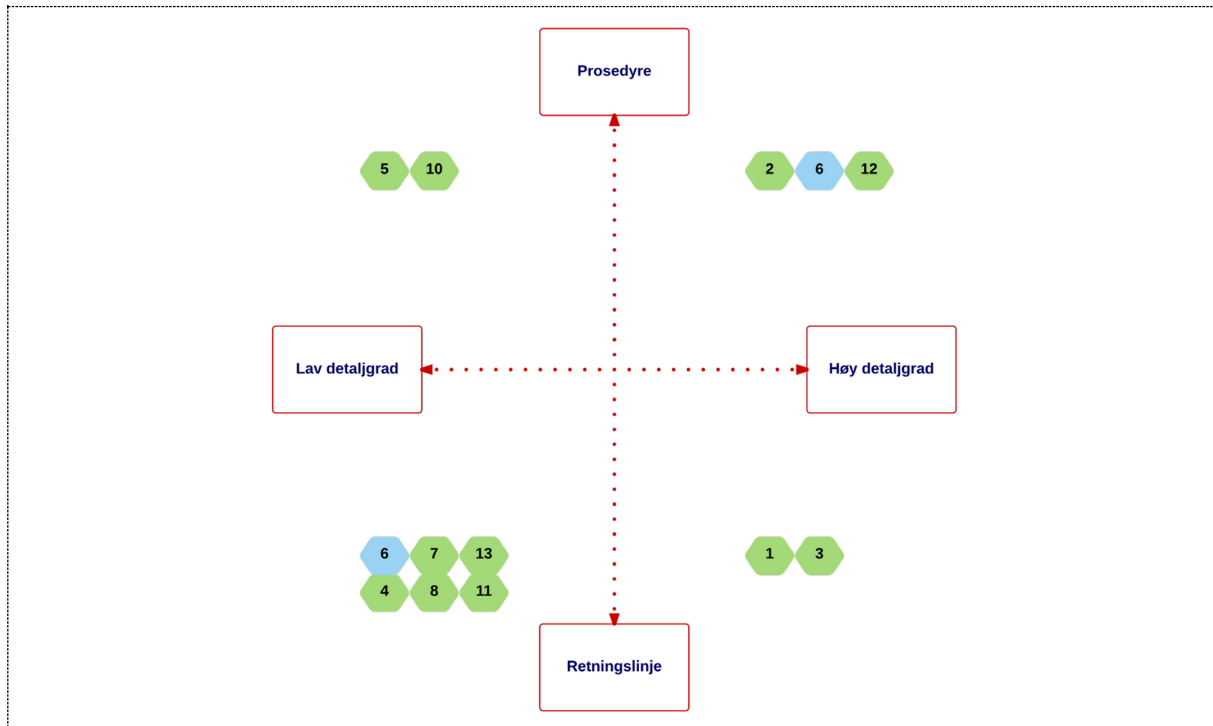
7.1.2 Standardenes variasjon i omfang og detaljgrad

Også utforming og omfang av standardene har vært tema i intervjuene. Spesielt detaljgraden i innholdet har fått fokus. Om smertelindring med morfin forteller for eksempel informant C at det i deres standarder står «(...) *titrer til smertelindring, lik eller mindre enn 3 på skalaen (...)* intervall 3-5 minutter» og sier videre «*De er ganske romslige om jeg skal si det sånn*». Her kommer det frem at det er litt slingringsmonn. Det står ikke hvor mye morfin som skal gis, men at den skal gis frem til effekt. Det er også slingringsmonn i hyppigheten av dosene. I motsetning forteller informant H om en standard som «(...) *er veldig nøyaktig beskrevet, med nummererte punkter*» og hvor punktrekkefølgen må følges. Slike omtaler av standardene, sammen med informantenes egenvurdering, har blitt brukt til å kategorisere dem inn i en av to stereotyper, de med lav eller høy detaljgrad. Se illustrasjon 7.



Illustrasjon 7. Lav og høy detaljgrad i standardenes utforming, plassert på hvert sitt ytterpunkt langs en linje

Syv har blitt kategorisert som lav detaljgrad og fire som høy detaljgrad. Også her er det organisasjonen til informant H som skiller seg ut. Der varierer detaljgraden med hver standard. I følge informanten krever noen standarder detaljerte beskrivelser i nummerert rekkefølge, mens andre ikke behøver å være like nøyaktige. Illustrasjon 8 viser hvordan de fire stereotypene fordeler seg langs to akser.



Illustrasjon 8. Ambulansetjenestenes fordeling mht. til utforming av standardene

For å vise systemet som informant H forteller om med både retningslinjer og prosedyrer, beskrevet i ulik detaljgrad, har deres organisasjon blitt plassert i to posisjoner. Her markert i blått for å vise denne tjenestens dobbelte plassering. For øvrig ser det ut som om retningslinjer med lav detaljgrad er den dominerende standard-utformingen.

Kunnskapen om standardenes utforming kommer fra intervjuer og er derfor preget av informantens tolkning av både spørsmålet og syn på egne standarders utforming.

Dokumentanalyser av de forskjellige ambulansetjenestenes standarder vil kunne bidra til en mer nyansert undersøkelse av standardenes karaktertrekk.

7.1.3 Begrunnelser for standardenes utforming

Informantene har motsetningsfylte forklaringer for hvorfor standardene er bygd opp slik de er. Informant D forteller for eksempel at de har hatt uheldige situasjoner fordi standardene har vært for rigide for den aktuelle situasjonen. Derfor må det være åpning for å avvike, og at det «(...) kreves en vurdering ute hos pasienten også.» Samtidig forteller den samme informanten at det er store faglige variasjoner hos personellet, til tross for at de har samme formelle kvalifikasjoner. Informanten sier: «For noen er Tiltaksboka banal, mens for andre er den helt

elementær. Slik kompetansevariasjonen hos personellet er i dag, så må den [Tiltaksboka, min anmerkning] være slik. Det er stor detaljgrad i beskrivelsene i Tiltaksboka.» Også informant B benytter kompetanse som argumentasjon for høyt detaljnivå når han sier: *«Vi sier de er litt detaljerte egentlig. Jeg kommer jo fra anestesiverdenen hvor de ikke er så detaljerte. Jeg skjønner jo at ved lavere kompetanse, så må man øke detaljnivået.»*

Andre informanter har et annet perspektiv. For eksempel sier informant J: *«Akuttmedisin handler om sekunder. (...) Vi kan ikke gå med en lærebok i lomma. Det er kort, konsis informasjon. Lærebok er vi motstander av.»* Videre forklarer denne informanten at kompetansen kvalitetssikres gjennom de årlige tester, mens standardene skal kvalitetssikre selve yrkesutførelsen. Også informant C presiserer skillet mellom kompetansesikring og yrkesutførelse. Hos dem er standardene i elektronisk format og har: *«(...) en kjapp beskrivelse av tilnærmingen»*. De faglige detaljene og evidensgrunnlaget er tilgjengelig i et annet dokument som det det er en hyperlenke til. Om bakgrunnsdokumentet sier informanten: *«(...) men dette er ikke noe man bruker ute hos pasienten. Noe en kan bruke for eksempel i etterkant eller for å lære.»* Flere sier også som informant I: *«Detaljgraden skal ligge i utdanningen.»*

Når informantene skal redegjøre for kravet om etterlevelse av standardene, altså standard som retningslinje eller som prosedyre, synes det å være en skjevfordeling i forklaringsmodellene. Mens de informantene som representerer standard som retningslinje-gruppen har nyanserte begrunnelser, så synes det som standard som prosedyre-gruppen ikke har det. Her fremhever jeg noen eksempler på slike forklaringsmodeller:

- | | |
|-------------|---|
| Informant L | <i>«Det er vanskelig å få prosedyrisert all behandling.»</i> |
| Informant J | <i>«Dessuten vil når man gjør det så detaljert, så kan du være sikker på at man en dag utelukker noe. En protokoll kan ikke være så detaljert at en kan utelukke at personell kan la være å bruke kunnskap og faglig skjønn.»</i> |
| Informant C | <i>«Tror nok det er retningslinjer, en anbefalt tilnærming. I gitte situasjoner vil de ikke føre fram og da må man kunne fravike retningslinjene, men da må man ha en medisinsk begrunnelse for det. Nå har vi forsøkt å gjøre retningslinjene så runde og gode som mulige, for å unngå akkurat dette. Tidligere var retningslinjene for rigide, og da var det et problem.»</i> |
| Informant I | <i>«Det skal ikke være avvik i forhold til de verdiene du får. For å få kvalitetssikret behandlingen.»</i> |
| Informant B | <i>«Nei, det er(...) Det er jo for å viktig at folk forholder seg til prosedyrene.»</i> |

Informant E fremhever to utfordringer: *«Vi har prosedyrer for veldig mye. Det er så mange at det kan være vanskelig å finne fram.»* Videre forteller informanten: *«Vi ser at hovedutfordringen vår er å følge med på fagutviklingen. Det er vanskelig å revidere prosedyrene raskt nok (...) Ofte etterspør personellet hvorfor prosedyrer ikke er oppdatert i henhold til nye anbefalinger innenfor fagfeltet.»* Dette er en ambulansetjeneste som er i gruppen *prosedyrer med høy detaljgrad*. Informanten begrunner deres tilnærming til standardene med kvalitetssikring av yrkesutførelsen, pasientenes rett til lik behandling og et ønske om at den beste behandlingen gis. De mener at standardene representerer ledelsens syn på den beste behandlingen. Dette er interessant fordi informanten på den ene siden forteller at standardene er vanskelig å finne frem i, at det er en fare for at de er utdaterte og at personellet kan være mer faglig oppdaterte enn selve standardene. På den andre siden ønsker de best behandling; som medarbeidere i situasjoner med utdaterte standarder og mot tidvis bedre vitende ikke har lov til å gi, eller fordi de ikke finner frem til riktig standard.

7.1.4 Hvorfor brukes standarder?

Forklaringer på hvorfor det brukes standarder fremstår rimelig homogent hos informantene. Det er primært to hovedtrekk, kvalitet og likhet. De fleste snakker om kvaliteten på yrkesutøvelsen. Slik som informant I sier: *«For å kvalitetssikre at de tingene som skal gjøres, blir fulgt opp»*. Det dreier seg om at handlinger ikke skal glemmes, og at det de anser som beste praksis gjøres. Det er med andre ord et hjelpemiddel *«(...) noe å støtte seg på når det er mye annet å tenke på (...)*» (informant C). Flere informanter fremhever også pasientenes rett til lik behandling. Dette brukes for at *«(...) pasientene får et tilbud som er forholdsvis standardisert»* (informant B). Informant K markerer seg også med et ytterligere argument for standardisering. *«Det er fordi vi skal sikre oss at den kompetansen som ambulansarbeideren har, at de ikke går utafør det som er ansett som kompetanseområdet sitt»* (informant K).

7.2 STANDARDISERING SOM KVALITETSSIKRING

Her ønsker jeg å drøfte standardisering gjennom de tre konfliktlinjene kontroll over arbeid, profesjonens status og autonomi, og individuelle behov.

7.2.1 Kontroll over arbeidet

Standarder omtales som myk regulering fordi det representerer en byråkratisk kontroll (Timmermans & Epstein, 2010). Spesielt fire av informantene forteller at avvik fra standardene ansees som uakseptabelt. Dette forstår jeg som en sterk maktplassering i ledelsen. Allikevel er det syv informanter som ser det motsatt. At det må være fleksibilitet i standardene og i dens etterlevelse, for å kunne håndtere virkelighetens uforutsigbarhet. Dette er en anerkjennelse av situasjonenes kompleksitet og en åpning for maktplassering også hos utøverne. At ambulansetjenester som i utgangspunktet skulle ha relativt like utgangspunkt har så ulike syn på standarder er verdt å merke seg.

7.2.2 Profesjonens status og autonomi

Standardene er ikke bare en tvangstrøye, de skaper også frihet. Jobbrollene skissert i tabell 4 viser hvordan medarbeidere i de øvre nivåene innehar et handlingsrom. Med Carlsens (2010) begrepssett har de klinisk autonomi innenfor rammene av standardene. De kan altså på eget initiativ utføre avansert behandling, så lenge de opererer innenfor rammene av standardene. Størrelsen på denne kliniske autonomien påvirkes av standardenes plassering innenfor et retningslinje- eller prosedyre-paradigme, og standardens innholdsmessige detaljgrad.

7.2.3 Individuelle behov

På den ene siden skal standardene forhindre tilfeldige beslutninger (Berg et al., 2000) og ivareta det normative kravet om at alle skal behandles likt. Dette skal vektes mot det andre normative kravet om å behandle alle etter deres spesielle forutsetninger (Grimen & Molander, 2008). En plassering innenfor retningslinje-paradigmet er en måte å balansere vekten mellom lik- versus individuell behandling.

7.3 OPPSUMMERING OM BRUKEN AV STANDARDISERING

Når det gjelder det andre forskningsspørsmålet, som blant annet ser på hvordan standardisering brukes som virkemiddel i kvalitetssikringsarbeidet, viser undersøkelsen min spredning i ambulansetjenestenes utforming av standarder. I illustrasjon 8 vises denne spredningen når ambulansetjenestene plasseres i et diagram basert på stereotypene retningslinje, prosedyre, lav og høy detaljgrad. Plassering innfor diagrammets akser kan blant annet være en av måtene en søker å balansere vekten mellom lik- versus individuell

behandling. Plasseringen påvirker også graden av klinisk autonomi og plassering av kontroll. Selv om det er en overvekt av de som har retningslinjer med lav detaljgrad, så ser det ikke ut som ambulans-Norge som helhet har funnet en felles balanse. Det kan være mange grunner til dette. I min undersøkelse har jeg oppdaget to mulige grunner. Den ene er om ambulansetjenesten anerkjenner virkelighetens uforutsigbarhet. Informantene innenfor retningslinje-paradigmet synes å ha mer nyanserte forklaringer enn de innenfor prosedyre-paradigmet på dette området. Det samme gjelder de som har en utforming med lav detaljgrad. Den andre grunnen er ambulansetjenestens vurdering av medarbeidernes kompetanse. En av de få som argumenterer for høy grad av detaljer i standard-utformingen henviser til lav kompetanse hos ambulansarbeiderne.

Ingen av informantene har sagt noe om standardene etterleves i virkeligheten. Timmermans og Epstein viser til sammenhengen mellom standardenes utforming og graden av etterlevelse (2010). Ingen av intervju spørsmålene berører dette direkte, derfor kunne dette vært gjenstand for en egen undersøkelse. Allikevel er det verdt å merke seg at de som begrunner en utforming med få detaljer fremhever at dette er fordi den skal være en rask og enkel støtte i situasjonene, mens ingen tilsvarende refleksjoner kommer fra de som har en høy detaljgrad.

8 KVALITETSSIKRING AV SKJØNNSUTØVELSE

Det er utfordrende å gi en samlet beskrivelse av ambulansarbeideres skjønnsutøvelse. For det første brukes en rekke forskjellige mekanismer for å påvirke handlingsrommet. For det andre er nivåinndelingen og kompetansesammensetningen forskjellig. For det tredje er synet på de lokale standardene forskjellig. Og for det fjerde synes det som om det er ulike tradisjoner og vurderinger ved de ulike stedene. Her vil jeg tegne et bilde av de mekanismene for kvalitetssikring av skjønnsutøvelse som jeg har klart å finne.

8.1 JOBBROLLER OG HANDLINGSROM

Først et tilbakeblikk til tabell 4 i delkapittel 6.1 hvor det vises fem ulike jobbrollenivåer. Alle organisasjoner har minst to nivåer og en del har flere. *Assistent*-stereotypen er, som navnet impliserer, en hjelper uten særlig ansvar eller handlingsrom. Fire steder (informant E, J, B og A) har også et nivå jeg har kategorisert som *ambulansarbeider 1*. Denne er tilnærmet lik assistent-rollen fordi heller ikke ambulansarbeider 1 har noe handlingsrom. Skillet ligger i grove trekk kun i at ambulansarbeider 1 har autorisasjon. Å være *Ambulansarbeider 2* innebærer ansvar og handlingsrom, men med begrensninger. På dette nivået har en lov til å utføre behandling slik som bruk av legemidler, CPAP eller andre avanserte tiltak.

Begrensningen ligger i krav om konsultasjon med lege eller Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) først. De har altså lov å utføre handlingene, men må innhente tillatelse først. *Ambulansarbeider 3*-rollen innebærer i prinsippet det samme som ambulansarbeider 2, men det er lite eller ingen behov for å innhente tillatelse for å gi behandling. Så fremt det er innenfor rammene av standardene har en ambulansarbeider 3 et selvstendig handlingsrom. Enkelte steder har disse også et større repertoar av avanserte tiltak. *Paramedic*-rollen er i prinsippet lik ambulansarbeider 3-rollen. De som har et paramedic-nivå i sitt rollehierarki har typisk satt paramedicutdanning som kompetansekrav for å kunne utøve den type selvstendig praksis. De vil ikke ha ambulansarbeider 3-nivået i sitt system.

8.1.1 Regulering av handlingsrommet

Forståelsen for ambulansarbeidernes skjønnsutøvelse har vært mer krevende å kartlegge enn forventet. Dataene tillater kun å se på noen mekanismer for regulering av skjønnsutøvelsen. Heterogenitet mellom ambulansetjenestene og et mylder av ulike jobbroller og handlingsrom gjør en samlet beskrivelse vanskelig. Noen punkter kan likevel belyses.

Alle informanter forteller om mulighetene for å konsultere lege. Hos noen er dette for å kunne rådføre seg ved tvil, eller dersom en har behov for å gå utover rammene av standardene.

Derimot så er det noen steder som krever at det tilnærmet alltid innhentes tillatelse fra lege for å gi behandling. Andre har en kombinasjon, hvor noen behandlingstiltak må konsulteres og andre tiltak ikke. For eksempel forteller informant J: *«Ved noen medisiner må det konsulteres. Det står i de enkelte prosedyrer. Noen prosedyrer er det ikke konsultasjonsplikt. Kommer an på konsekvensgrad.»* Tre forteller om utfordringene med slik konsultasjon.

Informant D *«Beslutninger tas på bakgrunn prosedyre eller konsultasjon, ikke basert på egen kompetanse. De fleste vet allikevel at en med egen kompetanse kan legge sterke føringer på hva legevaktlegen sier. De fleste vet de kan få det slik de vil, basert på hvordan de ordlegger seg, men formelt fortsatt er styrt av en lege.»*

Informant M *«Det som er problemet med lokale legevakter og turnusleger er at de ikke har vært bortpå CPAP eller metalyse. De er usikre og i tvil, fordi de ikke kan dette. Så sier de nei bare fordi de er i tvil. Av og til må vi diskutere med dem, men som regel går jo dette bra. Men jeg har vært borte i leger som ikke skjønner hva vi snakker om. Det er jo litt sånn frustrerende. Det blir sånn at vi kan CPAP, men så må vi ringe til noen andre for å få lov til å bruke dette – så kan ikke de noe om dette.»*

Informant F *«Vi har lite kapasitet fra legesiden til å bistå. Ingen tilstedeværende AMK-lege. Hvis en ringer for konsultasjon kommer en til 330-lege eller en LIS-lege. LIS-leger har lav kunnskap om hvordan ambulanseoppdrag løses, prosedyrer eller metoder. Blir fort veldig generaliserte tilbakemelding de får.»*

Flere informanter tar opp helsepersonelloven, for eksempel: *«Du kan ikke lage et system som er 100 % bindende på grunn av helsepersonelloven og helsepersonells selvstendige vurderingsplikt. Det legges likevel veldig opp til at det anbefales å følge disse prosedyrene. Vi ønsker ikke avvik fra prosedyrene»* (informant E). I tillegg virker det som om graden av autonomi varierer mellom type tiltak, slik som bruk av legemidler, andre behandlingstiltak, valg av transportdestinasjon eller ambulanseoperative handlinger. Denne variasjonen har gjort det for omfattende å kartlegge handlingsrommet i sin fulle bredde og dybde.

Viktigste funn er at det for det første brukes telefonkonsultasjon til lege for innhenting av behandlingsordinasjoner som sikringsmekanisme i flere ambulansetjenester. For det andre fortelles det om feilbarligheten i denne mekanismen. For det tredje så er det flere ambulansetjenester som gir medarbeiderne i de øverste jobbnivåene tilsynelatende stort selvstendig handlingsrom. Med dette mener jeg at de kan utføre handlinger uten telefonkonsultasjon. Handlinger både innenfor og utenfor retningslinjer. De har muligheter for å ta beslutninger basert på egne vurderinger, med utgangspunkt i egen kompetanse og den konkrete situasjonen.

8.2 PERSPEKTIVER PÅ KVALITETSSIKRING AV SKJØNNSUTØVELSE

I kapittel 3 beskriver jeg at det finnes to innfallsvinkler på skjønn, som strukturell kategori og som epistemisk. Det faller naturlig å drøfte skjønnsutøvelsen innenfor disse kategoriene.

8.2.1 Skjønn som strukturell kategori

Dworkin (1978 i Grimen & Molander, 2008) beskriver skjønnets strukturelle kategori som det handlingsrommet hvor utøveren kan ta frie valg innenfor. Informantenes omtale av standardenes viser hvordan disse standardene brukes for å avgrense det skjønnsmessige handlingsrommet hos ambulansesarbeiderne. Molander (2013) viser til fem mekanismer for å regulere dette. Alle informantene rapporterer at de benytter standarder, som i denne sammenhengen kan forstås som en *restriktiv mekanisme* for regulering av skjønnsutøvelsen. Derimot er graden av regulering, som fører til sterk eller svak skjønnsutøvelse, ulik for de som er innenfor henholdsvis retningslinje- og prosedyreparadigmet. En annen innfallsvinkel er den ene informanten som forteller hvordan standardene avgrenser medarbeidernes kompetanseområde. Der hvor informantene forteller om ordninger hvor lege må konsulteres for å få tillatelse for behandling forstår jeg det som hovedsakelig en *oppdelende mekanisme*, selv om det også er en komponent av restriktiviteten i dette. Krav om legekonsultasjon er forskjellig. Enkelte informanter anerkjenner svakheter ved mekanismen og åpner derfor for sterkere skjønnsutøvelse innen et retningslinje-paradigme. Andre informanter forteller at det er et konsultasjonskrav, samtidig som de i andre sammenhenger forteller om feilbarligheten med dette. Selv om det er tydelige svakheter ved telefonkonsultasjon er det likevel vanskelig å kritisere bruken. Kravet om konsultasjon må settes i sammenheng med kompetanse og nivå i jobbrollehierarkiet. Totalt sett er kompetanse, jobbrolle, syn på standarder, bruk av konsultasjon og de ulike behandlingstiltakene en komplisert mosaikk som må sees i sammenheng. Det er ikke gitt at det er utelukkende konsultasjonsplikten som er kjernen i problemet. Denne undersøkelsen er ikke designet for å kunne utforske slike intrikate forhold. Intensjonen med denne undersøkelsen er mer av utforskende karakter. Hensikten er å beskrive det større landskapet av mekanismer for kvalitetssikring, ikke å dybdeanalysere hver enkelt. Forhåpentligvis gir dette et utgangspunkt for senere undersøkelser. Utover at bruk av telefonkonsultasjon muligens også kan fungere som en *forsinkende mekanisme*, har jeg ikke funnet noen metoder for å skape tid til refleksjon i beslutningssituasjonen. Tvert imot, og ikke overraskende, beskriver en av informantene behovet for raske beslutninger. Heller ikke

blokkerende mekanismer har jeg funnet eksempler på. Uten at det har blitt sagt eksplisitt av informantene, finner jeg spor av *sanksjonerende mekanismer*. Først og fremst faren for tap av godkjenningen de har blitt tildelt. Dette vil for mange trolig oppleves som statustap. De som opplever jobben som motiverende i seg selv, vil kunne oppleve tap av godkjenning som begrensende i hverdagen. En informant forteller til og med om sammenhengen mellom lønnskompensasjon og opprettholdelse av godkjenning. Det kan diskuteres om dette er en motiverende egenskap eller om faren for tap av lønn er en sanksjonerende egenskap.

8.2.2 Skjønn som epistemisk kategori

Skjønn som epistemisk kategori handler om selve beslutningsprosessen, hvor det er tre kilder til usikkerhet: Situasjonsbeskrivelsen, normen og handlingen (Grimen & Molander, 2008).

Når det gjelder kvalitetssikring av *handlingen* så er dette til syvende og sist et praktisk anliggende. De fleste, men ikke alle, krever at medarbeiderne også testes i praktiske ferdigheter som en del av godkjenningsordningen. At dette dermed er en del av kvalitets-sikringsfokuset hos de fleste er derfor klart. Som nevnt tidligere er ikke denne undersøkelsen designet for å gå i dybden innenfor kvalitetssikring av ferdighetene. Om alle relevante ferdigheter testes, egenskaper på testene og i hvilken grad dette representerer utførelsen i det virkelige livet, har ikke blitt undersøkt. Det er derfor vanskelig å si noe klart om dette

I denne sammenhengen sidestiller jeg *normen* med standardene som blir brukt i ambulansetjenestene. Hvis vi ser på informantenes fortellinger om hvordan de kvalitetssikrer skjønnsutøvelsen legges det tydelig mye fokus på et omfattende sett med standarder. Flere forteller hvordan disse standardene er en del av kvalitetssikringen av yrkesutøvelsen. Samtidig som en informant forteller at de for det første har så mange standarder at det er vanskelig å finne den riktige, og for det andre at de ikke rekker å oppdatere dem. Det er kun en informant som nevner disse to problematiske fenomenene. Omfanget av dette problemet kunne vært gjenstand for videre undersøkelser. Det er også et skille mellom standarder som er utformet med mange detaljer, og de som er rundere i formen. Sistnevnte er forbundet med større etterlevelse (Carlsen, 2010; Timmermans & Epstein, 2010). De som argumenterer for høy detaljeringsgrad setter dette i sammenheng med lav kompetanse hos medarbeiderne. Om det er en sammenheng mellom investering i tilleggsopplæring eller synet på grunnutdanningen som lav og detaljgraden i standardene, kunne også vært gjenstand for videre undersøkelser. De som derimot begrunner lav detaljgrad i standardene har en helt annen prinsipiell

innfallsvinkel. De sier at standarder ikke kan fange hele virkeligheten, og at de skal være et raskt hjelpemiddel i en hektisk situasjon. Det virker også som om de har et mer nyansert syn på helheten mellom kompetansen fra opplæringen, sikring av generell kunnskap med tester, standarder som et hjelpemiddel og behovet for medarbeidernes selvstendige vurderinger. Deres argumentasjonsrekke er i større grad sammenfallende med annen kunnskap på området.

Ingen av informantene forteller om fokus på *situasjonsbeskrivelsen*, altså medarbeidernes evne til å forstå situasjonen. I samtaler om tilleggsopplæringens- og godkjenningstestenes innhold er det kunnskap om standardene som står i sentrum. Dermed, selv om det kvalitetssikres at medarbeiderne kjenner alle standardene, så betyr ikke det at en samtidig kvalitetssikrer at de applisere rett standard til rett situasjon. Dette poenget forsterkes når vi ser på Kirkebøens (2013) syn på skjønnsutøvelse. Han poengterer at fagfolk ikke tar avgjørelser basert på logiske resonnementer. De tar raske og intuitive beslutninger basert på mønstergjenkjenning. Dette passer også med Timmermans og Epsteins (2010) påstand om at klinikere i liten grad klarer å følge standarder. Derfor har alle blitt spurt om de går gjennom medarbeidernes pasientmøter og gir tilbakemelding basert på resultatet av deres vurderinger. Tilbakemelding for å få bekreftet eller avkreftet ens situasjonsforståelse er kjernen i å styrke mønstergjenkjenningen, slik at en blir mer treffsikker neste gang en møter en lignende situasjon. Siden ingen gjør dette lurer jeg på om situasjonsforståelsen er skjønnsutøvelsens svake punkt. Viktigheten av at ambulansarbeidere kan lære av sine erfaringer er nettopp årsaken til lovendringen om taushetsplikt (Prop.87L, 2013). Dette er overraskende, Lovendring er et sterkt signal fra myndighetene om viktighetene av dette.

Tidligere har jeg også beskrevet fem mekanismer for å påvirke selve beslutningsprosessen (Molander, 2013). Standarder kan være mer enn en restriktiv mekanisme. De kan også være *støttende mekanismer* i beslutningsprosessen. Dette kommer frem hos informantene som befinner seg i gruppen retningslinje med lav detaljgrad. Informantenes forklaringer med konsis informasjon, noe å støtte seg på og fremhevelse av tidspresset illustrerer dette. En kan undre seg hvorvidt det finnes to syn på standarder, de som anser det som en metode for kontroll og de som anser det som verktøy for beslutningsstøtte. En kunne tenke seg videre at ambulansetjenester i prosedyrer med høy detaljgrad-gruppen har et kontrollsyn, mens retningslinje med lav detaljgrad har et beslutningsstøttesyn. Datamaterialet tillater ikke å se etter slike mønstre. Det er heller ikke slik at disse to synene gjensidig utelukker hverandre. Allikevel kan det virke som om enkelte av ambulansetjenestene som har kontrollsynet, ikke

har sett på standarder som beslutningsstøtte. Dette begrunner jeg med at enkelte har et prosedyreforhold til sine standarder. Ren prosedyretenking betrakter jeg som en trussel mot beslutningsprosessen i epistemisk forstand. Bruk av standarder er også en av flere faktorer som er *formende* for beslutningsprosessen. Likhet i opplæring er også med på å forme likheter i tankemønstre. Det er vist at dette hever kvaliteten og minsker variasjonen i utøvelsen av skjønn. At tilnærmet alle krever tilleggsopplæring eller innfasing tilsier at dette burda ha en positiv effekt. Allikevel er det bekymringsfullt at årsaksforklaringene er utilstrekkelig eller for stor variasjon i utdanningen. At omfang og innholdet i denne opplæringen er forskjellig bidrar ikke til å skape likhet på nasjonalt plan, selv om den gjør det regionalt eller lokalt. At person nummer to på ambulansesbilen i tillegg kan ha ulik utdanning, med ulik forståelse for fagfeltet kan muligens også være en trussel. For de ambulansetjenestene som har et retningslinje-syn på standardene sine finner jeg spor av *deliberative mekanismer*. For eksempel informant C som forteller at det er tillatt å fravike fra retningslinjene, dersom en har en medisinsk begrunnelse. Dette tolker jeg som en bevisst bruk av en deliberativ mekanisme. Utover dette har jeg ikke sett bruken av verken *motiverende-* eller *deltakelsesmekanismer*.

8.3 OPPSUMMERING OM REGULERING AV SKJØNNSUTØVELSE

Her har jeg belyst forskningsspørsmål tre med hensyn til skjønnutøvelsens to sider. Som rommet hvor skjønnen kan utøves innenfor og som prosessen bak en beslutning. Det kommer tydelig frem hvordan ambulansetjenestene bruker jobbrollene og standardene for å definere det skjønnsmessige handlingsrommet. Det fremkommer også forskjellig syn på dette rommet, hvor noen tillater større grad av autonomi og avvik fra standardene, enn andre. Informantene fremhever feilbarligheten som ligger i reguleringen av handlingsrommet. Kun noen få informanter tar opp beslutningsprosessen bak skjønnutøvelse. Disse derimot setter beslutningsprosessen i sammenheng med standardenes utforming, virkelighetens kompleksitet og behov for et retningslinje-perspektiv. Ingen tar opp ambulansarbeidernes evne til å forstå situasjonen som standardene skal brukes på. Til tross for signaler fra myndighetene om viktigheten av tilbakemelding på ambulansarbeideres kliniske vurderinger, er det ingen ambulansetjenester som går gjennom pasienters journaler for å sammenstille ambulansarbeidernes vurderinger med det som faktisk viste seg å feile pasienten. Slik ser det ut som om styrking av mønstergjenkjenningen, og dermed evnen til korrekt situasjonsbeskrivelse, kan være et av de svake punktene i skjønnutøvelsen som beslutningsprosess.

9 AVSLUTTENDE REFLEKSJONER

Denne masteroppgavens problemstilling har vært: *Hvordan kvalitetssikres yrkesutøvelsen hos medarbeidere i ambulansetjenesten?* For å undersøke dette har jeg utarbeidet forskningsspørsmål for å kartlegge kompetansen som kreves for å arbeide i ambulansetjenesten og hvilke metoder som benyttes for å sikre denne kompetansen. Fordi det har vært kvalitets-sikring av yrkesutøvelsen som har vært fokus, så har et ytterligere forskningsspørsmål søkt å kartlegge forhold rundt bruken av standardisering og hvordan yrkesutøvelsen reguleres.

Som et direkte svar på problemstillingen, og forskningsspørsmålene, så viser funnene mine at ambulansetjenestene har tydelige definerte krav til kompetanse når de ansetter nye medarbeidere. Derimot er det større skillelinjer med hensyn til hvordan de sikrer kompetansen etter ansettelse. Selv om alle gir tilleggsopplæring, så er innhold og omfang varierende. Det samme gjelder bruken av godkjenningsordninger og jobbrollehierarkier. Alle ambulansetjenester gjør dette, men på forskjellige måter. Når det gjelder bruken av standardisering kan jeg finne to innfallsvinkler. Noen utøver sterk kontroll over yrkesutøvelsen gjennom et prosedyrisk syn på standardene, mens andre vektlegger virkelighetens uforutsigbarhet og innrømmer derfor medarbeiderne en viss grad av individuell skjønnsutøvelse. Når det gjelder regulering av yrkesutøvelsen gjennom strukturelle mekanismer, virker det å være en rekke utfordringer for å få dette til å bli reell kvalitetssikring. Når det gjelder epistemologiske perspektiver på yrkesutøvelsen, så synes dette å få lite oppmerksomhet i ambulansetjenestene. Dette kommer spesielt til uttrykk ved at ingen driver med systematisk tilbakemelding til medarbeiderne på deres situasjonsforståelse og vurderinger etter pasientmøter.

Funnene mine svarer på problemstillingen ved å tegne et kart over det omfattende kvalitetssikringsarbeidet som drives i de ambulansetjenestene som er undersøkt. Nå er det behov for ytterligere undersøkelser for å avdekke nyansene i dette kvalitetssikringsarbeidet.

9.1 FRA SJÅFØR TIL PROFESJONSUTØVER?

I den foregående analysen har brukt teori fra det profesjonsteoretiske domenet. Det ville vært logisk å presentere årsaken til dette teorivalget innledningsvis, men begrunnelsen baserer seg til dels på datamaterialet som er presentert i de forrige kapitlene. Det er altså min førkunnskap om feltet som har vært utløsende for det teoretiske utgangspunktet. Nå ønsker jeg å bruke funnene i undersøkelsen for å begrunne det. Spørsmålet jeg ser på her er hvorvidt

ambulansearbeid kan ses på som et yrke med profesjonspreg, og hvorvidt det er rimelig å benytte profesjonsteori som perspektivsettende linse. Etterpå vil jeg også kort se på forholdet mellom profesjonell kompetanse og utøvelsen av ambulanseryrket. Dette gjør jeg for å styrke legitimiteten for bruk av profesjonsteori.

Ved å bruke profesjonsteori er det en underliggende forutsetning at ambulanseryrket faktisk er en profesjon, eller har profesjonslignende trekk. Det er ikke gitt. Bakke (2015) går i sin masteroppgave *Profesjonalisering av ambulanseryrket* gjennom historiske utviklingstrekk av ambulansetjenesten i Norge. Her viser han hvordan yrket på kort tid har utviklet seg fra et transportyrke til et behandlingsrettet yrke. En utvikling som har gått parallelt med økende kompetanse. Han avslutter med å understreke betydningen av en bachelor- og mastergrad som en del av reisen mot å bli en profesjon. Spørsmålet står fortsatt i hvilken grad ambulansearbeid har blitt et profesjonslignende yrke. Her vil jeg se dette i lys av Molander og Terums (2008) organisatoriske og performative aspekter som ble redegjort for i avsnitt 3.2.1.

9.1.1 Ambulanseryrkets organisatoriske aspekter

De organisatoriske aspektene bruker *monopol* om et arbeidsdomene som et kriterium. Akuttmedisinforskriften (2015) krever at minst en på ambulansen har autorisasjon som ambulansearbeider. Derimot tillater den også at annet helsepersonell arbeider der. Det innebærer det vi kan kalle et delvis monopol. Selv om forskriften ikke definerer noe hierarki mellom disse to, viser undersøkelsen min at ambulansetjenesten i praksis underordner personell uten autorisasjonen som ambulansearbeider. I tillegg viser undersøkelsen at det i praksis ikke er mulig å få fast tilsettelse uten slik autorisasjon. Når det gjelder kriteriet om *profesjonsautonomi* gir undersøkelsen min ikke nok informasjon for å ha en utfyllende diskusjon. Likevel virker det som om det er lav grad av autonomi for yrkesgruppen som helhet, jamfør begrepet *profesjonell autonomi*. Utvikling av standarder og krav til kvalitet ser ut til å være kollektive prosesser på høyere nivåer i ambulanseorganisasjonene. Det er uklart hvilke yrkesgrupper som er delaktig med dette. Samtidig innrømmer noen ambulansetjenester stor grad av *klinisk autonomi*, spesielt innenfor rammene av standardene. Dermed virker det som om det er et skille mellom profesjonell autonomi og klinisk autonomi, hvor sistnevnte er betinget av hvor du jobber. Ved å ha egen offentlig autorisasjon, være eksplisitt nevnt i forskrift og ha formalisert utdanning må det sies at ambulanseryrket er *politisk konstituert*. Gjennom monopoliseringen og politiske konstitueringen medfølger også det *institusjonelle*

imperativets plikter å tjene allmenne interessert. I spørsmålet om yrkesgruppen også har egeninteresser, så er det politiske arbeidet som ligger bak bachelorgraden som et konkurrerende utdanningsløp til fagbrevet et tegn på det. Imidlertid mangler det en enhetlig *profesjonell sammenslutning*. I dag organiseres ambulansesarbeidere i både Fagforbundet og DELTA, i tillegg til interesseorganisasjonen Nasjonal Paramedicforening. To ulike fagforeninger og en interesseorganisasjon kan tyde på en yrkesgruppe som er fragmentert med hensyn til sine verdier.

9.1.2 Ambulanseyrkets performative aspekter

Når det gjelder de *Performative aspektene* kommer det tydeligere frem hvorfor et profesjonsperspektiv kan brukes i analysen av ambulansearbeid. Som helsepersonell ytes det *tjenester*, hvor det er *pasienter* som er mottakere, med henblikk på å forbedre (*endringsorientering*) den sykdommen eller skaden pasienten har (*hvordan-problemet*). Som offentlige helsetjeneste er også ambulansearbeid underlagt *normative krav*. Dette har også kommet til syne gjennom begrunnelsen for kvalitetssikring, hvor retten til lik behandling og ønsket om å tilby den beste behandlingen, har vært fremhevet. De performative aspektene som det er mest usikkerhet om er innfridd er graden av *skjønnsutøvelse*, om det brukes *systematisert kunnskap* på enkelttilfeller, og om yrkesutøvelsen er preget av usikkerhet rundt resultatet (*feilbarlighet*) slik at ambulansesarbeideren påtar seg en form for ansvar gjennom yrkesutøvelsen. Dette er de sentrale sidene som nettopp har vært gjenstand for undersøkelse her, som også har gjort det nyttig å bruke profesjonsteori for å forstå dem. Allikevel er det begrenset hva jeg kan trekke av konklusjoner om ambulanseryrket er, eller er i ferd med å bli, en profesjon. Det er et forskningsspørsmål i seg selv. Ut fra det jeg har funnet, mener jeg at ambulanseryrket har profesjonelle karaktertrekk som rettferdiggjør profesjonsperspektivet i drøftingen.

9.2 HVA ER FORHOLDET MELLOM PROFESJONELL KOMPETANSE OG UTØVELSE AV AMBULANSEYRKET?

I kapittel 3 viste jeg til Lais (2013) generelle kompetansedefinisjon og fremhevet at profesjonell kompetanse må innebære noe mer. For eksempel å ta beslutninger i situasjoner som innebærer usikkerhet, å reflektere over faglige spørsmål i konkrete situasjoner, og å ha en kunnskapsmessig metakompetanse (knowing why).

Jeg mener undersøkelsen viser at ambulansearbeidere tar beslutninger i et landskap av usikkerhet. Spesielt merkbart er dette under intervju spørsmålene rundt standard som retningslinje versus standard som prosedyre. Begrunnelsene innenfor retningslinjeparadigmet ligger nettopp i virkelighetens kompleksitet og uforutsigbarhet. Også når informanter beskriver utfordringer med telefonkonsultasjonene avsløres det hvordan personellet handler i usikkerhet. At en del ambulansetjenester anerkjenner denne uforutsigbarheten og derfor har innrettet standardene deretter, viser at de forventer refleksjon-i-handling hos medarbeiderne. Samtidig ser vi at andre faller på motsatt konklusjon. Dette kommer frem når en informant forteller at det lave faglige nivået gjør at standardene må være detaljerte prosedyrer. Når det gjelder knowing why-fenomenet så har jeg i dette materialet ikke noe grunnlag for å vurdere ambulansearbeideres kunnskapsmessige metaforståelse. Eneste indikasjoner jeg har er informanten som forteller at de ikke rekker å oppdatere standardene i takt med den faglige utviklingen, og om medarbeiderne deres som oppdager dette og etterspør oppdatering. En annen indikasjon er informanten som forteller om refleksjon-etter-handling hos medarbeiderne som ønsker tilbakemelding på deres arbeid, men som ikke får innsyn i journaler. Dette gir allikevel ikke et tilstrekkelig bilde for å drøfte knowing why-siden av profesjonell kompetanse.

Her har jeg ikke grunnlag for å trekke klare konklusjoner om tilstedeværelse av profesjonell kompetanse hos ambulansearbeidere. Derimot kan jeg si at det finnes tegn på arbeid under usikkerhet. Jeg kan også si at en del ambulansetjenester erkjenner dette og har innrettet seg deretter. Andre ambulansetjenester synes derimot ikke å erkjenne dette. Tilstedeværelse av, eller behovet for, profesjonell kompetanse i ambulansetjenesten kan være gjenstand for videre forskning.

9.3 HOVEDFUNN OG BEHOV FOR VIDERE STUDIER

Sakskomplekset er sammensatt og datamaterialet for tynt til å kunne komme med klare konklusjoner. Det har heller ikke vært meningen. Hovedhensikten har vært å beskrive det kvalitetssikringsarbeidet av yrkesutøvelsen som gjøres. Likevel er det funn som er verdt å merke seg og som rettferdiggjør videre undersøkelser. Her fremhever jeg noen slike forhold.

At tilnærmet alle driver med tilleggsopplæring av sine medarbeidere bør lede til to ulike grener for videre undersøkelser. For det første bør innholdet og omfanget av denne tilleggsopplæringen undersøkes. Hvis den er forskjellig, betyr det også at det er forskjellig kvalitet på

ambulansetjenestene i Norge? For det andre bør det undersøkes hvorfor det gis tilleggsopplæring. Spesielt bør det undersøkes hva det faktiske kompetansebehovet er i ambulansetjenesten og i hvilken grad grunnutdanningen i form av fagbrev i ambulansesfag møter dette behovet. Det er urovekkende at halvparten av informantene, som sitter i ledende fagstillinger ved norske ambulansetjenester, sier at denne grunnutdanningen er utilstrekkelig. Dette kan tyde på at utdanningstilbudet som finnes i dag ikke er nok for å kunne utøve yrket.

Årlig testing av medarbeidere og bruken av godkjenningsordninger er en lokalt forankret praksis i norske ambulansetjenester. Spørsmålet er hva som egentlig testes. Vurderes medarbeiderne på deres evne til å forstå situasjoner og fatte gode beslutninger, eller testes de på hukommelsen av innholdet i standardene og beherskelsen av enkeltferdigheter? Dette burde være gjenstand for nøyere avklaring, og bør drøftes i lys av utøvernes kliniske autonomi. Tidsbegrensete (re-)godkjenningsordninger er nasjonale ordninger flere steder i utlandet. Den norske allmennlegeforening har innført noe tilsvarende og Sykepleierforbundet snakker om det. Om godkjenningsordninger er nødvendig, og hvorvidt de bør være lokalt forankret eller ha en felles nasjonal ordning burde være en debatt for fremtiden. Felles standarder og godkjenningsordninger vil trolig være kostnadsbesparende og kunne øke kvaliteten. Både fordi dobbeltarbeidet mellom organisasjonene reduseres, men også samling av ressursene gjør at det kan investeres mer tid i å gjennomarbeide kvaliteten i slike testordninger. Likevel er det trolig de normative kravene om likebehandling og reproduserbarhet som er viktigst for samfunnet; at en kan forvente det samme av en ambulans uavhengig av hvor en befinner seg i landet.

Bruken av jobbrollehierarkier, hvor medarbeidere nivå-inndeles basert på kompetanse og tester, er omfattende i norske ambulansetjenester. Kvalitetssikring av den enkeltes kompetanse, regulering av handlingsrom og sikring av korrekt kompetansesammensetning på ambulanser virker å være årsaken. Flere snakker om å utvide antall nivåer oppover fordi nivåinndelingen ikke gjenspeiler dagens økte kompetanse. Begrunnelsen er at den økte kompetansen burde føre til økt handlingsrom eller flere behandlingsmuligheter. Samtidig er det noen som synes at for mange nivåer er forvirrende og at det også er for stor heterogenitet i kompetansen til personellet. Variasjonen av kompetanse innad i ambulansetjenestene, og mellom ulike ambulansetjenester, kommer til uttrykk i de helt forskjellige jobbrollehierarkiene. Noen har bare to nivåer, mens andre har fire. Hva hvert enkelt nivå innebærer er også høyst forskjellig mellom ambulansetjenestene. Jeg identifisert fem stereotype jobbroller,

med assistent på bunnen og ambulansearbeider 3 eller paramedic på toppen. For kvalitetssikringen virker nivåinndelingen å være hensiktsmessig, derimot bør det vurderes om det bør være felles nasjonale definisjoner (terminologistandarder) på disse.

Standardenes betydning for kvalitetssikring av yrkesutøvelsen henger sammen med hvordan de er utformet og hvor strenge krav som stilles til etterlevelsen av dem. Ambulansetjenestenes har forskjellig tilnærming til dette. Informantene forteller om flere sider ved standardene som er en trussel mot reell kvalitetssikring. Blant annet utdaterte standarder, overveldende antall standarder, standarder med høy detaljrikdom og rigide krav om etterlevelse er fremhevet som problematisk. Dette er også i tråd med annen forskning på området. Skal standarder fungere etter sin hensikt må trolig personellet være tilstrekkelig kompetente i utgangspunktet, standardene være utformet som retningslinjer og detaljrikdommen ikke være for høy. Komparative dokumentanalyser vil kunne bidra til en grundigere forståelse for hvordan ambulansetjenestene nyttiggjør seg standarder.

De strukturelle sidene ved skjønnsutøvelsen har fått oppmerksomhet i de fleste ambulansetjenester. Standardene og jobbrollene definerer nøye det handlingsrommet ambulansearbeiderne kan utøve sitt skjønn innenfor. Samtidig stiller jeg spørsmålstegn ved noen av de andre strukturelle mekanismene som brukes for å kvalitetssikre skjønns- og yrkesutøvelsen. Et spørsmål er hvorvidt telefonkonsultasjon er en reell kvalitetssikring. Flere informanter fremhever problemer med denne metoden. Også prosessene bak beslutninger, altså skjønnsutøvelsen i et epistemologisk perspektiv, virker å få lite oppmerksomhet i ambulansetjenestene. Dette kommer til uttrykk i drøftingen om hvorvidt ambulansearbeidere har eller bør ha profesjonell kompetanse, om godkjenningsordninger måler evnen til å fatte gode beslutninger og det manglende fokuset på læring gjennom tilbakemelding. På den positive siden argumenterer noen for korte og konsise standarder, slik at de blir et hjelpemiddel i beslutningssituasjonen, som litteraturen kaller en støttende mekanisme for beslutningsprosessen. Derimot er det flere som ikke tenker på dette perspektivet og har derfor detaljerte standarder. Selv om noen ambulansetjenester har gjort reflekterte valg, så er det totalt sett allikevel min oppfatning at det er en lite helhetlig tilnærming til ambulansearbeideres skjønnsutøvelse. Flere informanter tar også opp helsepersonellets selvstendige vurderingsplikt. Denne setter de i relasjon til handlingsrommet og den autonomien de har eller burde ha. Grenseoppgangen mellom denne og prosedyriske standarder må avklares.

Yrkesutøvelsen hviler på utøverens kompetanse, standardene de må forholde seg til og det handlingsrommet de er tildelt. Alle disse sidene, i tillegg til forhold ved den konkrete situasjonen, må sees i sammenheng når beslutninger fattes. Disse har jeg vist står i et gjensidig påvirkningsforhold til hverandre. Økt kompetanse bør ha innvirkning på standardenes utforming og rommet for skjønnsutøvelse. Der hvor handlingsrommet er lite, bør dette også gjenspeiles i kompetansen til personellet og standardenes utforming. Det er til syvende og sist kvaliteten på beslutningen og den medfølgende handlingen som er endepunktet for kvalitetssikring. Det er dette det dreier seg om. Derfor må disse sees i sammenheng når et kvalitetssikringssystem utformes.

9.4 AVSLUTNING

Denne oppgaven har sett på systemer for kvalitetssikring av utøvelsen av ambulansesyret. Spesifikt har jeg sett sammenhengene mellom kompetanse, sikring av kompetanse gjennom godkjenningsordninger, bruk av standardisering og regulering av skjønnsutøvelse i ambulansetjenesten. Det virkelig interessante spørsmålet er hvordan kvalitetssikringssystemer påvirker resultatet av yrkesutøvelsen. Det blir som Lund (2002a) skriver, at kunnskap om årsaksforhold generelt er viktigere enn beskrivende sammenhenger. Kjenner vi årsaken til noe, så kan vi gjøre noe med den (s. 13). Et fenomen må først erkjennes, før dets årsaker og virkninger kan undersøkes. Derfor har hensikten primært vært deskriptiv. Målet har vært å vise utbredelsen av ulike kvalitetssikringsmetoder. Nå som vi vet formen på og utbredelsen av ulike kvalitetssikringsmetoder, blir neste steg å undersøke deres effekt. Det skal presiseres at ikke alle metoder for kvalitetssikring har blitt undersøkt. Kun et utvalg. Videre arbeid må ta hensyn til at det også kan være andre metoder som brukes av ambulansetjenestene i deres kvalitetssikringsarbeid.

LITTERATURLISTE

- Abbott, Andrew (1988). *The system of professions : an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. av 1. mai 2015, 231 (2015).
- Bakke, Roger (2015). *Profesjonalisering av ambulansesykehuset*. (Mastegrad), Universitetet i Oslo, Oslo.
- Berg, Marc, Horstman, Klasien, Plass, Saskia, & van Heusden, Michelle (2000). Guidelines, professionals and the production of objectivity: standardisation and the professionalism of insurance medicine. *Sociology of Health & Illness*, 22(6), 765-791.
- Bhattacharya, Himika (2008). Empirical Research. I Lisa M. Given (Red.), *The SAGE encyclopedia of qualitative research methods, Volume 1*: SAGE Publications Inc.
- Blaber, Amanda (2008). *Foundations for paramedic practice: a theoretical perspective*
- Blatter, Joachim K. (2008). Case Study. I Lisa M. Given (Red.), *The SAGE encyclopedia of qualitative research methods, Volume 1*: SAGE Publications Inc.
- Brown, David K (2001). The social sources of educational credentialism: Status cultures, labor markets, and organizations. *Sociology of Education*, 19-34.
- Carlsen, Benedicte (2010). The last frontier? Autonomy, uncertainty and standardisation in general practice. *Health Sociology Review*, 19(2), 260-272. doi: 10.5172/hesr.2010.19.2.260
- Caroline, Nancy L., & Pilbery, Richard (2014). *Nancy Caroline's emergency care in the streets, Seventh Edition (UK edition) (7th ed. utg.)*. Bridgewater: Jones and Bartlett.
- Carr, David (1993). Questions of competence. *British Journal of Educational Studies*, 41(3), 253-271. doi: 10.1080/00071005.1993.9973965
- Collins, Randall (1979). *The credential society: an historical sociology of education and stratification*. New York: Academic Press.
- Freidson, Eliot (1994). *Professionalism reborn: theory, prophecy, and policy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Freidson, Eliot (2001). *Professionalism: the third logic*. Cambridge: Polity Press.
- Grimen, Harald (2008). Profesjon og kunnskap. I Anders Molander & Lars Inge Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 71-86). Oslo: Universitetsforl.
- Grimen, Harald, & Molander, Anders (2008). Profesjon og skjønn. I Anders Molander & Lars Inge Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 179-196). Oslo: Universitetsforl.
- Grønmo, Sigmund (1996). Forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnærminger i samfunnsforskningen. I Harriet Holter & Ragnvald Kalleberg (Red.), *Kvalitative metoder i samfunnsforskning* (2. utg. utg., s. 73-108). Oslo: Universitetsforlagets metodebibliotek.
- Guba, Egon G., & Lincoln, Yvonna S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, Calif: Sage.
- Guttu, Tor (2005). *Norsk ordbok med 1000 illustrasjoner: riksmål og moderat bokmål*

- Hatlevik, Ida Katrine Riksaasen (2014). *Meningsfulle sammenhenger: en studie av sammenhenger mellom læring på ulike arenaer og utvikling av ulike aspekter ved profesjonell kompetanse hos studenter i sykepleier-, lærer- og sosialarbeiderutdanningene*. (2014 nr. 4), Høgskolen i Oslo og Akershus, Oslo.
- HelseDirektoratet (2012). *Definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjede*. Oslo.
- Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999, nr. 64. Sist endret 19. juni 2015, nr. 65. (1999).
- Rapport fra tilsyn med Sørlandet sykehus HF, Kirurgisk klinikk, Prehospitale tjenester 2015 (2015).
- Jensen, Karen, Lahn, Leif Chr, & Nerland, Monika (2012). Introduction. I Karen Jensen, Leif Chr Lahn & Monika Nerland (Red.), *Professional learning in the knowledge society* (Vol. vol. 6). Rotterdam: Sense Publishers.
- Johannessen, Lise B. (2012). Obligatorisk resertifisering for alle? *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 132(11), 1375.
- Kahneman, Daniel (2003). A Perspective on Judgment and Choice: Mapping Bounded Rationality. *American Psychologist*, 58(9), 697-720.
- Karseth, B., & Nerland, M. (2007). Building professionalism in a knowledge society: Examining discourses of knowledge in four professional associations. *Journal of Education and Work*, 20(4), 335-355. doi: 10.1080/13639080701650172
- Kirkebøen, Geir (2013). Kan vi stole på fagfolks skjønn? I Anders Molander & Jens-Christian Smeby (Red.), *Profesjonsstudier II* (s. 27-43). Oslo: Universitetsforl.
- Kleven, Thor Arnfinn (2002a). Begrepsoperasjonalisering. I Thorleif Lund (Red.), *Innføring i forskningsmetodologi* (s. 141-184). Oslo: Unipub.
- Kleven, Thor Arnfinn (2002b). Ikke-eksperimentelle design. I Thorleif Lund (Red.), *Innføring i forskningsmetodologi* (s. 265-286). Oslo: Unipub.
- Kleven, Thor Arnfinn (2008). Validity and validation in qualitative and quantitative research. *Nordisk Pedagogik*, 28(3), 219-233.
- Kleven, Thor Arnfinn (2014). Data og datainnsamlingsmetoder. I Thor Arnfinn Kleven (Red.), *Innføring i pedagogisk forskningsmetode - en hjelp til kritisk tolking og vurdering, 2. utgave*
Bergen: Fagbokforlaget.
- Kvale, Steinar, & Brinkmann, Svend (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lahnstein, Geir (1993). *Kvalitet i helsetjenesten* Hentet fra <http://www.nb.no/nbsok/nb/15b7c88180a97a579f7b0222558e781d.nbdigital?lang=no#9>
- Lai, Linda (2013). *Strategisk kompetanseledelse* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Lincoln, Yvonna S., & Guba, Egon G. (2000). The only Generalization is: There is no Generalization. I Roger Gomm, Martyn Hammersley, Peter Foster, Roger Gomm, Martyn Hammersley & Peter Foster (Red.), *Case Study Method: Key Issues, Key Texts* (s. 27-40): SAGE Publications.
- Lund, Thorleif (2002a). Innledning. I Thorleif Lund (Red.), *Innføring i forskningsmetodologi* (s. 9-18). Oslo: Unipub.

- Lund, Thorleif (2002b). Metodologiske prinsipper og referanserammer. I Thorleif Lund (Red.), (s. 79-123). Oslo: Unipub.
- Maxwell, Joseph A. (2013). *Qualitative research design: an interactive approach* (3rd ed. utg. Vol. 41). Los Angeles: Sage.
- Molander, Anders (2013). Profesjonelt skjønn i velferdsstaten: mekanismer for ansvarliggjøring. I Anders Molander & Jens-Christian Smeby (Red.), *Profesjonsstudier II* (s. 44-54). Oslo: Universitetsforl.
- Molander, Anders, & Smeby, Jens-Christian (2013). Innledning. I Anders Molander & Jens-Christian Smeby (Red.), *Profesjonsstudier II* (s. 9-13). Oslo: Universitetsforl.
- Molander, Anders, & Terum, Lars Inge (2008). Profesjonsstudier - en introduksjon. I Anders Molander & Lars Inge Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 13-27). Oslo: Universitetsforl.
- Morland, Ellen (2015a). God idé med resertifisering *Sykepleien*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Morland, Ellen (2015b). Må resertifiseres hvert 3. år *Sykepleien*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- NAEMT, National Association of Emergency Medical Technicians Pre-Hospital Trauma Life Support Committee American College of Surgeons Committee on Trauma (2014). *PHTLS: prehospital trauma life support* (8th ed. utg.). Burlington, Ma: Jones Bartlett learning.
- Newell, Sue, Robertson, Maxine, Scarbrough, Harry, & Swan, Jackie (2009). *Managing knowledge work and innovation* (2nd ed. utg.). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Nordhaug, Odd (1993). *Kompetansestyring* (2. utg. utg.). Oslo: TANO.
- NREMT, National Registry of Emergency Medical Technicians (2015). National EMS Certification Examinations - Paramedic. Lastet ned 19.11.2015, 2015, fra https://www.nremt.org/nremt/about/reg_para_history.asp#Lapsed_Certification
- Pedersen, Peder Å (2000). *Kvalitetssikring: et ledd i verdiskapningen!* Hentet fra <http://www.nb.no/nbsok/nb/caf60f74a9a4d641b672b3f341a31aba.nbdigital?lang=no#0>
- Postholm, May Britt (2010). *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Prop.87L (2013). *Prop. 87 L, proposisjon til Stortinget (Forslag til lovvedtak): Endringer i helsepersonellova m.m. (utsending av epikrisar og utlevering av teiepliktige opplysningar til bruk i læringsarbeid og kvalitetssikring m.m.)*. Oslo.
- Ryle, Gilbert (1963). *The concept of mind*. Harmondsworth: Penguin.
- SAK (2015, 10. august 2015). Ambulansearbeider. Lastet ned 4. november 2015, 2015, fra <http://www.sak.no/yrkesgruppe/Sider/ambulansearbeider.aspx>
- Sanders, Mick J., Quick, Gary, Lewis, Lawrence M., & McKenna, Kim (2005). *Mosby's paramedic textbook* (3rd ed. utg.). St. Louis, Mo: Mosby.
- Schreiner, Ada (2004) Kom i gang. Kvalitetsforbedring i praksis. Oslo: Den norske lægeforening.

- Schön, Donald A. (1987). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco, Calif: Jossey-Bass.
- Seip, Anne-Lise (1994). *Veiene til velferdsstaten : norsk sosialpolitikk 1920-75*. Oslo: Gyldendal.
- Shulman, Lee S. (1987). Knowledge and teaching: Foundations of the new reform. *Harvard educational review*, 51(1), 1-23.
- Smeby, Jens-Christian (2008). Profesjon og utdanning. I Anders Molander & Lars Inge Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 87-102). Oslo: Universitetsforl.
- Smeby, Jens-Christian (2013). Profesjon og ekspertise. I Anders Molander & Jens-Christian Smeby (Red.), *Profesjonsstudier II* (s. 17-26). Oslo: Universitetsforl.
- Solbrekke, Tone D, & Østrem, Solveig (2011). Profesjonsutøvelse mellom profesjonelt ansvar og regnskapsplikt. *Nordic Studies in Education*, 31(3), 194-209.
- SSB (2014). Statistikkbanken. I beredskapstimer Tabell: 09556: Ambulansetjenesten. Antall ambulanser, oppdrag og kjørte kilometer, etter helseforetak (Red.), (s. Ambulansetjenesten, etter region, aktivitet, tid og statistikkvariabel). Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- Stensaker, Bjørn. (2014). Kronikk: Kvalitet i høyere utdanning: behov for en mer nyansert debatt. Hentet fra <http://fpol.no/kronikk-kvalitet-i-hoyere-utdanning-behov-for-en-mer-nyansert-debatt/>
- Sullivan, William M. (2005). *Work and integrity: the crisis and promise of professionalism in America* (2nd ed. utg.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Svensson, Lennart G., & Karlsson, Anette (2008). Profesjoner, kontroll og ansvar. I Anders Molander & Lars Inge Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 261-275). Oslo: Universitetsforl.
- Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus av 18. mars 2005, nr. 252 (2005).
- Timmermans, Stefan, & Berg, Marc (2003). *The gold standard: the challenge of evidence-based medicine and standardization in health care*
- Timmermans, Stefan, & Epstein, Steven (2010). A world of standards but not a standard world: toward a sociology of standards and standardization. *Annual review of Sociology*, 36, 69-89.
- Tversky, Amos, & Kahneman, Daniel (1974). Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Science*.
- Vestøl, Jon Magne (2015). Hva er kvalitet i lærerutdanning? I Ulrikke Rindal, Andreas Lund & Rachel Jakhelln (Red.), *Veier til fremragende lærerutdanning*. Oslo: Universitetsforl.
- Weber, Max, Roth, Guenther, & Wittich, Claus (1978). *Economy and society : an outline of interpretive sociology: 2*. Berkeley, Calif: University of California Press.
- Weisz, G., Cambrosio, A., Keating, P., Knaapen, L., Schlich, T., & Tournay, V. J. (2007). The emergence of clinical practice guidelines. *Milbank Q*, 85(4), 691-727. doi: 10.1111/j.1468-0009.2007.00505.x

VEDLEGG

Vedlegg 1: Informasjons- og samtykkebrev

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

Vedlegg 1: Informasjons- og samtykkebrev

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Kvalitetssikring av ambulansarbeideres yrkesutførelse, idé og virkelighet”

Jeg er student ved Universitetet I Oslo. I forbindelse med min mastergrad ønsker jeg å gjennomføre en undersøkelse hvor det er nødvendig å samle inn opplysninger om ambulansetjenestenes kompetansearbeid. Det er i denne forbindelsen jeg forespør om du, eller en annen relevant person hos dere, kan delta i et telefonintervju.

Bakgrunn og formål

Til daglig er jeg selv ansatt ved Ambulanseavdelingens kompetanseenhet ved Oslo Universitetssykehus HF. Det er her utgangspunktet for problemstillingen kommer. Problemområdet jeg søker å belyse er sammenhengen mellom kvalifikasjoner, interne godkjenningsordninger, prosedyrer og medarbeidernes selvstendige handlingsrom. Problemstillingen lyder: *Er det mulig å kvalitetssikre yrkesutførelsen for en medarbeider i ambulansetjenesten?*

Ønsket er å kartlegge eksisterende praksis ved alle landets ambulansetjenester. Derfor kontakter jeg representanter for fag / kompetanse ved alle landets tjenester. Det er opp til hver enkelt ambulansetjeneste å avgjøre om de ønsker å delta og hvem de anser som egnet person til intervjuet.

Det er ingen oppdragsgivere eller eksterne interessenter for undersøkelsen.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse betyr å være med på et telefonintervju som varer cirka 30 minutter. Tid for intervjuet avtales etter din tilgjengelighet. Det vil ikke bli brukt noen form for opptaksutstyr, kun manuelle notater. Du vil få tilsendt intervjuet i etterkant per epost for korrektur.

Spørsmålene i intervjuet vil omhandle følgende temaer:

- Kompetansekrav til medarbeidere
- Bruk av godkjennings-/sertifiseringsordninger
- Bruk av prosedyrer, retningslinjer og tilsvarende
- Handlingsrom for selvstendige beslutninger hos medarbeidere

Ingen av spørsmålene som stilles bør kunne oppleves som sensitive. Dersom det allikevel er noen som oppleves slik, kan de utelates fra intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

For å sikre innsamling av data fra alle ambulansetjenester vil jeg under intervjuperioden lagre ditt navn, stilling, telefonnummer, epostadresse og hvilken ambulansetjeneste du jobber for.

Når datainnsamlingen er gjennomført vil alle opplysninger om deg bli slettet. Den ambulansetjenesten du arbeider for vil så langt det lar seg gjøre bli anonymisert. Dataene lagres sikkert. Kun jeg og veileder har tilgang til opplysningene. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt.

Du eller din arbeidsgiver vil ikke kunne bli gjenkjent når oppgaven publiseres. Dersom du kommer med opplysninger om din arbeidsgiver som er svært særegne vil det indirekte være mulig å tilbakeføre det til din organisasjon, men kun for personer som allerede er kjent med opplysningene.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 1. februar 2015. Alle personopplysninger er da slettet og anonymisering gjennomført.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst trekke deg, også etter at intervjuet er gjennomført, uten å oppgi grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å trekke ditt samtykke, ta kontakt med meg: Carl Robert Christiansen, telefon 95 25 10 65 og epost carl.robert.christiansen@gmail.com. Du kan også kontakte veileder Ida Katrine Riksaasen Hatlevik på epost Ida.Hatlevik@hioa.no.

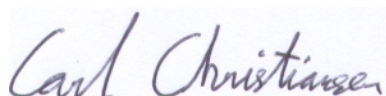
Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Du har fått denne skriftlige informasjonen. Fordi intervjuet foregår per telefon vil det ikke bli innhentet skriftlig samtykke. At du velger å delta i intervjuet, og uttrykker ditt samtykke muntlig i intervjuet, ansees som ditt uttrykk for samtykke.

Jeg vil kontakte deg per telefon eller epost for å avklare om du ønsker å delta, og eventuelt avtale intervjutidspunkt.

Vennlig hilsen



Carl Robert Christiansen
Student

Vedlegg 2: Intervjuguide

| Forskningsspørsmål | Intervjuspørsmål |
|---|--|
| 0. Innledning, samtykke og bakgrunn om personen | <p><u>Innledende informasjon og samtykke</u> Hensikt: Informasjon for samtykke, innhenting av samtykke, sette agendaen og oppvarming.</p> <p>0.1. Hei. Mitt navn er Carl Robert Christiansen, jeg er student ved Universitetet i Oslo og arbeider med mitt mastergradsprosjektet.</p> <p>0.2. Formålet nå er å gjennomføre et intervju for å samle inn data til prosjektet.</p> <p>0.3. Temaet er kompetanse, sertifiseringsordninger og ambulanspersonells arbeidsmessige handlingsrom.</p> <p>0.4. Planen er å intervju representanter fra alle ambulansetjenester for å beskrive dagens situasjon mht. til kompetansekrav, handlingsrom og skjønnsutøvelse.</p> <p>0.5. Alle data vil så langt det lar seg gjøre bli anonymisert. Både deg som person og den organisasjonen du jobber for. Full anonymisering er likevel vanskelig. Miljøet er lite, dataene få og hver organisasjon unik. Jeg skal gjøre mitt beste for å ivareta din personlige anonymitet og den til din organisasjon.</p> <p>0.6. Samtalen vil ikke bli tatt opp på bånd, men jeg vil notere underveis. Du vil få tilsendt intervjuet skriftlig etterpå for gjennomlesing og korrektur.</p> <p>0.7. Deltakelse er frivillig. Du kan når som helst trekke deg fra intervjuet. Du kan også når som helst be meg ta vekk informasjonen du har gitt.</p> <p>0.8. Er det greit for deg at jeg intervjuer deg?</p> <p><u>Bakgrunn om personen</u> Hensikt: Oppvarming og kartlegge informantens legitimitet mht. til å avgi svar.</p> <p>0.9. Hva er din stilling?</p> <p>0.10. Kan du kort fortelle hva den stillingen innebærer av arbeidsoppgaver og ansvarsområder?</p> |

| Forskningsspørsmål | Intervjuspørsmål |
|---|--|
| <p>1. Hvilke kvalifikasjoner kreves for å arbeide i ambulansetjenesten?</p> | <p>1.1. Hvilke kvalifikasjoner og utdanning kreves for fast ansettelse som ambulanspersonell hos dere?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autorisert ambulansarbeider - Fagbrev ambulansfag, paramedicutdanning, sykepleier - Annet <p>1.2. Hvilke kvalifikasjoner og utdanning kreves for midlertidig ansatte eller vikarer hos dere?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forvarsbakgrunn - Helsefag- eller medisinstudent - Frivillig hjelpeorganisasjon - Annet <p>1.3. Har dere fast ansatte som ikke tilfredsstiller kravene over? Eventuelt hvorfor det?</p> |

| Forskningsspørsmål | Intervjuspørsmål |
|--|---|
| <p>2. Hvilke virkemidler benytter organisasjonene for å sikre medarbeidernes kompetanse?</p> | <p>2.1. A) Har alt personell lov til å gjøre det samme, eller finnes det ulike roller eller nivåer som definerer forskjellige typer handlingsrom? - Ranging av roller - Nivå 1-4, trinn 1-4 eller lignende - Paramedic, Ambulansearbeider II, ambulansarbeider, assistent - Fartøysjef, sidemann, ... - Akuttbil, transportbil B) Hvorfor deles det inn i ulike roller?</p> <p>2.2. A) Hvordan bestemmes hvem som får inneha hvilket handlingsrom? - Formell utdanning: Paramedic, sykepleier, ambulansarbeider - Intern eller ekstern opplæring - Ansiennitet - Individuell skjønnsvurdering B) Hvorfor brukes denne metoden?</p> <p>2.3. I hvilken grad er det påkrevet å innta disse rollene du beskriver? - Frivillig - Frivillig, men nesten alle gjør det - Deler er obligatorisk, annet frivillig - Forventes av alle</p> <p>2.4. Finnes det formelle ordninger som styrer tildeling av roller / handlingsrom? - Følger automatisk med ansettelse - Generell eller personlig? - Skriftlig? Regulert av systemer? - Tidsavgrenset eller permanent? - Gis av leder eller medisinsk/faglig leder</p> <p>2.5. A) Kreves det noe for å beholde rollen/handlingsrommet over tid? Hva innebærer det? - Tildeling er permanent (med mindre den fratras) - Tildeling er midlertidig, årlig / periodevis re-godkjenning - Årlig kursing, fagdag, faglig oppdatering, hospitering, e.l. - Årlige / periodiske sertifiseringstester - MCQ, skriftlige prøver, veiledning, praktiske tester B) Hvorfor kreves jevnlig re-godkjenning?</p> <p>2.6. A) Hvis det gjennomføres tester, hva er det som testes? - Grunn-/formalkompetanse - Innhold fra intern opplæring - Prosedyrekunnskap - Ferdigheter - Beslutninger / skjønnsutøvelse B) Hvorfor testes akkurat dette?</p> <p>2.7. A) Brukes case-review i kvalitetssikringssystemet? - For å vurdere kvaliteten på medarbeiderens arbeid - For å gi tilbakemelding for læring - I tilfelle, hva vurderes: Vurdering, beslutning/handling, praktiske ferdigheter?</p> <p>3. - Er det systematisk bruk av klager eller avvik for kvalitetssikring av den enkelte? B) Hvorfor / hvorfor ikke?</p> |

| Forskningsspørsmål | Intervjuspørsmål |
|--|---|
| <p>4. Hvordan bruker organisasjonene standardisering og skjønn for å kvalitetssikre arbeidsutførelsen?</p> | <p>4.1. Kan du fortelle litt mer om de ulike rollene som medarbeiderne kan ha, og hva det innebærer mht til handlingsrommet deres (det de har lov til og det de ikke har lov til å gjøre)?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kan beslutte selvstendig eller konsultasjonsplikt - Kan gjøre noe selvstendig, men annet må konsulteres - Bruk av legemidler - Avanserte prosedyrer - Innleggelse på sykehus eller forlate pasienter <p>4.2. A) Hvilket handlingsrom har en fast ansatt dersom den kun har kompetansen som kreves ved ansettelse?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er det mulig å jobbe med grunnkompetanse alene, eller blir disse også sertifisert/godkjent/testet på et vis? <p>B) Hvorfor er det slik?</p> <p>4.3. A) Brukes det retningslinjer, prosedyrer eller annet skriftlig materiale som angir hva som skal gjøres i ulike situasjoner? Kan du fortelle litt om disse?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ja, det meste er beskrevet - Til dels, noe er beskrevet, men mye er ikke omtalt - Standardene beskriver i detalj hva som skal gjøres - Standardene beskriver arbeidsprinsipper - Hva finnes: Metodebøker, ehåndbøker, instruksjer, mv. <p>B) Hvorfor brukes slike retningslinjer?</p> <p>4.4. A) Hvor bindende er disse? Tillates det å avvike fra dem?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retningslinjer er veiledende / retningsangivende - Prosedyriske, de er bindende og må følges <p>B) Hvorfor har dere satt dette kravet til etterlevelse?</p> <p>4.5. A) I praksis, i hvor stor grad er standardene dekkende for arbeidsutførelsen og i hvor stor grad må de ansatte tilpasse eller omgå disse for den konkrete situasjonen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Den tenkte og skrevne standarden - Den utførte / virkelige standarden (jmf. Goodlad) <p>4.6. A) Hvor stor selvstendig beslutningsmyndighet har medarbeidere?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Må medarbeidere konferere / spørre om lov, eller tas de fleste avgjørelser selv? - Hvor går grensen mellom selvstendighet og å måtte få tillatelse? - Gjelder samme regler for alle? <p>B) Hvorfor har dere denne graden av selvstendig beslutningsmyndighet?</p> <p>4.7. Kan medarbeidere ta beslutninger selv basert på en vurdering av situasjon, egen kunnskap og retningslinjer? Alternativt må de i hovedsak følge prosedyrer eller konsultere for å få godkjenning?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beslutte på egen kompetanse - Følge standarder - Innhente tillatelse |

| Forskningsspørsmål | Intervjuspørsmål |
|---|---|
| <p>5. Avsluttende informasjon og spørsmål</p> | <p><u>Avsluttende informasjon</u></p> <p>5.1. Svarene du har kommet med er verdifulle for meg og undersøkelsen.</p> <p>5.2. Jeg vil nå skrive en oppsummering. Kunne jeg sendt denne til deg på epost for gjennomlesing og korrektur?</p> <p>5.3. Er det noe du ønsker å tilføye?</p> <p>5.4. Er det noe du lurer på?</p> <p>5.5. Takk for at du tok deg tid til dette!</p> |

Vedlegg 3: Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47 55 58 21 17
Fax: +47 55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr. 985 321 884

Karen Jensen
Institutt for pedagogikk Universitetet i Oslo
Postboks 1092 Blindern
0317 OSLO

Vår dato: 16.12.2015

Vår ref: 45161 / 3 / MHM

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 14.10.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

| | |
|-----------------------------|---|
| <i>45161</i> | <i>Kvalitetssikring av ambulansesarbeidere, ide og virkelighet?</i> |
| <i>Behandlingsansvarlig</i> | <i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i> |
| <i>Daglig ansvarlig</i> | <i>Karen Jensen</i> |
| <i>Student</i> | <i>Carl Robert Christiansen</i> |

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.02.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Marianne Høgetveit Myhren

Kontaktperson: Marianne Høgetveit Myhren tlf: 55 58 25 29

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. nsd@uio.no

TROMSØ: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47 73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47 77 64 43 36. nsdmaa@svt.uib.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 45161

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at student og veileder etterfølger Universitetet i Oslo sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal sendes elektronisk eller lagres på privat pc bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 01.02.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)