

Massetilstrømning og overbelastning i akuttmottak: En studie av hvilke organisatoriske og kognitive faktorer som må være tilstede for at team skal håndtere disse situasjonene



Masteroppgave i Samfunnssikkerhet, Universitetet i Stavanger

Vår 2016

Hilde Kristin Morfjord

**MASTERGRADSSTUDIUM I
SAMFUNNSSIKKERHET**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Vår 2016

FORFATTER:

Hilde Kristin Morfjord

VEILEDER:

Sindre Høyland

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Massetilstrømning og overbelastning i akuttmottak: En studie av hvilke organisatoriske og kognitive faktorer som må være tilstede for at team skal håndtere disse situasjonene

EMNEORD/STIKKORD:

HRO, teamarbeid, situasjonsbevissthet, Collective mindfulness, felles situasjonsforståelse, felles mentale modeller

SIDETALL:

127 (I tillegg kommer forsider, sammendrag, forord, figuroversikt, innholdsfortegnelse, litteraturliste og vedlegg)

STAVANGER13 juni 2016.....

DATO/ÅR

FORORD

Da var endelig datoen for levering kommet. Det har vært en tung prosess å skrive masteroppgave ved siden av jobb og med en toåring som krever sitt i hjemmet. Samtidig må jeg understreke at det har vært interessant og givende å skrive om min egen arbeidsplass. Bedre arbeidsplass skal man lete lenge etter. Det har vært godt med støtte og oppmuntrende ord fra kollegaer. En stor takk til ledelsen ved akuttmottaket for at dere har hatt tro på prosjektet mitt, gitt meg tid til å gjennomføre det, og ikke minst bidratt til å motivere meg gjennom hele semesteret. Takk til alle informantene som har stilt velvillig opp. Samtidig vil jeg takke min veileder Sindre Høyland for hans gode tilbakemeldinger og kritiske blikk på oppgaven min. I tillegg vil jeg rette en takk til min gode studievenninne Sigrid. Siden starten av studiet har vi dratt lasset sammen. Studieprosessen ville ikke vært den samme hvis det ikke var for at vi «fant» hverandre i Oslo. Til slutt må det sies at denne oppgaven ikke ville latt seg gjennomføre uten tålmodighet og forståelse fra min bedre halvdel.

Oslo, juni 2016.

Hilde Kristin Morfjord

SAMMENDRAG

Dette studiet er gjennomført i samarbeid med ledelsen og ansatte ved akuttmottaket Ullevål, Oslo Universitetssykehus. Oppgaven er avsluttende del av mastergradsprogrammet for Samfunnssikkerhet ved Universitetet i Stavanger.

Oppgaven retter fokus mot to komplekse situasjoner som kan oppstå i akuttmottak. Den ene handler om overbelastning, som vil si at akuttmottaket har for høyt pasientantall i forhold til kapasitet, uten at det har vært en spesiell hendelse som har utløst dette. Den andre situasjonen er massetilstrømning som følge av en masseskadehendelse, hvor det er forventet et så høyt antall pasienter til akuttmottak hvorpå man må mobilisere ekstra ressurser for å håndtere situasjonen. Internasjonale studier viser at overbelastning i akuttmottak er en risiko for pasienter ved at det fører til økt sjanse for medisinske feil, og assosieres med høyere dødelighet.

Denne studien ser på håndteringen av disse situasjonene, nærmere bestemt teamet som skal sørge for en vurdering, beslutning, iverksetting og implementering av tiltak. Det skal fokuseres på hvilke organisatoriske og kognitive faktorer som må være tilstede for at team skal håndtere overbelastning og massetilstrømning.

Problemstillingen er som følger: *Hvilke organisatoriske og kognitive faktorer må være tilstede for at team skal kunne håndtere overbelastet akuttmottak i hverdagen og massetilstrømning som følge av en masseskadehendelse?*

For å kunne svare på problemstillingen har følgende forskningsspørsmål blitt utarbeidet:

- 1: Hvilken betydning har situasjonsbevissthet for teamets evne til å håndtere overbelastning sammenlignet med massetilstrømning?
- 2: I hvor stor grad benytter teamet felles mentale modeller og felles situasjonsforståelse i håndteringen av overbelastning sammenlignet med massetilstrømning?
- 3: Hvor sentralt står aspekter fra høypålitelighetsorganisasjoner i teamets håndtering av overbelastning sammenlignet med massetilstrømning, og hvor godt samsvarer dette med gjeldende planverk?

Utgangspunktet for studien er akuttmottaket ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål. Empirigrunnlaget består av intervju med ansatte, spørreundersøkelse samt dokumentstudier som omhandler lovverk, anbefalinger, og planverk vedrørende overbelastning og massetilstrømning.

Funnene viser at teamet ofte har utilstrekkelig eller unøyaktig situasjonsbevissthet ved håndtering av overbelastning. Det fremkommer at situasjonsbevissthet er helt essensielt for at team skal kunne håndtere overbelastede akuttmottak. Dette fordi overbelastning i stor grad kan forutses, i motsetning til massetilstrømning. Felles mentale modeller og felles situasjonsforståelse benyttes i mindre grad ved håndtering av overbelastning enn ved massetilstrømning, fordi man ofte har ulikt bilde av situasjonen. Manglende felles mentale modeller og felles situasjonsforståelse vist seg å påvirke teamkoordinasjon og teameffektiviteten, dette samsvarer med teorien. Ved massetilstrømning er det vist at det å være «mindful», ved å være forberedt på det uventede, er av stor betydning. Det samme gjelder også prosessen i Collective mindfulness, som omhandler sensitivity to operations. HRO aspektet, som omhandler desentralisert beslutningstaking, er avgjørende for en rask håndtering av massetilstrømning. Funnene viser at simulering og trening, samt lederskap med fokus på sikkerhet, som står sentralt hos HROs, er av stor betydning for begge situasjonene. I tillegg viser resultatene at det er mer fokus på de sistnevnte HRO aspektene ved håndtering av massetilstrømning enn overbelastning. Resultatene viser at HRO aspektet vedrørende fokus på struktur, prosedyrer og kontroll er mer fremtredende ved massetilstrømning enn overbelastning, men er av stor betydning for teamets håndtering av begge situasjonene.

Funnene i denne studien viser at man kan trekke lærdom fra hvordan man håndterer massetilstrømning inn i håndtering av overbelastning. Dette gjelder spesielt i forhold til trening og simulering med hensikt å bedre teameffektiviteten, men også HRO aspektet som omhandler lederskap med fokus på det å unngå uønskede hendelser.

FIGUROVERSIKT

Forside: Foto: Norconsult

Figur 1: Oversikt over team ved massetilstrømning/overbelastning

Figur 2: Situasjonsforståelse i team. Endsley (1995)

Figur 3: Felles mental situasjonsmodell av Eriksen (2011).

Figur 4: Graphical Representation of High-Level Relationship Among the Big Five and the Coordinating Mechanisms Including Research Propositions (Salas et al, 2005).

Figur 5: Oversikt over antall ganger prosedyren brukt ved over 20 pasienter i behov av seng, samt utløsende kriterier

Figur 6: Oversikt over antall ganger prosedyren brukt ved hastegrad 1 og 2, samt utløsende kriterier

Figur 7: Situasjonsforståelse/Situasjonsbevissthet. X-aksen viser spørsmål samt i hvilken grad, y-aksen viser antall svar.

Figur 8: Forståelse av eget ansvar og oppgaver. X-aksen viser spørsmål samt i hvilken grad, y-aksen viser antall svar.

Figur 9: Forståelse av systemet/ andres ansvar og oppgaver. X-aksen viser spørsmålene, mens y-aksen viser antall svar.

OVERSIKT OVER VEDLEGG

Vedlegg 1: Intervjuguide, ledelse

Vedlegg 2: Intervjuguide, aktører i team

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til informanter

Vedlegg 4: Spørreundersøkelse overbelastning

Vedlegg 5: Godkjennelse fra NSD

Innhold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Oppgavens formål	4
1.1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	6
1.2 Avgrensning og begrepsavklaring.....	6
1.2.1 Team og teamarbeid	7
2.0 KONTEKST	10
2.1 Akuttmottaket Ullevål	10
3.0 TEORI	13
3.1 Høypålitelighetsorganisasjoner	14
3.2 Situasjonsbevissthet	18
3.2.1 Felles situasjonsforståelse	20
3.2.2 Collective mindfulness og økt bevissthet	22
3.2.3 Felles mentale modeller	24
3.2.4 Felles mental situasjonsmodell	26
3.3 Kjernekomponenter i teamarbeid.....	28
3.3.1 Teamlederskap	28
3.3.2 Gjensidig overvåking av utførelse	29
3.3.3 Støttende adferd	30
3.3.4 Tilpasningsevne	30
3.3.5 Teamorientering.....	31
3.3.6 Koordinerende mekanismer.....	31
4.0 METODE.....	34
4.1 Forskningsdesign	34
4.2 Forskningsstrategi	35
4.2.1 Case som forskningsstrategi.....	36
4.3 Forskningsprosessen	36
4.4 Datainnsamling.....	38
4.4.1 Dokumentstudier.....	38
4.4.2 Intervju og informanter	39
4.4.3 Simulering og spørreundersøkelse	41
4.5 Databehandling og analyse av data.....	42
4.6 Etiske refleksjoner og utfordringer	45
4.6.1 Forsker på egen institusjon	46
4.7 Validitet, reliabilitet og refleksivitet.....	47

4.7.1 Validitet	47
4.7.2 Reliabilitet.....	48
4.7.3 Refleksivitet	49
5.0 RESULTATER	50
5.1 Dokumentgjennomgang.....	50
5.1.1 Lovverk og nasjonale føringer for beredskapsarbeid	51
5.1.2 Planverk for massetilstrømning.....	52
5.1.3 Nasjonale anbefalinger for håndtering av overbelastning	54
5.1.4 Planverk for overbelastning	56
5.2 Erfaringer fra massetilstrømning og overbelastning.....	58
5.2.1 Håndtering av massetilstrømning sammenlignet med planverk og nasjonale føringer	58
5.2.2 Akuttmottakets håndtering av 22.juli	59
5.2.3 Akuttmottakets håndtering av Harbour Ex	60
5.2.4 Håndtering av overbelastning sammenlignet med planverk og nasjonale anbefalinger.....	61
5.2.5 Gjennomgang av dokumentasjon ved overbelastning.....	61
5.3 Simulering av overbelastning	63
5.3.1 Spørreundersøkelse.....	64
5.4 Intervju	67
5.4.1 Situasjonsbevissthet massetilstrømning	67
5.4.2 Situasjonsbevissthet overbelastning	70
5.4.3 Felles situasjonsforståelse massetilstrømning	73
5.4.4 Felles situasjonsforståelse overbelastning.....	75
5.4.5 Felles mentale modeller massetilstrømning	78
5.4.6 Felles mentale modeller overbelastning	80
5.4.7 Massetilstrømning og HRO.....	82
5.4.8 Overbelastning og HRO	87
6.0 DRØFTING.....	91
6.1 Hvilken betydning har situasjonsbevissthet for teamets evne til å håndtere overbelastning sammenlignet med massetilstrømning?	91
6.1.1 Oppsummering situasjonsbevissthet	101
6.2 I hvor stor grad benytter teamet felles mentale modeller og felles situasjonsforståelse i håndteringen av overbelastning sammenlignet med massetilstrømning.....	101
6.2.1 Oppsummering felles mentale modeller og felles situasjonsforståelse	113
6.3 Hvor sentralt står aspekter fra høypålitelighetsorganisasjoner i teamets håndtering av overbelastning sammenlignet med massetilstrømning, og hvor godt samsvarer dette med gjeldende planverk?	113
6.3.1 Oppsummering HRO aspekter og samsvar med gjeldende planverk.....	124

6.4 Avsluttende refleksjoner	124
7.0 KONKLUSJON	126
LITTERATURLISTE.....	129
VEDLEGG.....	133

1.0 INNLEDNING

Det stilles store forventninger til helsevesenets innsats og ivaretagelse av pasienter i det daglige, men også hvis det skulle oppstå større hendelser med behov for ekstraordinære tiltak og mobilisering av ekstra ressurser, eksempelvis hendelsen 22.juli. Helsedirektoratet skriver at 22.juli hendelsen er den største utfordringen helsetjenesten har blitt stilt ovenfor og at denne ble håndtert meget godt. Akuttmottak er en sentral aktør ved slike hendelser, og ansatte må ha evne til å håndtere et høyt pasientantall. Akuttmottak må også ha evne til å håndtere et høyt antall pasienter i det daglige, uten at en hendelse har vært foranledningen.

Akuttmottak er en avdeling preget av et dynamisk miljø, hvor en relativt rolig vakt kan endre seg til å bli meget travel, med et høyt pasientantall på kort tid. Akuttmottak har en plikt til å ivareta øyeblikkelig hjelp, og å alltid ha kapasitet til å ta imot pasienter og samtidig sikre effektiv pasientflyt. De ansatte arbeider under komplekse forhold som er preget av uforutsigbarhet. Det er komplekst fordi det er flere forskjellige yrkesgrupper som skal samarbeide. Mange av de forskjellige aktørene ikke er ansatt i avdeling for akuttmottak, men har sitt virke der, og blir tilkalt for å utføre forskjellige type oppdrag. Det er uforutsigbart fordi ansatte ikke alltid har mulighet til å vite hvilke pasienter som ankommer og hvilke ressurser disse vil kreve. Akuttmottak er preget av et miljø hvor beslutninger må tas innenfor et kort tidsrom og ofte med begrenset informasjon.

Kunnskapssenteret (2015) skriver at det er mange yrkesgrupper som arbeider i tverrfaglige team i akuttmottak. Teamarbeidet skal bidra til å fremme pasientsikkerheten, men denne måten å jobbe på stiller store krav oppmerksomhet og årvåkenhet. Det faktum at mange aktører er involvert gjør at det er spesielt viktig å ha klare ansvarlinjer, samt omforente standarder og rutiner (Helsedirektoratet, 2014).

Akuttmottaket ved Oslo universitetssykehus Ullevål, og helsevesenet for øvrig, fikk gode tilbakemeldinger på håndteringen av terroren som fant sted 22. juli 2011. I 22.juli kommisjonsrapporten står det skrevet: *Akuttmottaket på Ullevål sykehus fungerte etter kommisjonens syn svært godt 22/7* (NOU, 2012:14, s 175). I etterkant av denne hendelsen har det blitt et økt fokus på beredskap på nasjonalt plan, og flere har rettet øyene mot helsevesenet for å lære av måten denne sektoren håndterte situasjonen.

Hendelser av slikt omfang som 22.juli skjer heldigvis sjelden, det vil derfor ikke være tilstrekkelig å håndtere slike hendelser kun basert på tidligere erfaringer. Beredskapsarbeid er

en kontinuerlig forbedringsprosess. Opplæring, trening, øvelser og revisjon av planverk er viktig for å skaffe erfaring som danner grunnlag for forbedring av planverk samt en praktisk anvendelse av dette (Eriksen, 2011). Ved hendelser som 22.juli har akuttmottak en viktig oppgave i forhold til organisering. Det er her pasientene blir tatt imot, og her man starter livreddende behandling. Håndtering av en masseskadehendelse er karakterisert av et behov for å respondere raskt på uforventede og komplekse situasjoner. Behovet for å øke kapasiteten for å imøtekomme det trykket man kan forvente, i tillegg til andre oppgaver som skal ivaretas, vil være annerledes enn ved hverdagsrutiner. Kompleksiteten av en slik hendelse og det faktum at personell som ikke er ansatt i akuttmottaket blir utplassert der for å forsterke ressursene, kan føre til at det oppstår mangelfull kommunikasjon og koordinasjon. Følgende av dette kan være en dårlig respons på hendelsen (Greenberg et al, 2013).

En helt annen, men ikke sjelden situasjon, er at akuttmottak opplever at pasientantallet kan bli for høyt i forhold til hva man har kapasitet til å håndtere. Det vil si kapasitet i forhold til pasientrom og personalressurser. Dette kalles overbelastning (Kunnskapssenteret, 2015). I følge en utredning utført av Kunnskapssenteret (2015) er kapasitetsproblematikken ved norske akuttmottak er gjennomgående, og tilsvarende er vist i internasjonale studier. Somma et al (2014) skriver at overbelastede akuttmottak er et økende problem på verdensbasis, noe som fører til store problemer for helsevesenet og pasientene. Overbelastning kan føre til forsinkelser i pasientbehandlingen og det øker sjansene for å gjøre medisinske feil (Baig et al 2015). I tillegg utgjør overbelastning en direkte risiko for pasientene fordi det assosieres med høyere dødelighet (Kunnskapssenteret, 2015).

Det er flere likheter i den initiale håndteringen av en massetilstrømning og en overbelastning. Blant annet er det tidspress i det å få kontroll på situasjonen, det er behov for en tydelig ledelse, samt definert ansvar og oppgaver til de ulike nøkkelfunksjonene. Det som derimot skiller disse to situasjonene er at ved en massetilstrømning definerer man et beredskapsnivå, og man tilkaller ekstra ressurser for å bistå i håndteringen. Når akuttmottaket opplever overbelastning vil man fortsatt ha det samme antall ansatte for å håndtere dette som før overbelastningen inntraff.

Det er flere årsaker til overbelastning, hvorpå man må iverksette tiltak for å sikre at man har kapasitet til å sørge for forsvarlig behandling av pasientene. Det kan være stor tilstrømning på relativt kort tid, vanskeligheter med å få pasientene videre i systemet grunnet redusert kapasitet på sengeposter, eller for lite lege- eller sykepleierressurser. Når pasientantallet i akuttmottaket blir for høyt kan det gå ut over forsvarligheten til både inneliggende og

nyankomne pasienter. Helsetilsynet (2014) avdekket at utfordringen ved overbelastede akuttmottak omhandler mangler på overordnet nivå blant annet relatert til organisering, koordinering og klar lederstruktur.

Helsedirektoratet (2014) skriver at alle sykehus i Norge har utarbeidet planer som iverksettes hvis det inntreffer store ulykker eller masseskader, samt at tidligere hendelser viser at sykehusene har stor evne til å håndtere slike hendelser. Det er derimot mangelfulle systemer for å håndtere unormale svingninger i den daglige driften. Mer spesifikt er det snakk om manglende prosedyrer for overbelastning, mangel på delegerte oppgaver og manglende myndighet til å tilkalle bistand og iverksette avlastningstiltak. Videre skriver Helsedirektoratet at det skal være definert beslutningsmyndighet og systemer med klare grenser for iverksetting av tiltak når akuttmottak er overbelastet.

Jeg arbeider i akuttmottaket på Oslo universitetssykehus Ullevål, heretter kalt akuttmottaket, som mellomleder med drifts- og personalansvar. Jeg arbeider med beredskap i det daglige i form av opplæring, øvelser og planlegging. Akuttmottaket har vært min arbeidsplass de siste åtte årene, flere år som sykepleier i «den skarpe enden» og de siste to årene som mellomleder. Jeg har derfor sett fra forskjellige ståsteder hva som kan være utfordringer når det gjelder håndteringen av et overbelastet akuttmottak. Angående massetilstrømningshendelser, selv om det har vært få, opplever jeg at dette har blitt håndtert på en god og tilfredsstillende måte. Tilsvarende er erfart også i forbindelse med øvelser. Akuttmottaket har de siste årene opparbeidet en beredskapskultur i forhold til massetilstrømning, med blant annet jevnlig øvelser, egen lokal beredskapsgruppe og en dedikert beredskapsansvarlig sykepleier per vakt.

Jeg har flere ganger vært med på håndtering av overbelastet akuttmottak og har ofte opplevd at håndteringen ikke har vært optimal. Dette på tross av at akuttmottaket har prosedyrer for hvordan man skal håndtere slike situasjoner, hvor det er definert ansvar og oppgaver i forhold til tiltak, samt myndighet for beslutning og iverksetting av disse. En av årsakene til dette kan være at man har håndtert situasjonen med likt antall ressurser som man hadde i utgangspunktet, i motsetning til massetilstrømning hvor man etter kort tid får økte ressurser. Jeg tror likevel ikke dette forklarer alt. Det kan dreie seg om organisatoriske faktorer som kan sees i sammenheng med kompleksiteten av et overbelastet akuttmottak og teamet som skal håndtere det. Som leder har jeg hørt mye frustrasjon fra ansatte på dette området. Eksempelvis på morgenmøtene hvor ansatte forteller at kvelden før var meget travel, og prosedyren som skal iverksettes ved overbelastning enten ikke ble iverksatt eller ble iverksatt, uten effekt. På bakgrunn av denne erfaringen ser jeg behov for å ha større fokus på overbelastet akuttmottak

ved å søke forståelse omkring hva som er utfordrende og hvilke faktorer som må være tilstede for å håndtere slike situasjoner.

Akuttmottaket har det siste året hatt økt pasientantall, som gjør at det til tider kan være vanskelig å ha kapasitet i forhold til både pasientrom og personalressurser. Denne økningen har også ført til flere tilfeller av overbelastning. Det har den siste tiden vært fokus på håndtering av dette fra ledelsens side, nettopp fordi man ser at det er et økende problem. Jeg har selv vært med på flere situasjoner hvor akuttmottaket har vært overbelastet hvor det ikke har blitt fattet beslutning om å iverksette tiltak eller at man for eksempel har iverksatt tiltak for sent.

Ved å kunne tilegne meg kunnskap om hvilke faktorer som må være tilstede og hva som er hva som er utfordrende ved håndtering av overbelastning, vil jeg kunne ha mulighet til å bidra til å forbedre dagens praksis, og denne oppgaven vil forhåpentligvis være et steg på veien. På bakgrunn av utfordringene som er belyst ovenfor, ønsker jeg å sammenligne håndteringen av overbelastet akuttmottak og massetilstrømning som følge av en masseskade. Dette for å få forståelse av hvilke faktorer som må være tilstede for å håndtere disse på best mulig måte.

1.1 Oppgavens formål

Beredskap blir definert som å forebygge, begrense og håndtere uforutsette og ekstraordinære hendelser eller kriser. Det er den planleggingen og forberedelsene som gjøres for å kunne håndtere en uønsket hendelse dersom den først inntreffer (NOU, 2012:14).

I denne oppgaven ønsker jeg å se nærmere på håndteringen av to komplekse situasjoner. Den ene situasjonen er når akuttmottaket opplever en massetilstrømning fra en masseskadehendelse, heretter kalt massetilstrømning. Den andre situasjonen er når akuttmottaket blir overbelastet i det daglige uten at det er grunnet en stor hendelse, men hvor akuttmottaket opplever et så høyt antall av vanlige øyeblikkelig hjelp pasienter at det påvirker den totale kapasiteten. Heretter kalt overbelastning eller overbelastet akuttmottak.

Akuttmottaket har ikke evne til å kunne forebygge en massetilstrømningshendelse, men man kan ha evne til å håndtere situasjonen når den har inntruffet. Når akuttmottaket blir overbelastet kan man si at man i større grad har evne til å forutse dette, ved at man kan se en sammenheng mellom hvor mange pasienter som er i avdelingen opp mot hvor mange som er innmeldt. Dette vil likevel være uforutsigbart fordi man aldri kan ha total oversikt over antall

og type pasienter man venter inn i løpet av en dag. I denne oppgaven vil jeg se på erfaringer fra massetilstrømningshendelser, både reelle hendelser og øvelser. Jeg vil også se på overbelastning, både den forebyggende delen før akuttmottaket faktisk har blitt overbelastet, samt selve håndteringen. Når overbelastningen er et faktum. Definisjonen på beredskap kan således være overførbart til overbelastede akuttmottak ved at målet er å forebygge, begrense og håndtere. Hvor godt man håndterer situasjonen, uavhengig om det er massetilstrømning eller overbelastning, avhenger av flere faktorer, blant annet hvor godt man er forberedt. Håndtering av kriser og kriseberedskap kan ikke læres ved å lese seg til det, det må oppleves i form av øvelser eller reelle hendelser for å kunne gi den erfaring man trenger når man står i situasjonen (Weisæth og Kjeserud, 2011).

Disse to situasjonene er ikke noe som håndteres av en person alene, men av et team bestående av nøkkelpersonell, hvor de ulike aktørene har definert oppgaver og ansvar. Jeg har i prosessen med oppgaveskrivingen kommet over flere artikler og litteratur på hvilke tiltak som kan gjennomføres når akuttmottaket blir overbelastet, eller forhindre at akuttmottaket blir overbelastet, men har ikke funnet litteratur som sier noe om faktiske håndteringen.

Fokus i denne oppgaven vil være å se på det teamet som skal håndtere en massetilstrømning eller et overbelastet akuttmottak. Nærmere beskrevet så vil jeg se på det teamet som skal vurdere, beslutte, iverksette og implementere tiltak ved disse to situasjonene. Dette er personell som er ansatt, eller har sitt virke i akuttmottaket, og som har nøkkelroller med dedikerte oppgaver og ansvar hvis det skulle oppstå massetilstrømning eller overbelastning. Jeg vil med denne oppgaven tilegne meg kunnskap omkring hva som kreves for å håndtere disse to situasjonene og se den kunnskapen i sammenheng med hvordan det i dag blir håndtert i praksis. Jeg vil se på hvilke mekanismer som rår når teamet skal håndtere disse situasjonene. Dette vil bli knyttet opp mot den teoretiske bakgrunnen i oppgaven. Jeg vil også undersøke hvilke føringer som gjelder for disse situasjonene, i form av planverk, lovverk og anbefalinger. I tillegg vil jeg se på det organisatoriske aspektet, fordi det er ledelsen som legger føringer for hvordan dette er tenkt å skulle håndteres i praksis. Hvis ledelsen av organisasjoner forstår utfordringer i teamprosesser kan man ha muligheten for å sørge for forbedring (Furnam, 1997 i Flin et al, 2009).

Hensikten er altså å finne ut hvilke faktorer som er av betydning for en effektiv håndtering av disse situasjonene. Det vil, som nevnt, være et mål at oppgaven kan bidra til en bedring av praksis.

1.1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål

Gitt de utfordringene som er belyst ovenfor vil problemstillingen være som følger: *Hvilke organisatoriske og kognitive faktorer må være tilstede for at team skal kunne håndtere overbelastet akuttmottak i hverdagen og massetilstrømning som følge av en masseskadehendelse?*

For å besvare denne problemstillingen vil jeg benytte meg av følgende forskningsspørsmål:

Forskningsspørsmål 1: Hvilken betydning har situasjonsbevissthet for teamets evne til å håndtere overbelastning sammenlignet med massetilstrømning?

Forskningsspørsmål 2: I hvor stor grad benytter teamet felles mentale modeller og felles situasjonsforståelse i håndteringen av overbelastning sammenlignet med massetilstrømning?

Forskningsspørsmål 3: Hvor sentralt står aspekter fra høypålitelighetsorganisasjoner i teamets håndtering av overbelastning sammenlignet med massetilstrømning, og hvor godt samsvarer dette med gjeldende planverk?

1.2 Avgrensning og begrepsavklaring

Oppgaven er avgrenset til å omhandle akuttmottaket ved Oslo universitetssykehus Ullevål. Utgangspunktet vil være ansatte med nøkkelfunksjoner i håndteringen av overbelastning og massetilstrømning. Den direkte pasienthåndteringen vil ikke bli sett på, men det personalet som har oppgaver og funksjoner i forhold til vurdering, beslutning, iverksetting og implementering av tiltak i disse situasjonene. Det kunne være interessant å foreta en sammenligning, ved å se på hvordan andre akuttmottak med tilsvarende pasienttilstrømning, har håndtert disse situasjonene. Grunnet begrensninger i tid og oppgavens størrelse vil dette ikke bli gjort.

Under følger en avklaring av hva som i denne sammenheng menes med massetilstrømning og overbelastet akuttmottak. Massetilstrømning vil si et så høyt antall skadde og teamkrevende pasienter som kommer fra samme hendelse, at det er behov for å mobilisere ekstra personell for å ivareta pasientene. I denne oppgaven tas det utgangspunkt i en masseskade hendelse, eller en hendelse som fører til et så stort antall pasienter er forventet å komme til

akuttmottaket, at man er i behov av ekstra ressurser og en omorganisering av den daglige driften. Jeg har ikke lest at massetilstrømningsbegrepet har blitt benyttet i beredskapssammenheng i forhold til planverk, krav og lovverk på nasjonalt plan. Det er derimot et begrep som har blitt benyttet på Ullevål over flere år, det vil derfor være naturlig at jeg benytter det i denne sammenhengen.

«Crowding», som er det internasjonale ordet på overbelastning, blir definert som å ha et for høyt antall pasienter i akuttmottaket i forhold til kapasitet på rom og personell (Baig et al, 2015). Kunnskapssenteret (2015, s 22) definerer overbelastning som: *En situasjon hvor behovet for akutte helsetjenester overstiger muligheten til å gi et kvalitativt godt tilbud innen rimelig tid.* I oppgaven, vil som nevnt, begrepet «overbelastning» og «overbelastet akuttmottak» bli benyttet. I denne oppgaven vil ikke overbelastning sees på i forbindelse med en massetilstrømning, men i de tilfellene hvor akuttmottaket av ulike årsaker blir overbelastet av pasienter i behov av øyeblikkelig hjelp, uten at en hendelse ligger til grunn, men som en del av daglig drift. Nedenfor vil det vises til hva som menes med team og teamarbeid.

1.2.1 Team og teamarbeid

Kriser og ulykker håndteres ikke av enkeltindivider, men av team. For å oppnå en effektiv håndtering og riktig håndtering er det nødvendig at team kommuniserer godt, sørger for god informasjonsflyt, tar gode beslutninger, har evne til å tilpasse seg en dynamisk situasjon, samarbeider optimalt og utøver god ledelse (Eriksen, 2011).

Rouse et al (1992) skriver at årsaker til flere ulykker har vært team-relaterte fenomen. Noen av årsakene tilskrives mangel på tydelige, hensiktsmessige og avgrensede roller. Videre blir det påpekt at effektiviteten til team i komplekse omgivelser avhenger av de forskjellige teammedlemmenes evne til å koordinere teamet, integrere informasjon og ressurser, samt evne til å tilpasse seg en oppgave som er i stadig endring.

For å definere hva et team er vil det først og fremst være nødvendig å beskrive hva som kjennetegner en gruppe. En gruppe er en samling av minst to personer som er forent i et nettverk av sosiale relasjoner, og medlemmene oppfatter seg som gruppemedlemmer. Gruppen har minst et mål og målet krever en form for samhandling. Team blir ofte beskrevet som å ha et høyere form for potensial enn det grupper har. Team kjennetegnes ved at teammedlemmene er gjensidig avhengig av hverandre og at aktivitetene som skal utføres må

koordineres for å oppnå effektiv måloppnåelse. Eksempler på slike team finner man innenfor brann, helse og politi (Eriksen, 2011). Eid og Johnsen (2006) skriver at teamarbeid er en fellesbetegnelse på all adferd som omhandler å dele informasjon mellom teammedlemmene og koordinere aktiviteten i teamet.

Cannon-Bowers og Salas (1998) definerer team som mer enn to individer som samhandler med en gjensidig avhengighet og tilpasser seg hverandre mot et felles mål. I tillegg så har teammedlemmene spesifikke roller og funksjoner. I forhold til det å være gjensidig avhengig så vil det si at ingen enkeltindivider kan utføre oppgaven alene uten samarbeid med teammedlemmene. Videre skriver de at teammedlemmene trenger kunnskap om oppgaven som skal utføres, miljøet det skal utføres i, og kunnskap i forhold til de andre medlemmene i teamet. De må vite hva som er strategien i den gitte situasjonen, rollene til de andre i teamet, og hvilken informasjon som er nødvendig fra de andre teammedlemmene for å utføre oppgaven. Det er i tillegg viktig med en felles forståelse av situasjonen for å vite hvordan man skal håndtere hva man står ovenfor og for å effektivt kunne koordinere teamet. Det er av betydning at teammedlemmene er i stand til å tilpasse seg uventede situasjoner og er bevisst på hverandres handlinger. Viktige holdninger innbefatter blant annet at medlemmer i teamet er villig til å motta og vurdere informasjon som blir delt og at man tror på at teamet har det som trengs for å nå målet.

Boin et al (2005) skriver at suksessfaktorer for å kunne få til krisehåndtering når team skal løse en oppgave, blant annet er at man må ha gjensidig tillit, og en felles forståelse for hva gruppen forsøker å oppnå, inkludert innsikt i egne og andres rolle. Man må i tillegg ha generell aksept for hverandres roller og ansvar i gruppen.

Hvor gode teamprosessene har vært reflekteres ofte i utførelsen til teamet (Eid og Johnsen, 2006). I forhold til teamarbeid viser litteraturen ofte til begrepene teameffektivitet og teamutførelse. Disse begrepene omhandler ikke det samme. Teamutførelse vil si utfallet av teamets handlinger uavhengig av hvordan teamet har håndtert oppgaven. Teameffektivitet utgjør et mer helhetlig perspektiv, det omhandler ikke bare hvordan teamet utførte oppgaven, men interaksjonene som påvirket utfallet. Det er viktig å presisere denne forskjellen fordi det er mange eksterne faktorer, ikke bare interaksjoner teammedlemmene imellom, som kan bidra til hvorvidt teamet lykkes med oppgaven eller ikke (Salas et al, 2005). I denne sammenhengen vil begrepet teameffektivitet bli benyttet for å vise til faktorer som påvirker team. Dette mener jeg er viktig fordi jeg ønsker å komme i dybden på hvilke mekanismer, prosesser og

interaksjoner som når når team i akuttmottaket skal håndtere overbelastet akuttmottak eller massetilstrømning.

2.0 KONTEKST

Utgangspunktet for oppgaven og situasjonene massetilstrømning og overbelastning er akuttmottaket ved Oslo Universitetssykehus Ullevål.

2.1 Akuttmottaket Ullevål

Akuttmottaket Ullevål er en seksjon under Avdeling for Akuttmottak ved Oslo universitetssykehus. Ullevål akuttmottak har i underkant av hundre ansatte sykepleiere, hvorav flesteparten jobber tredelt turnus. Det er en avdelingsoverlege som er ansatt i halv stilling, utover dette er de resterende legene som arbeider i akuttmottaket ansatt under andre avdelinger og klinikker. Legene ruller på å ha vakt omtrent en vakt per uke i akuttmottaket. Det er til sammen nesten opp mot tretti tusen pasienter innom akuttmottaket i løpet av ett år. Av disse er flesteparten medisinske pasienter, men også en rekke andre pasientgrupper blir tilsett.

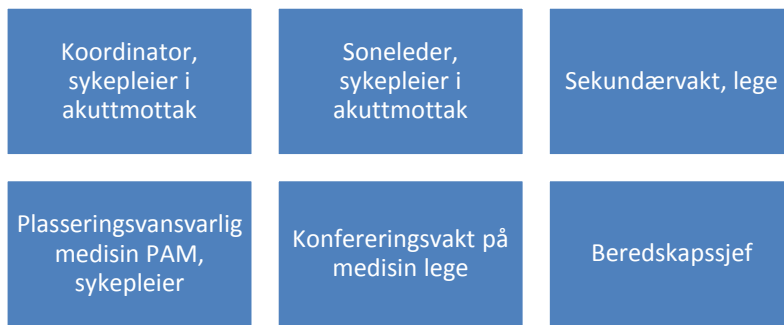
Ledelsen består av en avdelingsleder og en seksjonsleder, i tillegg er det tre teamledere med personalansvar for sykepleierne, i tillegg til driftsansvar. Det er en rekke annet personell som har sitt virke i akuttmottaket som ledelsen ikke har noe personalansvar for. Det er en kompleks organisering som medfører at man til enhver tid må samhandle med andre aktører enn de som er ansatt i akuttmottaket. Sykepleietjenesten er organisert slik at det er 14 på dagvakt, 2 på midtvakt, 15 på kveldsvakt og 8 på nattevakt. Av disse er det flere som innehar forskjellige funksjoner i løpet av en vakt.

Det er en sykepleier som ivaretar funksjonen som kalles «soneleder» per vakt. Denne har ansvar for den interne logistikken og organiseringen. Vedkommende er også beredskapsansvarlig, det vil si at hun eller han også har ansvar for logistikk og organisering ved en beredskapssituasjon, inkludert massetilstrømning. I tillegg skal vedkommende ved hver vakt fylle ut en beredskapsliste som viser hvilket personell som skal gå inn i de ulike funksjonene hvis det skulle oppstå massetilstrømning. Ansatte har selv ansvar for å se på beredskapslisten for å vite hva som er ens egen oppgave og ansvar hvis det skulle oppstå en massetilstrømning. En annen sykepleier innehar koordinatorfunksjonen og denne består blant annet i å motta innkomne telefoner. Koordinator er seksjonsleders stedfortreder på vakttid. Det vil si at vedkommende er lederen for sykepleietjenesten når ledelsen har gått hjem. Funksjonen har også ansvar for å sikre at akuttmottaket til enhver tid har kapasitet til å ta imot

øyeblikkelig-hjelp pasienter, samt beslutte, og iverksette tiltak hvis akuttmottaket blir overbelastet.

Koordinator og beredskapsansvarlig har begge sentrale roller ved en massetilstrømning. Disse skal hver fredag initiere og organisere en beredskapsøvelse i akuttmottaket. Denne går i korte trekk ut på at koordinator og beredskapsansvarlig basert på et gitt scenario skal iverksette tiltak med utgangspunktet i beredskapsplanen for massetilstrømning. Koordinator skal i samråd med beredskapssjef fatte en beslutning om beredskapsnivå.

Koordinator innehar også beslutningsmyndighet til å iverksette beredskapsnivå hvis det skulle oppstå en massetilstrømning. Vedkommende har også beslutningsmyndighet når akuttmottaket er overbelastet, hvor teamet som inngår i håndteringen skal følge en prosedyre og iverksette tiltak basert på situasjonen. Sonelederen blir av mange karakterisert som koordinators høyre hånd og disse skal sammen utgjøre det teamet som organiserer ressurser og iverksetter tiltak hvis akuttmottaket blir overbelastet eller det oppstår en massetilstrømning. Ved en overbelastning vil det i tillegg være andre aktører i teamet. Den ene er sekundærvakt som er en vaktgående lege i akuttmottaket. Denne stillingen tilhører medisinsk klinikk, men vedkommende har vakter i akuttmottaket, med hovedoppgave å hastegrads vurdere de medisinske pasientene, samt fordele legeressurser. Et annet medlem som vil inngå i teamet ved overbelastet akuttmottak er plasseringsansvarlig på medisin, også kalt PAM. Vedkommende er ansvarlig for å tildele sengepost til alle medisinske pasienter i akuttmottaket. PAM er ansatt i medisinsk klinikk, men har sitt virke i akuttmottaket. Det siste medlemmet av teamet er konfereringsvaktens på medisin. Vedkommende er overlege med overordnet ansvar i medisinsk klinikk. Konfereringsvaktens arbeid består i å konferere øyeblikkelig hjelp pasienter fra ambulanse, legevakt og fastlege, og vurdere hvorvidt disse skal legges inn. Konfereringsvakt utøver sitt arbeid på en medisinsk overvåkningsavdeling. Personene i teamet er forskjellige fra vakt til vakt. Nedenfor vises en skisse over de forskjellige medlemmene i teamet ved massetilstrømning og overbelastning. Denne vil ikke være utfyllende da man tar utgangspunkt i situasjonen i forhold til hvilke aktører som skal involveres. Ved en massetilstrømning vil teamet variere noe basert på situasjonen. Det vil allikevel bestå av koordinator og beredskapsansvarlig. I tillegg vil beredskapssjef være involvert i selve beslutningen. Beredskapssjef vil ikke inngå i teamet ved overbelastning.



Figur 1: Oversikt over team ved massetilstrømning/overbelastning

3.0 TEORI

I dette kapittelet vil jeg utype konsepter og begreper som jeg mener er relevante som teoretisk grunnlag for å tolke mine funn og med dette svare på forskningsspørsmål og problemstillingen i oppgaven. Teoriene jeg viser til i dette kapittelet har vært grunnlaget for utformingen av forskningsspørsmål og problemstillingen i oppgaven.

Som nevnt er akuttmottaket en avdeling preget av uforutsigbarhet og høy aktivitet som krever at oppgaver blir håndtert på en god og effektiv måte. Når akuttmottaket er overbelastet eller ved en massetilstrømning kreves det at det blir tatt en beslutning om å iverksette tiltak. Det er situasjoner som er preget av tidspress fordi det er viktig å oppnå kontroll raskt for å sikre at pasientene blir forsvarlig ivaretatt. Det er uforutsigbart i den forstand at man ikke vet når disse hendelsene oppstår. Massetilstrømning vil være utenfor akuttmottakets kontroll, mens overbelastet akuttmottak kan man til en viss grad ha evne til å forutse. Jeg vil i denne delen vise til hva litteraturen sier er viktige forutsetninger for å håndtere slike komplekse situasjoner, deretter vil dette sees i sammenheng med prinsipper og prosesser som må til for at team skal fungere i dynamiske omgivelser. Dette fordi det er som nevnt team i akuttmottaket som skal håndtere disse situasjonene, og ikke enkeltindivider. Det er, som beskrevet, flere yrkesgrupper som skal utføre oppgaver i team for å håndtere disse situasjonene, hvor man da er avhengig av samhandling for å få et godt resultat. Boin et al (2005) skriver at for å kunne respondere effektivt på kriser er det viktig at team er koordinerte mot et felles mål for å kunne håndtere oppgaven man står ovenfor. Dette er nødvendig for å forhindre svikt i kommunikasjon, mistolkninger av informasjon og konflikt mellom de som er involvert. En forutsetning for å få dette til er at teamet er kjent med hverandres roller og ansvar. I tillegg må alle medlemmene i teamet ha en overordnet forståelse for hva som er oppgaven og målet.

Litteraturen viser til flere teamrelaterte prosesser som er essensielle for at team skal håndtere oppgaven de står ovenfor på en effektiv måte. Naturligvis vil jeg ikke kunne ta for meg alle elementene, men jeg har valgt å komme inn på de elementene som jeg anser som mest relevante i forhold situasjonene overbelastning og massetilstrømning, og hva som påvirker effektiviteten i teamet. På bakgrunn av det jeg har beskrevet ovenfor vil jeg i denne delen av oppgaven ta for meg sentrale begreper som litteraturen peker på er viktig for teamarbeid under komplekse forhold, som når akuttmottaket blir overbelastet eller ved en massetilstrømningssituasjon. Dette er to forskjellige situasjoner som skal håndteres av definerte team. Det vil være nødvendig å vise til teori som omhandler det å være bevisst på situasjonen man står ovenfor, og ikke minst ha forståelse for situasjonen man står ovenfor.

Derfor har jeg valgt å se nærmere på situasjonsbevissthet, felles situasjonsforståelse og felles mentale modeller. Dette vil sees i sammenheng med teori som omhandler teamprosesser, nettopp fordi det som nevnt er team som skal håndtere situasjonen i akuttmottaket. Ledelsen ved sykehuset og akuttmottaket legger føringer for hvordan disse situasjonene skal håndteres, det vil derfor også være viktig å se på det organisatoriske aspektet. Med hensyn til dette vil det i starten av teoridelen bli belyst aspekter fra det som kalles «høypålitelighetsorganisasjoner».

3.1 Høypålitelighetsorganisasjoner

Todd LaPorte er en av grunnleggerne av teorien som kalles «Høypålitelighetsteorien». Teorien har en tilnærming til at ulykker i organisasjoner med høyteknologiske systemer kan forebygges, disse organisasjonene kalles høypålitelighetsorganisasjoner eller HRO. Disse organisasjonene arbeider i komplekse, dynamiske og krevende miljø, hvor det må sikres at det alltid er kapasitet til å imøtekomme perioder med høyt produksjonspress (LaPorte, 1996). Eksempler på slike organisasjoner er luftfart, kjernekraftverk, havarikommisjoner og akuttmottak på sykehus (Weick og Sutcliffe, 2007). HROs har et optimistisk syn på hvordan man kan forhindre uønskede hendelser, men det forutsetter riktig organisasjonsdesign (Aven et al, 2008). Teoretikerne innenfor høypålitelighetsteorien er bevisste på det faktum at mennesker ikke er perfekte, i den forstand at de alltid handler feilfritt, og derfor må det kompenseres for menneskelige svakheter. Dette gjøres ved god ledelse og, som nevnt, riktig organisasjonsdesign. Riktig organisasjonsdesign innebærer at organisasjonen er bygd opp med et mål om å unngå uønskede hendelser, og samtidig ha evne til å håndtere dem hvis de inntreffer (Sagan, 1993).

Motstandsdyktighet og pålitelighet er begreper som står sentralt innenfor HROs.

Motstandsdyktighet vil si kapasiteten til å håndtere uforutsette hendelser etter at hendelsen har blitt et faktum og ha evne til å slå tilbake. Pålitelighet handler om et systems evne til å håndtere uforutsette hendelser på en måte som gjør at man kommer de utilsiktede konsekvensene i forkjøpet (Weick et al, 1999).

Høypålitelighetsorganisasjoner har en kultur hvor prosedyrer, struktur og kontroll er i fokus. Prosedyrer og rutiner må tilpasses og revideres ut i fra tidligere erfaring. Samtidig er det viktig å ikke kun basere seg på planverk og prosedyrer, for det fører til lite rom for

fleksibilitet og improvisasjon. Planverket skal fungere som grunnmuren hvor tilpasninger skal gjøres ut fra situasjonen (Weick et al, 1999). Læring er et viktig aspekt ved HROs, dette gjøres gjennom en prosess med prøving og feiling basert på tidligere hendelser og øvelser. Tidligere hendelser blir sett på som en mulighet til forbedring. Denne prosessen bidrar til å skape forestillinger om hendelser som kan inntreffe. Med utgangspunkt i disse forestillingene om hva som kan inntreffe fokuserer de på å kontinuerlig trene, øve og gjennomføre realistiske simuleringer. Dette bidrar til en kultur som fører til at ansatte er oppmerksomme og engasjerer seg i hendelser som kan inntreffe (Weick og Sutcliffe, 2007).

Høypålitelighetsorganisasjoner må håndtere uventede hendelser hvor ting kan endre seg hurtig, derfor praktiserer de med desentralisert beslutningstaking for at det personellet som er nærmest hendelsen skal sørge for en rask respons. Den som har mest erfaring ut i fra hendelsen er også den som ofte blir satt til oppgaven. Ett element som står sentralt innenfor HROs er at de er oppmerksomme på hva som er deres svakheter. Feil og svakheter som blir avdekket gjennom øvelser og erfaring vil være i fokus gjennom øvelser for å sørge for kontinuerlig forbedring (Sagan, 1993). Eksempler på faktorer som Sagan (1993) skriver er viktig for at HROs skal unngå uønskede hendelser er:

- Kulturen skal bidra til orden og forutsigbarhet hvor faktorer som struktur, kontroll og prosedyrer er i fokus.
- Det ligger til grunn en teori om at hendelser kan forebygges gjennom et godt organisasjonsdesign og en god ledelse.
- Redundans bidrar til å heve sikkerheten ved at duplisering og overlapping kan gjøre upålitelige systemer pålitelige.
- Desentralisert beslutningstaking er nødvendig for å ta hurtige beslutninger og respondere raskt ved uventede hendelser.
- Kontinuerlige operasjoner, trening og simulering kan skape og vedlikeholde pålitelige organisasjoner.
- Læring ved prøving og feiling fra hendelser kan være effektive ved å bidra til forestillinger om hva som kan komme til å skje.

Nedenfor vil det bli beskrevet mer inngående hva Sagan (1993) belyser som viktige faktorer for at disse organisasjonene skal kunne oppnå høy pålitelighet.

Lederskap og fokus på sikkerhet: Det første kriteriet for at en HRO skal kunne oppnå høy pålitelighet er at sikkerhet må være den viktigste prioritet av ledelsen. Med sikkerhet menes det å være forberedt på uønskede hendelser og ha evne til å håndtere disse hvis de oppstår. Det må benyttes tilstrekkelig ressurser på sikkerhetsaspektet, hvis ikke vil det være større sannsynlighet for at det kan oppstå en ulykke. Ledelsen må kommunisere ut til resten av organisasjonen at dette er høyeste prioritet. Organisasjonen vil over tid oppnå en pålitelighetskultur fordi ansatte etter hvert aksepterer at sikkerhet er et overordnet mål og vil da tilegne seg det samme målet.

Behovet for redundans: Som skrevet innledningsvis er HROs bevisste på at mennesker kan gjøre feil. Fordi mennesker ikke er perfekte rasjonelle maskiner, men er utstyrt med begrenset og feilbar kognitiv kapasitet vil det være behov for redundans. Multiple og gjensidig avhengige kanaler i forhold til kommunikasjon, beslutningstaking og implementering kan føre til et system med høy grad av pålitelighet. Redundans er essensielt for å oppnå sikkerhet og pålitelighet i komplekse organisasjoner. Det er viktig å tilstrebe redundans på både tekniske plan men også relatert til personell. Med redundans menes:

- Duplisering: To forskjellige deler som kan utføre den samme oppgaven. Med dette menes både teknisk duplisering og duplisering med tanke på personell
- Reserveløsninger: Disse løsningene skal tre i kraft bare hvis den ordinære løsningen er ute av drift
- Overlapping: Det vil si to deler med noen felles funksjoner hvor man for eksempel har forskjellige hovedoppgaver, men man tilstreber å sjekke hverandres arbeid for å forsikre at kritiske elementer vil bli oppdaget før det oppstår et problem

Desentralisering, kultur og kontinuitet: Når organisasjonen er i rutinemodus er det formaliserte strukturer og sentralisert beslutningstaking som gjelder. I det man går over fra rutinemodus til å håndtere oppgaver under press med høyt tempo skifter man fra sentralisert beslutningstaking til desentralisert beslutningstaking. Det må være desentralisert beslutningstaking for at personell nærmest hendelsen skal kunne respondere raskt og på riktig måte. HROs må håndtere uventede hendelser hvor ting kan endre seg raskt, derfor er det høyst nødvendig med desentralisert beslutningstaking. Organisasjonen har tillit til at ansatte i den skarpe enden tar riktige beslutninger grunnet at fokus på å håndtere uventede hendelser har blitt en del av kulturen. For at personell nærmest hendelsen skal kunne håndtere dette er det viktig at de blir trent til å ha en sterk organisasjonskultur med fokus på pålitelighet og

sikkerhet. Organisasjonskulturen vil gjøre at de som er nærmest hendelsen vil ta riktige beslutninger.

Trening og simulering: Som nevnt tidligere er trening og simulering i fokus hos høypålitelighetsorganisasjoner. De forsøker å unngå stabile og rutinepregede prosesser, dette fordi det fører til mangel på utfordringer, noe som resulterer i at man blir mindre årvåken. For å unngå dette fokuserer HRO på kontinuerlig trening og realistiske simuleringer på hendelser som kan oppstå.

Læring: Den siste faktoren (Sagan, 1993) påpeker er nødvendig innenfor HROs er at ansatte må ha en stor evne til å lære. Med dette menes å lære fra tidligere hendelser. Prosedyrer og rutiner må tilpasses over tid. Læring skapes gjennom en prosess med prøving og feiling som gir mulighet til å se hvilke tiltak som fremmer sikkerhet og hvilke som ikke gjør det. Dette er en stegvis prosess som vil føre til fremgang så sant man har gode design og prosedyrer som blir vedlikeholdt. Gjennom prøving og feiling kan man fange opp de små svakhetene i systemet som gjør at man er bedre rustet til å håndtere hendelser.

LaPorte (1996) skriver at ansatte i den skarpe enden i disse organisasjonene føler et ansvar for å være forberedt på hvilke hendelser som kan skje, men dette krever kunnskap, erfaring og kjennskap til hvordan systemet fungerer. I følge Weick et al (1999) er grunnlaget for at HROs unngår, eller håndterer uønskede hendelser, at de forsøker å matche den eksterne kompleksiteten. Med dette menes at det kreves et komplekst system for å ha evne til å se kompleksiteten i omgivelsene. Nærmere bestemt vil dette si kompleksiteten av de hendelsene som oppstår, med den interne kompleksiteten, som er menneskene som skal håndtere situasjonene som oppstår. Dette gjøres for eksempel ved å jevnlig ha møter, benytte sjekklister og trene på situasjoner som kan oppstå.

Weick og Sutcliffe (2007) skriver at evnen til å kunne håndtere en uventet situasjon handler i stor grad om strukturene som har blitt utviklet før hendelsen inntreffer. Hvis man ikke stiller forberedt når en hendelse inntreffer vil hendelsen fremstå som kompleks og svakhetene i organisasjonen vil komme frem. Ledelsen i disse organisasjonene er opptatt av kompetansen til de ansatte ved at gir de ansatte mulighet til å utvikle eget handlingsrom.

Høypålitelighetsorganisasjoner har evne til å utvise fleksibilitet under arbeidspress og stress, samt at kulturen i disse organisasjonene bærer preg av at ansatte har en tro på at man skal kunne håndtere hendelser som kan oppstå. Videre skriver Weick og Sutcliffe (2007) at

trygghet er et sentralt aspekt innenfor HROs. Ledelsen skal sørge for at man reduserer usikkerhet hos de ansatte ved at de i den skarpe enden terper på oppgaver, slik at det resulterer til trygghet i utførelse. Det presiseres at det er essensielt å fokusere på det uventede fordi man ikke ønsker et stabilt handlingsmønster da det vil føre til at man ikke vil kunne være fleksibel når hendelser oppstår. I tillegg tilstreber HROs at man ikke skal basere seg på kompetansen til enkeltpersoner ved å være avhengig av disse når situasjoner oppstår, men spre kompetansen slik at man sørger for et redundant system.

For å oppsummere hva som kjennetegner HRO trekkes frem det Rochlin, (1993) i Weick et, al (1999) skriver; HROs søker en ideell perfektjon, men forventer aldri å oppnå det. De krever komplett sikkerhet, men forventer det aldri. De er redd for overraskelser og forventer det alltid. De sørger for pålitelighet, men tar det aldri for gitt. De handler etter bøkene, men er ikke villig til å dø for det. HROs er alltid årvåken og søker aktivt etter hvilke uforutsette hendelser som kan oppstå, samtidig som de improviserer der hvor det er behov. Nedenfor vil det bli vist til teori som belyser hva som menes med å være bevisst på hendelser som kan oppstå, nærmere bestemt situasjonsbevissthet.

3.2 Situasjonsbevissthet

Hvis man har mulighet til å oppfatte informasjon om en situasjon før den bryter helt ut så har man også mulighet til å iverksette tiltak som gjør at man avverger situasjonen eller stiller mer forberedt til å håndtere den. Å oppfatte at en hendelse er på vei til å inntreffe er derfor meget viktig for å kunne forstå utviklingen av hendelsen. Det er dette situasjonsbevissthet omhandler. I følge Eriksen (2011) er en riktig situasjonsbevissthet viktig for å sikre et godt samarbeid og en effektiv krisehåndtering.

Endsley (1995) skriver at situasjonsbevissthet handler om hvordan man oppfatter elementene i omgivelsene innenfor en gitt periode, forståelsen av disse elementenes betydning og hvordan de kan utvikle seg i nær fremtid. Elementer i omgivelsene vil si spesifikke faktorer i systemet som er viktige å være oppmerksomme på og som er av betydning for hvordan mennesker handler.

(Endsley, 1995) deler situasjonsbevissthet inn i tre nivå:

1) Oppfattelse av informasjon: Dette nivå er helt avgjørende for å være bevisst på situasjonen. Det handler om oppmerksomhet. Hvis man ikke er oppmerksom på elementene i omgivelsene

vil sannsynligheten være stor for å utvikle et feil bilde av situasjonen man står ovenfor. Det er en selektiv prosess hvor man retter oppmerksomheten mot det man anser som viktigst ut i fra situasjonen.

2) *Forståelse av informasjon:* Det er behov for å forstå informasjonen for å skjønne hvilken situasjon man står ovenfor. Situasjonsbevissthet handler om mer enn bare å oppfatte situasjonen. Det dreier seg også om hvordan man tolker informasjonen. Det vil si at man må integrere alle elementer av informasjonen man oppfatter i omgivelsene, for å forstå hvilken betydning dette til sammen utgjør.

3) *Forventet fremtidig tilstand:* Dette er det høyeste nivå av situasjonsbevissthet. Hvis man har forstått informasjonen godt, har man samtidig evne til å kunne si noe om hva man tror kan skje i fremtiden. Det er kunnskap fra nivå 1 og 2 som skaper mulighet til å fatte beslutning basert på hva man tror vil komme til å skje i fremtiden.

Situasjonsbevissthet kan ifølge Endsley (1995) sies å være en kunnskapstilstand. Med dette menes kunnskap om systemet og dynamikken i omgivelsene. Situasjonsbevissthet er en nøkkelfaktor for en effektiv beslutningstaking og en effektiv operasjonell utførelse når man står ovenfor en nødsituasjon. Det er spesielt viktig i et dynamisk og komplekst miljø, som for eksempel akuttmottak. Det å opprettholde en situasjonsbevissthet involverer å overvåke miljøet man befinner seg i, forståelse av at det kan eksistere flere mål, og evnen til å forstå når det er nødvendig å gå for det ene målet i stedet for det andre. For å oppnå dette må man ha evne til å utlede tilstrekkelig informasjon i forhold til de forskjellige målene, samtidig som man må fokusere på informasjon som er relevant for å oppnå et gitt mål. Det er viktig med målrettet fokus på de forskjellige elementene i omgivelsene. Dette for å redusere beslutningstakernes kognitive krav og øke kapasiteten til å respondere på nye, uforutsette og hurtigutviklende hendelser. Et målrettet fokus innebærer at beslutningstakere må ha evne til å identifisere pekepinner i omgivelsene som kan indikere nye eller fremvoksende mål, og fatte beslutninger ut i fra det.

Endsley (1995) skriver at å være bevisst på situasjonen omhandler også i stor grad å kunne prioritere. Nærmere bestemt vil det si at man må være bevisst på hvilken informasjon man bør rette mindre oppmerksomhet mot. Dersom man har unnlatt å utføre en oppgave, eller dersom oppgaven ikke har blitt utført på en tilfredsstillende måte, kan årsaken til dette relateres til ufullstendig eller unøyaktig situasjonsbevissthet. Hvis man arbeider i et komplekst og dynamisk miljø hvor man har ansvar for flere oppgaver og i tillegg mottar informasjon fra

flere kanter kan dette påvirke situasjonsbevissthet ved at man får en begrenset kapasitet relatert til oppmerksomhet. Situasjonsbevissthet er ikke noe man nødvendigvis oppnår umiddelbart, men noe som kan oppnås over tid basert på kunnskap om systemet.

Som nevnt handler ikke situasjonsbevissthet bare om oppfattelse av informasjon, men det handler også om å forstå betydningen av informasjonen man oppfatter. Denne betydningen må settes i sammenheng med etablerte mål og hvordan dette kan påvirke den fremtidige tilstanden. Dette vil virke inn på hvilken beslutning man velger å ta og hvordan man handler. Endsley (1995) presiserer at selv om man har riktig situasjonsbevissthet så trenger ikke det å bety at man handler riktig. Dette kan være grunnet manglende trening, erfaring og prosedyrer, eller grunnet en dårlig strategi. Faktorer som kan påvirke situasjonsbevissthet i negativ retning er arbeidspress, stress, nedsatt oppmerksomhet og arbeidshukommelse.

3.2.1 Felles situasjonsforståelse

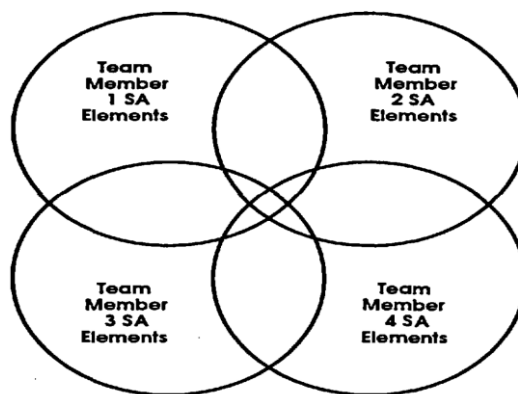
Situasjonsbevissthet er et viktig element for individuell utførelse, men også når team skal løse en oppgave sammen. Da vil det være behov for en felles situasjonsforståelse. Målet med felles situasjonsforståelse er at teamet skal få et felles bilde av miljøet de opererer i (Paris et al, 2000). I følge Kaber og Endsley (1998) er felles situasjonsforståelse i team svært viktig når teamet har et spesielt mål eller en oppgave som skal utføres, samt når det er begrenset med tid til å utføre dette. Hvert teammedlem vil ha et spesifikt utvalg av elementer som utgjør situasjonsbevissthet, som er bestemt ut fra hvilket ansvar hvert medlem i teamet har. Summen av situasjonsbevisstheten til hvert av teammedlemmene vil til sammen utgjøre felles situasjonsforståelse. Felles situasjonsforståelse i team handler i stor grad om det som er skrevet om situasjonsbevissthet. Forskjellen er at ved felles situasjonsforståelse er det ikke tilstrekkelig at teamet oppfatter informasjon om elementene i omgivelsene, denne informasjonen må også deles mellom teammedlemmene for at teamet skal kunne utføre oppgaven.

Det er viktig at teammedlemmene oppfatter informasjonen likt for å oppnå felles situasjonsforståelse. For eksempel vil det ikke være tilstrekkelig at det ene teammedlemmet oppfatter informasjonen helt perfekt, mens det andre ikke gjør det. Hvert medlem i teamet må ha situasjonsbevissthet ut i fra hva som er forventet av den enkelte, hvis ikke blir vedkommende det svakeste leddet i kjeden. Hvor riktig den felles situasjonsforståelsen er kan gjenspeiles i evnen teamet har til å utnytte sin kollektive ekspertise til å definere problemet og

respondere på dette ved å effektivt allokere ressursene man har til rådighet. Videre skriver Endsley (1995) at stress kan påvirke den felles situasjonsforståelsen negativt, ved at stress kan ta oppmerksomheten bort fra det som er teamets felles mål. Dette vil føre til at situasjonsbevisstheten til hvert medlem i teamet blir dårligere, noe som fører til at teamet har vanskelig for å oppnå felles situasjonsforståelse.

Kaber og Endsley (1998) skriver at hvis team har oppnådd felles situasjonsforståelse har man en større forutsetning for å være koordinert mot et felles mål. I følge Driskell et al (2006) vil teammedlemmer som samarbeider om teamets oppgaver og interesser, ha større sannsynlighet for å oppnå felles situasjonsforståelse, istedenfor å fokusere på hva som er av egen interesse. Hvis teamet oppnår felles situasjonsforståelse har man bedre forutsetninger for god og riktig kommunikasjon og er dermed bedre rustet for å håndtere oppgaven man skal utføre. For å oppnå felles situasjonsforståelse i team er man som nevnt avhengig av at informasjon må deles, men den må også tolkes av teamet. En faktor som kan bidra til at team oppnår felles situasjonsforståelse er å trene på oppgaven som skal utføres ved å spesielt vektlegge deling av informasjon mellom teammedlemmene (Kaber og Endsley, 1998).

Endsley (1995) illustrerer teamets situasjonsforståelse ved at hvert teammedlem overlapper hverandre på bakgrunn av hvilke oppgaver det enkelte medlem av teamet innehar og hvilken informasjon som blir oppfattet, som til sammen utgjør teamets felles situasjonsforståelse.



Figur 2: Situasjonsforståelse i team. Endsley (1995)

3.2.2 Collective mindfulness og økt bevissthet

Weick et al (1999) skriver at det nære forholdet mellom teorien som omhandler mindfulness og handlingene til høypålitelighetsorganisasjoner er nøkkelfaktoren for å unngå uønskede hendelser.

Som nevnt tidligere, er det viktig å forstå hvordan den gitte situasjonen kan utvikle seg, for å kunne håndtere den. Dette kan man oppnå med en økt bevissthet. Det å være mindful kan betraktes som et høyere nivå av situasjonsbevissthet. Det gjør det mulig å være i forkant av hendelser før de eskalerer og kommer ut av kontroll. Mindfulness kan sies å være et redskap for å oppnå dette. Det handler ikke bare om å se en allerede oppstått situasjon og være i forkant av hvordan den utvikler seg, men også å være bevisst på hvilke uventede hendelser som kan oppstå (Weick et al, 1999). Det å være mindful kan relateres til både overbelastet akuttmottak, hvor man ofte kan se utviklingen av situasjonen før den eskalerer og iverksetter tiltak deretter, men også masstilstrømmingssituasjon som er en hendelse akuttmottaket ikke kan kontrollere eller forutse.

Som nevnt vil det å være «mindful» si at man har en økt bevissthet for å tenke seg til hva som kan komme til å skje, og den økte bevisstheten skaper et grunnlag for forventninger i forhold til hvordan en hendelse kan utvikle seg. Det vil ikke være tilstrekkelig å være bevisst på hva som kan komme til å skje, man må i tillegg handle på bakgrunn av det man oppfatter. Ved å ha fokus på begge deler kan man oppnå en kombinasjon av stabile kognitive prosesser og variasjon i handlingsmønstre, som bidrar til at man håndterer uventede hendelser mer effektivt. «Mindful» handler ikke bare om å være oppmerksom, det handler også om kvaliteten på oppmerksomheten. Det å ha evne til å se potensiale til situasjoner som kan utvikle seg i negativ retning, og ha mulighet til å handle på bakgrunn av dette, er nøkkelen til effektivitet (Weick et al, 1999).

Forventninger er et nøkkelbegrep ved det å være mindful. Hvis man skal kunne håndtere det uventede må man ha evne til å skape forventninger omkring hva som kan komme til å skje. Først da kan man imøtekomme uventede hendelser på en årvåken måte. Forventninger vil si å forutse og forebygge potensiell skade før skaden har skjedd (Weick et al, 1999).

Forventninger ligger til organisatoriske roller, rutiner og strategier. Det å forvente at en hendelse kan inntreffe vil si at man er mentalt forberedt på at noe kan skje. Mennesker som er mindful kan sies å se det «store bildet» av en situasjon (Weick og Sutcliffe, 2007).

Weick et al (1999) viser til teorien som omhandler «Collective mindfulness». Teorien omhandler kognitive prosesser som må være tilstede for å kunne være oppmerksom på, og håndtere, uønskede hendelser. Denne teorien går i korte trekk ut på at man er organisert på en slik måte at man har bedre forutsetninger for å unngå det uventede, men samtidig være forbedret på å håndtere uventede situasjoner. Den økte bevisstheten gir en mulighet til å respondere på signaler i omgivelsene (Weick og Sutcliffe, 2007). Målet er at man skal oppnå en kollektiv bevissthet vedrørende hendelser som kan oppstå. Teorien består av fem prosesser som gir en effektiv identifisering av svakheter i systemet, og en bevissthet rundt potensialet til hendelser. Det vil ikke bli vist til alle prosessene, men det vil trekkes frem det som anses som mest relevant ut i fra situasjonene overbelastet akuttmottak og massetilstrømming.

«*Sensitivity to operations*» er en av prosessene for å oppnå Collective mindfulness. Det å være «sensitiv» for oppgaven man skal utføre vil si å være bevisst på situasjonen man står ovenfor, mer spesifikt vil det bety å være bevisst på negative faktorer som kan forstyrre oppmerksomheten. Weick et al (1999) skriver at «*sensitivity to operations*» har mange likhetstrekk med Endsleys (1995) beskrivelse av situasjonsbevissthet. Forskjellen er at situasjonsbevissthet, slik Endsley beskriver, handler i stor grad om å kunne se helheten av hva man står ovenfor, mens «*sensitivity to operations*» handler om at man skal se helheten, men i tillegg være aktiv og engasjert i det å oppnå et høyere nivå av situasjonsbevissthet. Det å være bevisst handler også om hvordan informasjon blir delt og tolket mennesker imellom. Man skaper seg et helhetsbilde av situasjonen man står ovenfor og dette helhetsbildet må knyttes til de oppgavene en skal utføre. Mennesker som er sensitive for oppgaven som skal utføres har lettere for å se sammenhenger, samt oppfatter kompleksiteten i omgivelsene. Dette gjør at man har en større forutsetning for å tilpasse seg situasjonen, samt bedre muligheter for å kunne være redundant. Situasjonsbevissthet fører til at man kan se elementene i komplekse og dynamiske system, noe som fører til en økt forståelse omkring situasjonen. Når mennesker har en velutviklet situasjonsbevissthet kan de gjøre kontinuerlige tilpasninger som forhindrer hendelser i å eskalere. Et hinder for å oppnå situasjonsbevissthet ved håndteringen av operasjonelle prosedyrer kan være ytre press og at man rett og slett har for mye å gjøre. En måte å unngå dette på er å være bevisst på dette presset, samt ved at andre medlemmer i teamet kan bistå ved å se etter faresignaler (Weick et al, 1999).

«*Commitment to resilience*» er en annen viktig faktor Weick et al (1999) viser til for å oppnå Collective mindfulness. Det handler om det å være motstandsdyktig. Det vil si at en organisasjon har kapasitet til å håndtere uventede hendelser før skaden har inntruffet. Med

dette menes å ha kontinuerlig fokus på hva som kan gå galt og til enhver tid være forberedt på hva som kan inntreffe. Systemet må ha evne til å håndtere en hendelse som oppstår og slå tilbake før den får satt seg skikkelig. Motstandsdyktighet handler ikke bare om å slå tilbake på det som går galt, men også håndtere uforventede hendelser i det de inntreffer. Man skal ikke vente på at hendelser inntreffer, men man skal være forberedt på å håndtere uventede hendelser som kan oppstå. For å være motstandsdyktig må man ha kapasitet til å improvisere, samt ha evne til å se farer og detaljer i komplekse miljøer, og, uavhengig av hva man oppdager, så vil man ha evne til å gjøre noe med det. Improvisasjon er en nøkkelfaktor for å være forberedt på hendelser som kan inntreffe.

Weick et al (1999) belyser et annet aspekt vedrørende «Collective mindfulness». Dette er «underspesifisering av strukturer». Underspesifisering av strukturer vil si at man ved hendelser er fleksible med tanke på beslutning og handling. Man avviker fra den ordinære hierarkiske strukturen og tillater de som er nærmest problemet til å ta beslutninger og handle ut i fra hendelsen. De som umiddelbart kan oppfatte et potensielt problem kan også handle deretter for å redusere konsekvensene. Ved å løsne på den hierarkiske beslutningsstrukturen til de som er nærmest problemet kan problemløsningen skje i samhandling med kompetansen. Det åpner opp for nye løsninger på problemer og gir et utvidet handlingsrom.

3.2.3 Felles mentale modeller

Jeg har allerede beskrevet viktigheten av at team oppnår en felles forståelse av situasjonen. En forutsetning for at team skal kunne oppnå felles situasjonsforståelse er at teamet innehar felles mentale modeller (Cannon-Bowers et al, 1993 i Paris et al, 2000).

Forventning er et nøkkelbegrep for å kunne oppnå felles mentale modeller, det vil si forventninger man har i forhold til hva man tror kan komme til å skje. Muligheten for å kontrollere utviklingen av en situasjon vil være stor hvis man klarer å forutse hvilke endringer som er sannsynlig at kan komme til å skje, og kunne initiere kontroll på bakgrunn av disse forventningene. Med de riktige forventningene kan teamet allokere ressurser, fordele oppgaver og kommunisere på en slik måte at man kan oppnå en god utførelse. For å kunne oppnå felles forventninger må man først og fremst oppnå en felles mental modell (Rouse et al, 1992).

Felles mentale modeller vil kunne ha flere positive følger for teamarbeid. Først og fremst er det viktig for å kunne samarbeide godt og være koordinert mot et felles mål (Eriksen, 2011). Rouse et al (1992) skriver at teammedlemmer som har felles mentale modeller vil generere like forklaringer på det man observerer, og derav bedre forutsetninger for å handle riktig.

For å kunne beskrive hva som menes med en felles mental modell vil det være naturlig å først vise til hva som menes med en mental modell. Eriksen (2011) skriver at en mental modell kan sies å være en tenkt presentasjon av verden. Rouse et al (1992) beskriver mer inngående hva som menes med en mental modell: *mekanismene som gjør at mennesker kan generere beskrivelser av et systems hensikt og form, forklaringer av systemets funksjon og tilstand, og forventninger til systemets fremtidige tilstand.* (Fritt oversatt). Beskrivelser vil si kunnskap om systemet, mens forklaringer sier noe om hvordan systemet fungerer, og det å kunne forutse gjør at man skaper forventninger om hvordan systemet kommer til å opptre. Systemet kan sies å være det utstyret teamet skal forholde seg til, oppgaven som skal utføres og beslutningstakingsprosessen i teamet (Rouse et al, 1992).

Canon-Bowers og Salas (1998) skriver at for at team skal kunne tilpasse seg en dynamisk situasjon som er i stadig endring, samt respondere på endringen på en hensiktsmessig måte, er det en forutsetning at teamet har en felles mental modell. Videre definerer de en felles mental modell som å være en forestilling av en situasjon man står ovenfor og hvordan denne situasjonen vil utvikle seg. Mer spesifikt vil dette si kunnskapsstrukturer, kognitive forestillinger eller mekanismer som mennesker bruker for å organisere ny informasjon for å beskrive, forstå og forutse hendelser, og benytte dette til å interagere med andre. En felles mental modell gjenspeiler avhengigheten mellom teammedlemmene, hvilke mekanismer som rår, aktivitetsmønstre, individuelle roller og funksjoner. Team med erfaring fra tilsvarende hendelser som den man står ovenfor har bedre forutsetning for å oppnå felles mentale modeller, dette fordi man vil ha større evne til å benytte deler av situasjonen for å kunne se helheten. Lim og Klein (2006) beskriver felles mentale modeller som når medlemmene i teamet organiserer kunnskapen om teamets oppgave, roller, mål og muligheter på en lik måte.

Mentale modeller påvirkes også av kunnskapsstruktur, det vil si kunnskap om systemet og omgivelsene. For eksempel vil to personer som skal ta beslutninger ut i fra den samme situasjonen kunne ha forskjellige mentale modeller og kan derfor ta ulike beslutninger. Dette kan være en utfordring for et team som skal håndtere en situasjon, fordi man kan ha forskjellige mentale modeller i teamet i forhold til oppgaver, kommunikasjon, koordinering,

roller og arbeidsmåte i teamet. Derfor kan man si at felles mentale modeller er en svært viktig faktor for at team skal være effektive (Eriksen, 2011).

Rouse et al (1992) viser til at hovedårsaken til at team ikke klarer å oppnå felles mentale modeller er at medlemmene i teamet ofte ikke vet hva som forventes av en selv, eller hva en kan forvente av de andre i teamet. Resultatet av dette er at teamet ikke kommuniserer adekvat, noe som fører til en nedsatt teamprestasjon.

Litteraturen viser til flere faktorer som kan bidra til at team oppnår felles mentale modeller. Kaber og Endlsey (1998) skriver at det å forberede og planlegge for uønskede hendelser kan bidra til å utvikle felles mentale modeller i team, og dermed også føre til at teamet oppnår felles situasjonsforståelse. Eriksen (2011) nevner trening, prosedyrer og sosialisering, samt det at man har lik erfaring ut i fra tidligere hendelser. Rouse et al (1992) trekker frem viktigheten av at team trener på det som er oppgaven til teamet med spesielt fokus på rolleforståelse og hva som kan forventes av hverandre.

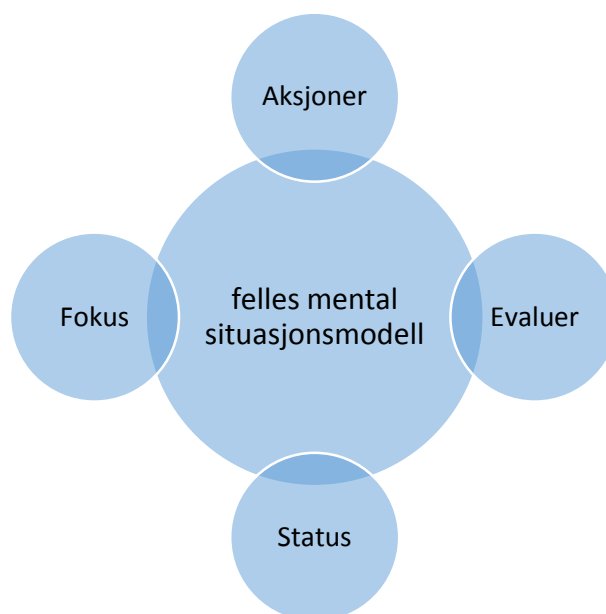
Felles mentale modeller i forhold til ansvar og oppgavefordeling kan etableres på forhånd av en hendelse ved hjelp av prosedyrer, øvelser og opplæring, mens en felles mental modell av situasjonen kan bare etableres når teamet samles idet hendelsen inntreffer (Eriksen, 2011). Nedenfor vil jeg beskrive hva som menes med en felles mental situasjonsmodell og hvordan teamet kan oppnå dette.

3.2.4 Felles mental situasjonsmodell

For at man skal kunne håndtere en kritisk situasjon kan, som nevnt, felles mentale modeller være ett av flere virkemiddel. Hensikten er at teamet skal oppnå et likt tankesett for å skape en felles forståelse av situasjonen man står ovenfor. En felles mental situasjonsmodell kan beskrives som hvordan man ser for seg at situasjonen man står ovenfor er, hvordan situasjonen skal håndteres og hvilke ressurser det er behov for. Det kan med andre ord sies å være et tenkt bilde av situasjonen. Når det er snakk om begrensninger i forhold til tid og informasjon er det spesielt viktig med en felles mental situasjonsmodell og at man aksjonerer i henhold til denne modellen. For å oppnå en felles mental modell av situasjonen kreves det at teamet som skal løse en hendelse som har oppstått samles og har et møte. Det er essensielt at de sentrale aktørene i teamet deltar. Viktige faktorer som må avklares i teamet er:

- Hva som har hendt
- Hvordan man ser for seg at situasjonen vil utvikle seg
- Hvilke tiltak som må utføres og hva som er intensjonen med tiltakene
- Ressursbehov

Et eksempel på hvordan dette kan gjennomføres er ved et «førstemøte» hvor man avklarer punktene som er beskrevet ovenfor, for deretter at teammedlemmene går hver til sitt og utfører sine arbeidsoppgaver. I dette «førstemøte» skal man enes om fokuspunkter og mål. Etter det første møtet, når situasjonen krever det, burde man gjennomføre et statusmøte. Her vil man da sørge for en kalibrering av felles mental situasjonsmodell. Det vil si at man korrigerer teamet ut i fra hvordan situasjonen fremstår på det aktuelle tidspunktet. Teamlederen skal på statusmøtet gi en kort oppdatering på situasjonen, for deretter å sette opp nye mål eller kartlegge fokusområder for teamet. Å benytte statusmøte som en rutine vil kunne bidra til å evaluere fremgang og klargjøre mål og forventninger. Hvis man ikke har oppnådd det resultatet man ønsker kan man få en indikasjon på hva som er problemområdet. Lederen i teamet kan benytte statusmøter aktivt for å etablere mer effektivt samarbeid, men det fordrer at man har trent på dette for at det skal gi best mulig utbytte (Eriksen, 2011). Modellen nedenfor viser prosessen for en felles mental situasjonsmodell.



Figur 3: Felles mental situasjonsmodell av Eriksen (2011).

3.3 Kjernekomponenter i teamarbeid

Litteraturen viser til flere faktorer som kan bidra til forbedring av teamarbeidet. Salas et al (2005) beskriver hvilke kjernekomponenter som er essensielle for at team skal være effektive. Det er fem komponenter som forfatterne mener kan sies å være «de fem store». Disse fem komponentene i teamarbeid er teamlederskap, gjensidig overvåkning av utførelse, støttende adferd, tilpasningsdyktighet og teamorientering. For at teamet skal klare å være effektive holder det ikke med disse fem komponentene, de må støttes av hva forfatterne kaller koordinerende mekanismer. Disse mekanismene er felles mentale modeller, «closed-loop» kommunikasjon og gjensidig tillit. Under beskrives mer inngående hva som menes med de fem kjernekomponentene, deretter vil det bli vist til hva som er de koordinerende mekanismene.

3.3.1 Teamlederskap

Salas et al (2005) anser teamlederskap å være den viktigste av de fem kjernekomponentene. Teamlederskap innebærer å organisere teamet. Med dette menes at teamlederen skal styre og koordinere aktivitetene til de andre medlemmene i teamet og underveis vurdere teamutførelsen. Teamlederen har ansvar for å legge en plan, samt å tilstrebe at denne planen blir fulgt. Hvis teamlederen feiler i det å strukturere og guide teamet, samt koordinere og tilpasse handling ut i fra situasjonen, kan det være en nøkkelfaktor for at teamet presterer ineffektivt (Stewart og Manz, 1995 i Salas et al, 2005).

Teamlederen påvirker effektiviteten i teamet ved å tilrettelegge for hvordan man skal løse problemet gjennom kognitive prosesser som for eksempel felles mentale modeller. Teamlederen har en viktig oppgave i det å skape felles mentale modeller i teamet, men også å sørge for at disse blir opprettholdt og eventuelt korrigert. Vedkommende skal sørge for at det etableres en felles forståelse for hva som er oppgaven og hva som er rollene til hvert teammedlem. Videre så er en viktig oppgave at teamlederen skal sette forventninger til teamet. Forventningene innebærer at teamet skal opptre med støttende adferd, gjensidig overvåkning av utførelse og tilpasningsevne. I tillegg må teamlederen forsikre seg om at teamet forstår den gjensidige avhengigheten som trengs for å utføre oppgaven (Salas et al, 2005).

Eriksen (2011) skriver at teamlederen er den som skal ha overordnet oversikt, derfor kan ikke vedkommende ha andre oppgaver som tar oppmerksomheten bort fra helheten. For å tilstrebe å ha overordnet oversikt er det viktig at teamlederen ofte foretar en vurdering av situasjonen med eksempelvis statusmøter. Videre så skal teamlederen bidra til kjennskap omkring prosedyren som skal benyttes, samt bidra til at teamet kommer til enighet i forhold til hva som er målet.

3.3.2 Gjensidig overvåking av utførelse

Gjensidig overvåking av utførelse vil si evnen teamet har til å utvikle en felles forståelse av miljøet og søke etter passende strategier for å kunne overvåke hverandres utførelse.

Teammedlemmene må identifisere feil i andre medlemmers handlinger, og sørge for tilbakemelding på utførelse for å kunne korrigere. Hensikten med gjensidig overvåking av utførelse er at teammedlemmer skal være oppmerksom på hverandres utførelse av oppgaven, samtidig som man utfører sin egen oppgave. Dette for å forsikre seg om at teamet følger prosedyren som planlagt. Dette gir samtidig en god forutsetning for å være oppmerksom på om teammedlemmer har behov for støttende adferd. Nedenfor vil det bli beskrevet hva som menes med støttende adferd. En forutsetning for at teamet skal kunne overvåke hverandres utførelse er at teamet har oppnådd felles mentale modeller. Felles mentale modeller sikrer at medlemmene i teamet har en forståelse av hva som er oppgavene til hvert enkelt teammedlem og dermed hva en kan forvente av hverandre. Uten felles mentale modeller vil teamet ikke ha mulighet til gjensidig overvåking (Salas et al, 2005).

Videre presiserer Salas et al (2005) at gjensidig overvåking er spesielt viktig i stressende omgivelser og under perioder med høyt arbeidspress. Årsaken til dette er at under stressende omgivelser har man lettere for å gjøre feil, i tillegg vil man under arbeidspress oppleve begrenset kapasitet i forhold til oppmerksomhet. Driskell et al (1999) skriver at ettersom de ytre kravene til teamet øker vil adferden i teamet, som det å være oppmerksom på hva andre i teamet foretar seg, bli neglisjert til fordel for å utføre egne oppgaver som man anser krever umiddelbar handling. Egne oppgaver kan subjektivt bli oppfattet som viktigst å prioritere, mens kommunikasjon og koordinasjon i teamet blir nedprioritert.

3.3.3 Støttende adferd

Støttende adferd innebærer at teammedlemmer hjelper hverandre med oppgaver. Det handler om teamets evne til å kompensere for hverandres oppgaver. Som nevnt ovenfor vil teammedlemmer som har evne til gjensidig overvåking av utførelse ha større forutsetning for å assistere andre og fordele arbeidsoppgaver. Dette krever at man er kjent med hverandres roller og oppgaver. En av de viktigste forutsetninger for å få til dette er teamledelse. Støttende adferd er spesielt viktig i omgivelser preget av arbeidspress og stress. Under slike omgivelser må teamet ha evne til å delegere arbeidsoppgaver. Støttende adferd innebærer å bistå andre i teamet ved å fullføre hele eller deler av deres oppgaver hvis det trengs. Hvis teamet har oppnådd en felles mental modell har teammedlemmene en større forutsetning for å utøve støttende adferd. Støttende adferd påvirker teamutførelsen positivt ved at alle oppgavene teamet har blir utført. Hvis teamet har evne til å støtte og kompensere for hverandre under stress fører det til færre feil. Støttende adferd handler ikke bare om at det kan forbedre teamets prestasjoner, men det fører også til at teamet blir mer tilpasningsdyktig ved at man tilpasser seg endringer som oppstår (Salas et al, 2005). Dette vil illustreres nærmere under.

3.3.4 Tilpasningsevne

Hvis en hendelse eller en krise inntreffer akutt og utvikler seg raskt krever dette en fleksibel og tilpasningsdyktig håndtering (Cannon-Bowers og Salas, 1998). I komplekse miljøer er det umulig å kun følge prosedyrer for å håndtere hendelser som oppstår. En forutsetning for at team skal være effektive er at det må ha evne til å tilpasse seg en dynamisk situasjon som er stadig i endring samt at teamet responderer på denne endringen hensiktsmessig (Rouse et al, 1992). Tilpasningsevne blir beskrevet som mulighetene til å gjenkjenne avvik fra forventet handling og rejustere handlingen deretter (Priest et al, 2002 i Salas et al, 2005). Dette innebærer evnen til å tilpasse strategier basert på informasjon i omgivelsene gjennom støttende adferd og reallokering av ressurser. Det omhandler evnen til å bestemme et godt tilpasset handlingsvalg i stadig skiftende omgivelser. For å få til dette må man identifisere pekepinner i omgivelsene og utvikle en ny plan basert på de nye omgivelsene. For at team skal være tilpasningsdyktige krever det at teamet har oppnådd en adekvat felles mental modell (Salas et al, 2005).

3.3.5 Teamorientering

Den siste av de fem kjernefaktorene i teamarbeid er teamorientering. Mens de andre kjernekomponentene kan relateres til handling, omhandler teamorientering adferd. Teamorientering handler om holdningene teammedlemmene har. Dette innebærer tilbøyeligheten til å vurdere forslag om andre løsninger fra medlemmene i teamet. Team som er teamorienterte har evne til å lytte til hverandres perspektiver og innspill i forhold til oppgaven som skal løses. Med dette menes også villigheten teammedlemmene har til å motta tilbakemeldinger og innspill på egen utførelse. Driskell og Salas, (1992 i Salas et al, 2005) fant i sin studie ut at individer som er teamorienterte oftere vurderte innspill fra andre teammedlemmer i valg av handling, dette førte til at teamet foretok grundigere vurderinger. Teamorientering henger i stor grad sammen med gjensidig overvåkning og støttende adferd og er derfor også med på å påvirke teameffektiviteten (Salas et al, 2005).

3.3.6 Koordinerende mekanismer

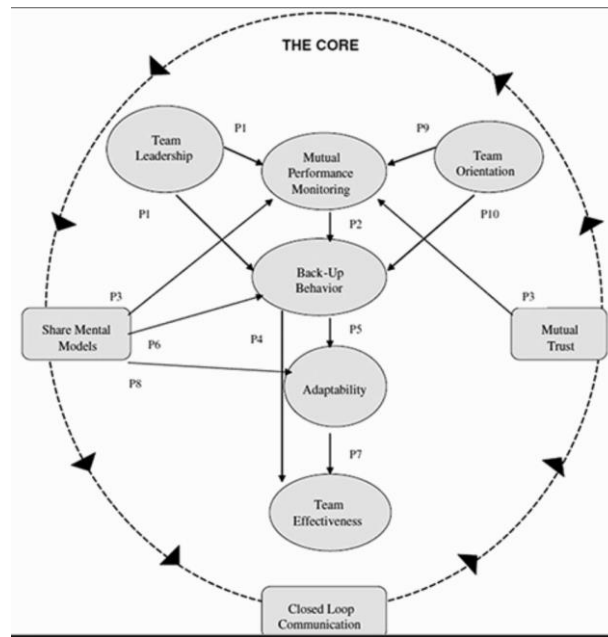
Salas et al (2005) skriver at hvis teamet benytter seg av kjernekomponentene i teamarbeid vil dette føre til forbedring av teamets utførelse, men for å sikre fullstendig teameffektivitet må teamet også ha de koordinerende mekanismene. Disse består av felles mentale modeller, closed-loop kommunikasjon og gjensidig tillitt.

Felles mentale modeller: Betydningen av felles mentale modeller i teamarbeid har blitt skrevet om tidligere i teoridelen. Dette vil ikke gjentas her, men det trekkes frem hva som menes med felles mentale modeller i denne konteksten, altså i forhold til kjernekomponentene. Hvis team har oppnådd felles mentale modeller har teamet mulighet til å utvise nødvendige teamferdigheter som støttende adferd og gjensidig overvåkning av utførelse. Hvis teamet derimot ikke har oppnådd felles mentale modeller kan dette føre til at teammedlemmene ikke arbeider mot et felles mål, og man oppnår ikke å gi støttende adferd eller gjensidig overvåkning. Team som har felles mentale modeller utviser mer støttende adferd og kommuniserer mer effektivt enn team som ikke har det. Viktigheten av felles mentale modeller øker når teamet arbeider i omgivelser preget av arbeidspress og stress, fordi når teamet opplever stress kan det føre til at kommunikasjon blir dårligere. Når teamet opplever stress vil team som har utviklet felles mentale modeller ha riktigere forventninger i forhold til hva som kreves av teamet og teammedlemmene.

Closed-Loop kommunikasjon: Kommunikasjon i team er spesielt viktig når kompleksiteten i omgivelsene øker, fordi det bidrar til at teamet kan oppdatere og kalibrere sine felles mentale modeller. Som nevnt ovenfor kan kommunikasjon bli nedprioritert når teamet opplever stressende omgivelser. Grunnen til dette er som nevnt at når teammedlemmer opplever stress blir man mer fokusert på egen oppgave i stedet for den felles utførelsen av oppgaven. Dette forekommer oftere blant uerfarne teammedlemmer enn erfarene. For å kunne utveksle nødvendig informasjon i komplekse omgivelser anbefales derfor closed-loop kommunikasjon. Dette vil si at sender avgir en melding, mottaker tolker denne meldingen og vedkommende bekrefter til sender at melding er mottatt (Salas et al, 2005). Rouse et al, (1992) skriver at årsakene til at team ikke kommuniserer adekvat viser seg å være at teammedlemmer ikke vet hva som forventes av dem av fra de andre teammedlemmene og heller ikke vet hva de kan forvente av de andre i teamet.

Gjensidig tillit: Tillitt har vist seg å påvirke teamprosesser og teamutførelsen. Denne mekanismen handler om at teamet må ha tro på at hvert enkelt teammedlem vil utfylle sin rolle og jobbe for teamets felles interesse. I tillegg til at det fremmer teamarbeid fører det også til at teammedlemmene er mer villig til å dele og spre informasjon seg imellom. En kultur som er basert på gjensidig tillitt er en viktig støtte for de fem kjernekomponentene i teamarbeid, dette fordi det påvirker hvordan individer i team tolker hverandres adferd. Hvis man ikke har tillitt til hverandre kan dette skape uenigheter i teamet. Gjensidig overvåking av utførelse og støttende adferd kan bli tolket på feil måte hvis man ikke har gjensidig tillitt i teamet. Denne mekanismen er også viktig for å ha forståelse for teamlederens adferd. Hvis man ikke har tillitt til teamlederens vurderinger vil man ikke ha forståelse for informasjonen fra teamlederen. Dette vil være til hinder for utførelsen av teamlederskap.

Ovenfor har kjernekomponentene for effektivt teamarbeid og de koordinerende mekanismene blitt beskrevet. Salas et al (2005) påpeker at team blir mer effektive når de har arbeidet sammen en stund og de etablerer en trygghet relatert til oppgaven som skal utføres. Når teamet blir kjent med oppgaven, hverandres og egne roller, samt hva som forventes av dem i teamet har man bedre forutsetninger for å etterleve kjernekomponentene i teamarbeid. Nedenfor vil jeg presentere modellen som Salas et al (2005) mener er kjernen som inngår i teamarbeid for at team skal være effektive.



Figur 4: Graphical Representation of High-Level Relationship Among the Big Five and the Coordinating Mechanisms Including Research Propositions (Salas et al, 2005).

4.0 METODE

Hensikten med denne oppgaven er å svare på problemstillingen; *Hvilke organisatoriske og kognitive faktorer må være tilstede for at team skal kunne håndtere overbelastet akuttmottak i hverdagen og massetilstrømmning som følge av en masseskadehendelse?*

For å besvare denne problemstillingen må jeg som forsker velge hva som er den best egnede metoden for dette. Det handler mye om personlige mål og motiver når man velger seg forskningsprosjekt, mens selve formålet med forskningen handler om hvilken kunnskap forskeren ønsker å tilegne seg (Blaikie, 2010). Malterud (2011) skriver at det finnes mange former for kunnskap, vitenskapelig kunnskap er bare en av mange. Vitenskapelig kunnskap er en nødvendig betingelse for teori og praksis.

I dette kapitlet vil det gjennomgås valg av forskningsdesign, forskningsstrategi og forskningsprosessen. Jeg vil også vise til datainnsamling, utvalg av informanter og behandling av data. Jeg vil trekke frem etiske refleksjoner, noe som anses som meget viktig med tanke på at jeg skal forske på egen organisasjon. Avslutningsvis vil det blir vist til validitet, refleksivitet og reliabilitet samt hvordan dette har påvirket oppgaven. Styrker og svakheter ved metoden vil bli trukket frem gjennom hele metodekapitlet.

4.1 Forskningsdesign

I følge Yin (2014) er et forskningsdesign en logisk plan som binder den empiriske data til forskningsspørsmål og forskningens konklusjon. Blaikie (2010) skriver at det er tre grunnleggende spørsmål et forskningsdesign må kunne besvare. Dette er *hva* som skal studeres, *hvorfor* det skal studeres og *hvordan* det skal studeres. Det finnes to hovedformer for metode, disse er kvalitativ og kvantitativ metode. Forskningsdesignet i denne oppgaven er kvalitativt. I følge Malterud (2011) kan kvalitativ metode sies å være en strategi hvor man beskriver og analyserer karaktertrekk eller egenskaper ved de fenomenene som skal studeres. En kvantitativ metode er bygd opp med utgangspunkt i numeriske data i form av tall, mens en kvalitativ er bygd opp med tekst fra eksempelvis samtaler eller observasjoner.

Målet med kvalitativ metode er å forske på meningsinnholdet i kulturelle og sosiale fenomener basert på opplevelsen til de involverte. Kvalitativ metode egner seg godt for å finne ut mer om menneskelige egenskaper som eksempelvis erfaringer, tanker og opplevelser. I tillegg er kvalitativ metode en tilnærming som passer godt hvis man ønsker å forske på

dynamiske prosesser som for eksempel samhandling (Malterud, 2011). Det er dette som gjøres i denne oppgaven. Ved å ta utgangspunkt i ansattes erfaringer, tanker og opplevelser vil dette sees i sammenheng med samhandling i team.

Videre skriver Malterud (2011) at kvalitativ metode egner seg godt når problemstillingen er kompleks og sammensatt. Dette mener jeg min problemstilling er, ved at det skal sees på håndteringen av to komplekse situasjoner og hvilke kognitive og organisatoriske faktorer som må være tilstede for å håndtere disse. I følge Silverman (2000) egner metoden seg godt når man skal forske på en gruppe av individer. Dette vil gjøres i oppgaven ved at fokuset vil være rettet mot en spesifikk gruppe av nøkkelpersonell for å se på deres samhandling i team. Dette vil gjøres med utgangspunkt i både intervju og spørreundersøkelse. Store deler av metodekapittelet baseres på Malteruds (2011) forskningsprosess og tilnærming til kvalitativ metode.

4.2 Forskningsstrategi

For å kunne besvare forskningsspørsmålene må forskeren velge den best egnede forskningsstrategien. I følge Blaikie (2010) er målet med valg av forskningsstrategi å oppnå og benytte den beste oppskriften for å adressere en problemstilling, dette for å få svar på forskningsspørsmålene som er knyttet til problemstillingen. Blaikie (2010) skiller mellom fire forskjellige forskningsstrategier. Disse er induktiv, deduktiv, abduktiv og retroduktiv. Forskningsstrategien vil være abduktiv hvor data fra intervju fortolkes og dette vil sees i sammenheng med teori. I abduktiv strategi er målet å beskrive og forstå det sosiale livet, sosiale aktører med deres meninger og motiver. Det er dette som ønskes og oppnås ved bruk av data fra intervjuene. På bakgrunn av data som er samlet inn vil det gjøres fortolkninger, se delene som en samlet helhet og ut i fra dette trekke slutninger. Dette er i tråd med Danemarks (1997) tilnærming til abduktiv forskningsstrategi. Jeg vil kombinere Danemarks og Blaikies tilnærming til abduktiv strategi. Den abduktive strategien søker å besvare forskningsspørsmål ved at beskrivelser og forståelser skal forsøke å gjenspeile sosiale aktørers ståsted (Blaikie, 2010) Fortolkninger vil bli gjort med utgangspunkt i ansattes erfaringer rundt disse situasjonene. Det vil derfor være nærliggende å benytte en abduktiv forskningsstrategi.

4.2.1 Case som forskningsstrategi

Betegnelsen «case» kommer fra det latinske ordet casus og understreker betydningen av det enkelte tilfellet. Casestudier handler om ett eller noen få tilfeller som gjøres til gjenstand for inngående studier, eksempelvis en enhet som kan være en avdeling på et sykehus (Jacobsen, 2003).

Case studier blir benyttet som forskningsmetode i mange situasjoner hvor målet er å søke kunnskap relatert til fenomen innenfor for eksempel grupper og organisasjoner. Det er nærliggende å benytte seg av case studier når man har et ønske om å forstå komplekse sosiale fenomen. Case studier gir forskeren en mulighet til å studere case ved å ha et helhetlig og virkelighetsnært perspektiv, som ved å for eksempel studere adferd i grupper og organisatoriske prosesser (Yin, 2014). I denne oppgaven søkes kunnskap omkring hvilke erfaringer, tanker og opplevelser de ansatte i teamet som skal håndtere massetilstrømning og overbelastning har. Dette for å tilegne forståelse vedørende hvilke faktorer som må være tilstede for å håndtere disse situasjonene.

4.3 Forskningsprosessen

Helt siden starten av samfunnssikkerhetsstudiet har jeg tenkt på hva som kan være tematikken for oppgaven min. For meg var det mest nærliggende å skrive om noe ut i fra mitt eget ståsted, som ansatt i akuttmottak med mange års erfaring som sykepleier i den «skarpe enden», men også i forhold til erfaringer som har blitt opparbeidet relater til arbeid med beredskap og som leder. Jeg har flere ganger vært inne på tanken om å skrive om 22.juli håndteringen, spesielt siden jeg selv var på jobb den dagen terrorhendelsene utspilte seg. Med tanke på at akuttmottaket fikk gode tilbakemeldinger på hvordan hendelsen ble håndtert føltes dette ikke like aktuelt. Tanken var at studiet forhåpentligvis kunne bidra til å endre praksis til det bedre. Som nevnt innledningsvis har erfaring fra håndteringen av overbelastning ofte vist seg å være utfordrende i praksis. Valget endte derfor på å ville studere dette nærmere. Erfaring fra massetilstrømning har vært at dette har blitt håndtert på en god måte. Som nevnt innledningsvis er det flere likheter mellom disse situasjonene. Basert på dette ønsket jeg å finne ut av hvilke faktorer som må være tilstede for å håndtere disse situasjonene. Både fra det organisatoriske perspektivet, men også på teamnivå. Jeg diskuterte tematikken for oppgaven med min leder, som stilte seg veldig positiv til at jeg skulle skrive om dette.

Januar: Denne måneden begynte jeg å se på relevant teori innenfor tematikken. Jeg startet også med innsamling av dokumenter og planverk ved sykehuset. Når slutten av måneden nærmet seg startet utformingen av intervjuguiden, dette ble gjort samtidig som jeg begynte å tenke ut aktuelle kandidater for intervju. Jeg søkte også personvernombudet ved Oslo universitetssykehus for gjennomføring av prosjektet.

Februar: Jeg fikk godkjenning fra Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus til gjennomføring av prosjektet. Det ble også diskutert med min veileder og min leder hvorvidt det skulle belyses i oppgaven at akuttmottaket ved Ullevål var utgangspunkt for forskningen. Jeg mente dette ville være relevant sett ut i fra historikken, med tanke på 22.juli og andre hendelser. Både veileder og leder stilte seg positiv til dette. Grunnet at akuttmottaket ved Ullevål ville bli belyst valgte jeg, med hensyn til informantene, å melde prosjektet til Norsk Sikkerhets Datatjeneste (NSD). I påvente av en godkjenning fra NSD begynte jeg å se på tidspunkt for intervju. Jeg opparbeidet meg et teoretisk grunnlag og rammeverk, som gjorde at jeg begynte å utforme forskningsspørsmål og problemstilling for oppgaven. Samtidig som det ble jobbet med utforming av intervjuguide begynte jeg å utforme et informasjonsskriv til informantene.

Mars: I denne måneden fikk jeg godkjenning fra NSD. Informantene ble kontaktet og intervjuene ble gjennomført i løpet av en to ukers periode. Transkriberingen ble foretatt samme dag eller dagen etter intervjuet ble foretatt. Jeg startet drøftingen også i denne perioden for å forsøke å få et bilde over hvorvidt teorien kunne relateres til svarene fra intervju og dokumentanalyser.

April: Etter å ha blitt ferdig med transkriberingen startet koding av råmaterialet. I denne måneden utførte jeg også en simulering av overbelastet akuttmottak med teamet som skal håndtere denne situasjonen. Deretter ble det delt ut en spørreundersøkelse til aktørene som var involvert for finne ut hvilken erfaring de hadde vedrørende håndtering av overbelastet akuttmottak, samt for å kartlegge hvorvidt teamet mente det var hensiktsmessig med en simulering.

Mai: Det ble utført en ny simulering av overbelastet akuttmottak, samt spørreundersøkelse til aktørene som var involvert. Videre fortsatte prosessen med å tolke svarene fra intervjuene og sette disse i sammenheng med teori, dokumentgjennomgangen og drøftingen. I denne måneden ble forskningsspørsmål og problemstilling endret noe. Dette for at de i utgangspunktet var for brede i formuleringen og det var behov for en spesifisering.

Juni: I starten av denne måneden ble det sørget for å sammenfatte oppgaven, samt sørge for at det var en rød tråd før innlevering.

4.4 Datainnsamling

Ved å skaffe flere forskjellige tolkninger og observasjoner av det fenomenet man skal studere kan man oppnå å få en mer presis eller mangfoldig beskrivelse av det som studeres. De ulike tilnærmingene kan ikke besvare samme spørsmål, men kan gjøre det mulig å stille flere spørsmål om samme sak. Dette kan kalles triangulering. Fordelen med denne type tilnærming er at det kan være et virkemiddel mot uønskede skjevheter i forskningsprosessen (Malterud, 2011).

Den største delen av datainnsamlingen tillegges intervjuene. I tillegg ble det foretatt dokumentstudier av prosedyrer og planverk samt innsamling av tallmateriale på når akuttmottaket har vært overbelastet hvor det har blitt besluttet å iverksette tiltak. Det har også blitt sett på dokumenter i forhold til føringer for beredskapsarbeid og anbefalinger ved overbelastet akuttmottak. Grunnen til denne dokumentgjennomgangen var at jeg ønsket å se planverk og føringer i sammenheng med praksis ved tolkning av analyse fra data, samt tidligere håndteringer av overbelastning og massetilstrømning. Som nevnt ble det utført to simuleringer av overbelastning med en spørreundersøkelse. Bakgrunnen for dette var at jeg ville kartlegge hvilke utfordringer aktørene i teamet hadde opplevd med tidligere håndtering og hvorvidt de mente det var nyttig med simulering. Jeg har med dette foretatt en triangulering, dette har blitt gjort med bakgrunn av at det kan bidra til å styrke mine funn og at jeg mener at funn fra intervjuet er viktig å se i sammenheng med dokumentanalysene.

4.4.1 Dokumentstudier

I denne oppgaven har jeg valgt å benytte meg av forskjellige dokumenter for å få en bredere forståelse for fenomenet jeg skal forske på. Det har blitt sett på lovverk og nasjonale føringer for beredskapsarbeid, nasjonale anbefalinger i forhold til hva som bør ligge til grunn for å håndtere overbelastning, diverse planverk for massetilstrømning og planverk for overbelastning ved Oslo universitetssykehus, Ullevål. Jeg har tilegnet meg kjennskap til disse dokumentene for å kunne sammenligne nasjonale føringer med den praksis jeg har fått innsikt gjennom intervjuene.

4.4.2 Intervju og informanter

I denne studien har det blitt gjennomført semi-strukturerte dybdeintervju. I følge Kvale og Brinkmann (2010) er denne intervjuformen hensiktsmessig å benytte når man ønsker fortolkninger av meningen med fenomenene som blir beskrevet. Det er verken en åpen eller en lukket samtale. Dette vil si at man benytter en intervjuguide som sirkler inn bestemte temaer.

I intervjuene har det blitt benyttet en intervjuguide som mal, hvor spørsmål som har dukket opp underveis har blitt tatt med inn i intervjuene, dette for å få spesifisert aktuelle tema nærmere. Intervjuguiden er delt opp i to deler hvorav den ene delen består av tanker og erfaringer rundt massetilstrømning, både i form av reelle hendelser og øvelser. Del nummer to omhandler tanker og erfaringer i forhold til når akuttmottaket har vært overbelastet. Utvalget av informanter har ikke vært tilfeldig. Hensikten var å intervju nøkkelpersonell fordi jeg ville forske på konkrete aspekter ved både massetilstrømning og overbelastet akuttmottak. Derfor falt valget på informanter med nøkkelroller i forhold til både håndtering av massetilstrømning og overbelastning. Nærmere bestemt ansatte som inngår i teamet som skal håndtere disse situasjonene. I tillegg til at jeg intervjuet to ledere med tilknytning til akuttmottaket, hvorpå den ene har overordnet ansvar vedrørende beredskap og massetilstrømning.

Nøkkelinformanter vil si personer man antar har særlig god oversikt over temaet en ønsker å belyse. De innehar informasjon og kunnskap forskeren kan dra nytte av (Andersen, 2006). For å kunne svare på forskningsspørsmålene var det høyst nødvendig at jeg hadde et bredt utvalg av informanter. Jeg har til sammen intervjuet syv informanter. Som nevnt intervjuet jeg ansatte som inngår i teamet ved massetilstrømning og overbelastning. Som skrevet innledningsvis består teamet i forhold til overbelastning av koordinator, soneleder, sekundærvakt, plasseringsansvarlig og konfereringsvakt. Ved massetilstrømning vil teamet hovedsakelig bestå av koordinator og beredskapsansvarlig. Av de syv informantene innehar tre av disse funksjoner som koordinator og soneleder. Soneleder er i tillegg den som er beredskapsansvarlig. En annen informant var plasseringsansvarlig. Den siste informanten innehar funksjon som både konfereringsvakt og sekundærvakt. Det hadde vært interessant å intervju flere i disse funksjonene for å se om svarene ville ha variert, samtidig så ønsket jeg et bredt utvalg for å favne perspektivene til alle medlemmene i teamet. Rollene til de ulike er beskrevet under kontekst og vil derfor ikke gjentas her. Hvilke oppgaver de enkelte har ved

overbelastning og massetilstrømning vil bli nærmere beskrevet under dokumentstudier, hvor jeg viser til planverket for disse situasjonene. To av informantene var ledere med tilknytning til akuttmottaket, hvorpå en av de har et overordnet beredskapsansvar. Disse ble intervjuet fordi jeg ønsket å høre deres tanker og erfaringer knyttet til håndtering av disse situasjonene, samt for å få innsikt i forhold til det organisatoriske aspektet.

Jeg tok kontakt med samtlige av informantene på egenhånd, hvorpå det først ble informert om at jeg for tiden skrev en masteroppgave i Samfunnssikkerhet samt kort informerte om tematikken i oppgaven. Sykepleierne i akuttmottaket som takket ja til å stille til intervju satte jeg selv opp tidspunkt for intervju med hensyn til driften i akuttmottaket, det vil si at alle intervjuene ble utført på morgenen i ukedagene. De resterende ble tilpasset i forhold til tidspunkt som passet med deres gjøremål slik at de selv fikk komme med forslag til når intervju skulle gjennomføres. De fleste av intervjuene ble gjennomført på et møterom i akuttmottaket, to av intervjuene ble gjennomført på seksjonsleders kontor og ett intervju ble gjennomført i et bygg utenfor akuttmottaket. I forhold til informantene som er ansatt i avdelingen fikk jeg godkjenning til å foreta intervju av avdelingsleder. Vedrørende de andre informantene ble det tatt direkte kontakt med informantens nærmeste leder for en godkjenning. Alle lederne godkjente gjennomføring av intervju med deres ansatte. Samtlige av informantene som ble spurt om ville stille til intervju takket ja. Med tanke på sykepleierne i akuttmottaket som ble intervjuet hadde jeg på forhånd gjort meg opp noen tanker med hensyn til hvorvidt svarene ville være oppriktige. Dette fordi jeg har en lederposisjon og det kunne være at noen ville holde tilbake informasjon eller forsøke å moderere noen av svarerne. Det fremsto imidlertid ikke slik under intervjuene, det ble oppfattet at alle svar var ærlige. Eksempelvis ved at de på spørsmål om hvorvidt de var kjent med aktuelle prosedyrer svarte de at den er jeg usikker på, eller det burde jeg ha visst mer om. Med tanke på at det var et spesifikt ønske om å se på teamet som håndterer en massetilstrømning og overbelastning var det svært viktig at jeg intervjuet alle som hadde en nøkkelrolle innenfor nettopp disse situasjonene for å få høre deres erfaringer, tanker og opplevelser fra deres ståsted. Ingen av informantene hadde lest eller fått tildelt intervjuguiden. Dette var med hensikt fordi intensjonen var å høre deres umiddelbare tanker og erfaringer i det spørsmålet ble stilt. I ettertid ser jeg at det kanskje hadde vært hensiktsmessig med noe mer informasjon slik at informantene kunne gjort seg opp noen tanker på forhånd, men samtidig ble det sørget for en naturlig liten pause etter hvert spørsmål for å gi rom for om vedkommende kom på mer som var ønskelig å tilføye. Samtlige av intervjuene var preget av en trygg og god stemning.

Det ble utført test intervju på en kollega og intervjuguiden ble noe justert etter dette. Jeg så for eksempel etter første intervju at enkelte av spørsmålene var noe abstrakte og måtte spesifiseres noe for å fremstå klarere og mer forståelig. I forhold til intervju av ledere ble det valgt og gå bort i fra de spørsmålene som direkte involverte enkelte roller og funksjoner i akuttmottak og i stedet rette fokus mot et mer overordnet nivå. Disse intervjuene bar også mer preg av å være noe mer av en åpen struktur, samtidig som intervjuguiden ble benyttet som støtte.

4.4.3 Simulering og spørreundersøkelse

Som nevnt har jeg utført to simuleringer av overbelastet akuttmottak med teamet som skal håndtere dette ved en reell situasjon. Årsaken til at dette ble gjennomført var hovedsakelig på bakgrunn av utfordringene som har fremkommet vedrørende tidligere håndteringer og det økte pasienttrykket. I tillegg var dette en gunstig måte for å kunne tilegne mer kunnskap omkring hva aktørene anså som utfordrende ved håndteringen, samt kartlegge hvorvidt en slik simulering kunne bidra til en forbedring av teamarbeidet. For å finne ut av dette utarbeidet jeg et spørreskjema.

Eriksen (2011) skriver at før en simulering bør deltakerne få informasjon om roller, ansvar og oppgaver. Dette kan gjøres skriftlig god tid i forveien slik at deltakerne får anledning til å gjøre seg kjent med rammene for simuleringen. Det ble sendt dokumenter omtrent en uke i forkant til deltakerne. Disse dokumentene beskrev hensikten med simuleringen, i tillegg ble det sendt dokumenter som omhandlet de forskjellige deltakernes ansvar og oppgaver i det daglige og ved en overbelastning. De fikk også tilsendt prosedyren som skal benyttes ved overbelastning. Utvelgelsen av deltakere til simuleringen var tilfeldig, det vil si at det besto av de aktørene som var på vakt den dagen. Det var de samme aktørene som ville ha utgjort teamet som skulle ha håndtert en overbelastning hvis dette hadde blitt tilfelle den dagen. Ingen av aktørene hadde vært informanter til intervjuene, bortsett fra en.

Spørreundersøkelsen er delt opp i to deler. I den første delen er spørsmålene utformet med utgangspunkt i tema som kom frem fra informantene gjennom intervjuene. Nærmere beskrevet det som ble tolket som gjennomgående utfordringer fra informantene vedrørende håndtering av overbelastning. Dette fordi jeg ønsket å kartlegge hvorvidt disse utfordringene var en oppfatning blant flere. Andre del av spørreskjema omhandler i hvilken grad simuleringen ble oppfattet som nyttig og hvorvidt simulering førte til bedre kjennskap til

systemet, samt egne og andres roller i teamet. Spørreskjema er enkelt utformet, med fjorten spørsmål og avkrysning som svaralternativer. Eksempelvis er ett av spørsmålene: *I hvilken grad mener du det er nyttig med pulsmøtene vi har i akuttmottaket før akuttmottaket blir overbelastet*. Svaralternativene er delt opp i «veldig liten grad», «liten grad», «stor grad» og «veldig stor grad».

Malterud (2011) skriver at ved pre-formulerte svaralternativer er det forskerens stemme som har prioritet, med tanke på at man allerede har funnet frem til aktuelle svar på spørsmålene man stiller. Svaralternativer kan sies å være en svakhet ved spørreskjema. Dette har jeg vært bevisst på, men mener samtidig det var riktig måte å utarbeide spørreskjema på, fordi jeg ville vite konkret i hvilken grad simulering ble oppfattet som nyttig og i hvilken grad man har opplevd utfordringer med håndteringen i praksis. Det ble presisert at det var frivillig å ta del i spørreundersøkelsen. Spørreskjema var i anonymisert form. Samtlige av aktørene ble informert om at skjema ikke skulle inneholde navn, samt at svarene ville bli presentert i form av diagram i oppgaven.

4.5 Databehandling og analyse av data

Ved analyse av kvalitative data er forskerens oppgave å stoppe opp, tenke seg om, og holde alternative versjoner og tolkninger opp mot hverandre. Analysen skal bygge en bro mellom rådata og resultater gjennom en organisering, fortolkning og sammenfatning (Malterud, 2011).

Intervju: De første intervjuene ble gjennomført med båndopptaker, denne sviktet på slutten av et intervju da jeg var kommet halvveis i intervjuprosessen. Mobiltelefon ble benyttet for å få utført de gjenstående spørsmål. Jeg opplevde at mobiltelefon var mye enklere å benytte, og i tillegg virket det som om informantene var mindre oppmerksom på at samtalen ble tatt opp når det ble benyttet mobiltelefon enn når det ble benyttet båndopptaker. Rent praktisk i forhold til transkriberingen var det også bedre kvalitet og lyd på filene som ble tatt opp på mobiltelefon. Jeg valgte derfor å benytte meg av mobiltelefon med taleopptak til resten av intervjuene. Med tanke på oppbevaring av datamaterialet og hensynet til at dette ikke skulle komme på avveie, ble min personlige mobiltelefon med firesifret kodelås benyttet. Samme dag som intervjuet hadde blitt gjennomført ble lydfilene overført elektronisk på min personlige PC med personlig brukernavn- og passordstilgang. Denne ble aldri tatt med på

jobb eller utenfor hjemmet for øvrig og var innelåst når den ikke var i bruk. Alle lydfilene på mobiltelefonen ble umiddelbart slettet etter at de hadde blitt lagret elektronisk på PC.

Samtlige intervju ble transkribert av meg selv. Dette var et bevisst valg fordi jeg ønsket å tilegne meg en oversikt over alt datamaterialet som var samlet inn og det ville samtidig gi meg en mulighet til å bearbeide intervjuene underveis i transkriberingen. Malterud (2011) skriver at gevinsten for forskeren er stor ved å transkribere intervjuene selv fordi det gir forskeren en detaljert og tidlig tilgang til datamaterialet. Jeg transkriberte rådata i form av lydopptak direkte inn som et elektronisk dokument på PC. Der i intervjuene hvor det kom frem navn på ansatte, eller andre faktorer som jeg mente kunne spores tilbake til en person ble det foretatt en anonymisering av dette. Det første intervjuet tok omtrent seks timer å transkribere, men ettersom jeg tilegnet meg mer erfaring og fikk innarbeidet en bedre teknikk ble tiden kortet ned til omtrent fire timer per intervju. I tillegg ble det benyttet et program som gjorde det mulig å redigere hastigheten på opptaket slik at jeg etter hvert unngikk avbrudd ved å måtte spole tilbake for å få med meg hva som hadde blitt sagt. Selve transkriberingsprosessen opplevde jeg som en tidkrevende og til tider altoppslukende prosess. Samtidig vil det understrekes at dette var en nyttig prosess, som gav meg muligheten til å bearbeide alt materialet jeg hadde og hjalp meg til se sammenhenger og røde tråder som gikk igjen fra informant til informant.

Kvalitative data medfører store mengder med informasjon. Denne prosessen innebærer en filtrering hvor man blir nødt til å legge betydelige mengder av det opprinnelige materialet til side. Analyse av kvalitative data innebærer at det kan finnes flere gyldige alternative tolkninger samtidig. Teorigrunnlaget kan være en støtte for å vurdere hvilke tolkninger som gir mest relevante funn (Malterud, 2011).

Intervjuene ble analysert med utgangspunkt i «systematisk tekstkondensering». Denne metoden er ifølge Malterud (2011) inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse. I følge Malterud (2011) er formålet med denne analysen å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og *livsverden* innenfor et spesielt felt. Det er nettopp dette jeg ønsker ved at jeg vil høre hvilke erfaringer informantene har omkring håndtering av et overbelastet akuttmottak og en massetilstrømmning. Systematisk tekstkondensering er et redskap for tverrgående analyse og egner seg godt for utvikling av beskrivelser. Basert på de erfaringene informantene har, vil jeg som forsker forsøke å tolke og beskrive dette for leseren. Giorgi, gjengitt i Malterud (2011), beskriver en prosess hvor analysen gjennomføres i fire trinn. Disse er: 1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsdannede enheter, 3) å abstrahere innholdet i de

enkelte meningsdannede enhetene, og 4) å sammenfatte betydningen av disse. Analysen av data fra intervjuene ble utført med utgangspunkt i firetrinnsmetoden som er vist til ovenfor. Ved å lese igjennom det transkriberte råmaterialet satt jeg igjen med et helhetsinntrykk. Jeg merket meg noen temaer som gikk igjen i intervjuene. De foreløpige temaene i dette trinnet var roller og rolleforståelse, beslutning, uenighet, arbeidspress, forberedthet og trygghet. I trinn to av analysen foretok jeg en systematisk gjennomgang av data for å se etter meningsbærende enheter. Malterud (2011) beskriver meningsbærende enheter som tekst som bærer med seg kunnskap fra problemstillingen. Ett eksempel på en kode er at temaet «trygghet» ble kodet til «kunnskap og erfaring». Deretter ble disse temaene kodet med utgangspunkt i problemstillingen. I det tredje trinnet skal man hente ut mening fra de kodede enhetene. Eksempelvis ved at «kunnskap og erfaring» ble kodet til «kjennskap til systemet/planverket», som da ble en undergruppe. Basert på disse undergruppene lagde jeg kondensater. Et eksempel på kondensatet i undergruppen «kjennskap til system/planverket» er sitatet: *Jeg føler meg relativt trygg fordi jeg har mengdetrening i det, ikke for det at jeg har vært med på så mange ting. Men jeg har mengdetrening i forhold til øvelser. Og jeg vet hva min funksjon er som soneleder og koordinator og det gir trygghet så jeg føler meg egentlig forberedt sånn sett. Så har jeg vært med på så mye gjennom tidene, så det å kunne improvisere i det hele, eller tenke, snu om på ting fort føles ikke så veldig farlig eller skremmende nå lenger.*

Det siste trinnet i analysen innebærer og rekontekstualisere. Med dette menes å sammenfatte kunnskapen fra de ulike kodegruppene ved å lage en analytisk tekst på bakgrunn av den kondenserte teksten (Malterud, 2011). I dette trinnet trakk jeg ut data på bakgrunn av forskningsspørsmålene.

Spørreundersøkelse: Med hensyn til simuleringen av overbelastet akuttmottak valgte jeg, som nevnt, å utarbeide et spørreskjema for å kartlegge aktørenes tidligere håndtering av overbelastet akuttmottak og hvorvidt simulering ble oppfattet som nyttig. Jeg foretok en koding av alle spørreskjema ved at jeg summerte opp hvor mange som hadde svart i «veldig liten grad», «liten grad», «stor grad» og i «veldig stor grad». Dette ble utført med hvert enkelt spørsmål. Videre så kodet jeg spørsmålene opp mot tematikken i teori, ved at jeg eksempelvis delte fire spørsmål inn i en kategori som jeg kalte «Situasjonsforståelse». Spørsmålene ble kodet inn i tre kategorier som blir belyst i oppgaven med stolpediagram. Jeg valgte å presentere svarene i et stolpediagram fordi jeg mener det visuelt gir et klart bilde over svarene, samt at det er enkelt å se variasjoner og likheter i svar.

Dokumentasjon overbelastning: Jeg samlet inn data på når akuttmottaket har vært overbelastet. Disse data består av skjema som koordinator skal fylle ut når vedkommende beslutter at akuttmottaket er overbelastet og tiltak skal iverksettes. Det skal krysses av for årsak til overbelastning og hvorvidt man beslutter det som kalles en krevende eller kritisk fase. Jeg summerte opp antall ganger akuttmottaket var overbelastet, samt hva som var kriteriene for dette. Dette blir i oppgaven presentert som stolpediagram. På skjemaet som skal benyttes ved overbelastning skal det føres en logg av koordinator som viser hvilke tiltak som har blitt utført etter at beslutning har blitt fattet. Loggføringen ville ha vært interessant å få med i oppgaven fordi det vil ha kunnet si noe om håndteringen, men fordi de var skrevet i stikkordsform og enkelte steder med uleselig tekst valgt jeg å utelate dette.

4.6 Etiske refleksjoner og utfordringer

En sentral forskningsetisk forpliktelse er at forskeren må klargjøre sin egen rolle i prosjektet, både i forhold til deltakerne, men også i forhold til seg selv (Malterud, 2011).

Alle informantene kjenner jeg fra tidligere i jobbsammenheng. Noen av disse har jeg arbeidet med i flere år og en av disse har jeg direkte personalansvar for. Det at jeg kjenner alle informantene fra før kan føre til ubevisste relasjoner som preger intervjusituasjonen. På samme tid kan en styrke ved dette være at det skaper en lett stemning mellom meg som forsker og informantene, noe som jeg også fikk inntrykk av under intervjuene. Flere av informantene var fra tidligere klar over at jeg var mastergradsstudent noe som kanskje kan ha ført til at de i større grad klarte å se meg som en student, og ikke som leder under intervjuet.

Jeg sendte inn projektskisse med foreløpig intervjuguide tidlig i prosessen til både Personvernombudet ved Oslo Universitetssykehus og NSD. Etter kort tid fikk jeg tilbakemelding fra Personvernombudet på at de ikke hadde noen innvendinger på oppstart av innsamling av opplysninger fra informanter, men kommenterte at jeg måtte få godkjenning fra de aktuelle lederne før oppstart. Fra NSD fikk jeg tilbakemelding om at prosjektet ble vurdert som meldepliktig, men at jeg kunne starte innsamling av opplysninger.

I forkant av intervjuet fikk alle informantene et informasjonsskriv hvorpå det ble gitt kortfattet informasjon om prosjektet og hvor de oppga signatur i forhold til samtykke. I informasjonsskrivet fremkom det at jeg hadde fått godkjenning for gjennomføring av prosjektet fra både NSD og Personvernombudet ved OUS. Alle informantene fikk tilbud om å

få informasjonsskrivet, men ingen ønsket dette. I tillegg til at det skriftlig ble informert om hensyn til konfidensialitet og at ingen informasjon kunne spores tilbake til vedkommende, valgte jeg også å si dette muntlig slik at de skulle føle seg trygge på at dette ville bli ivaretatt. Det ble også spesifisert at det i oppgaven ville fremkomme at det var akuttmottaket ved Ullevål jeg forsket på. Informantene ble også informert om at de når som helst kunne trekke seg fra studiet.

4.6.1 Forsker på egen institusjon

Jeg har flere ganger i forskningsprosessen reflektert over det faktum at det er utfordrende å forske på egen institusjon. Jeg innehar en dobbeltrolle som mastergradsstudent og samtidig en mellomleder i akuttmottaket. I forhold til informantene har jeg tenkt at dette er spesielt utfordrende fordi jeg er mellomleder med personal ansvar samtidig som jeg har et beredskapsansvar i avdelingen. Dette har ført til at jeg har vært bevisst på at dette kunne ha påvirket svar fra informantene. Kanskje enkelte har formulert en noe «mildere» versjon av virkeligheten, selv om inntrykket jeg sitter igjen med etter intervjuene er at jeg fikk åpne og ærlige svar.

Et annet aspekt er at det er vanskelig å forsøke å se helheten som en utenfra. Andersen (2006) skriver at det er viktig at forskeren ikke lar seg farge av egne erfaringsbaserte forkunnskaper. Jeg har flere erfaringer og tanker rundt de to situasjonene jeg forsker på, hvorpå jeg har forsøkt å være bevisst på at jeg ikke skal være forutinntatt og har dermed forsøkt å legge mine egne subjektive vurderinger til side. Samtidig ser jeg på det å forske på egen institusjon som en styrke fordi jeg kjenner avdelingen og organisasjonen godt, og det kan bidra til at jeg har lettere for å finne de riktige spørsmålene og kanskje har evne til å se helheten bedre enn en som kommer utenifra.

Malterud (2011) skriver at det er viktig å være bevisst på egen forforståelse og være reflektert i forhold til egen innflytelse på materialet, for på en mest mulig lojal måte kunne gjenfortelle informantenes erfaringer uten å ha egen tolkning som fasit. Dette har jeg som forsker forsøkt å være bevisst på gjennom hele prosessen, ved at jeg forsøker å legge til side mine egne meninger omkring tematikken og har lyttet med et åpent sinn til hva informantene har sagt. Jeg har også forsøkt å ha en nøytral tilnærming til datamaterialet gjennom systematiseringen for ikke å bli farget av mine egne meninger og tolkninger.

4.7 Validitet, reliabilitet og refleksivitet

Reliabilitet handler om troverdigheten til data man har samlet inn og hvorvidt disse kan bekreftes, mens validitet handler om hvorvidt data er overførbart i forhold til konkrete situasjoner eller teoretiske forutsetninger (Miles og Huberman, 1994 i Andersen, 2006). Refleksivitet omhandler nøytralitet i forhold til det som skal forskes på (Malterud, 2011). Nedenfor vil det bli beskrevet mer inngående hva som menes med disse begrepene, samt på hvilken måte dette har påvirket forskningen.

4.7.1 Validitet

Validitet dreier seg om tolkning og forklaring, det å være tydelig og overbevisende i forhold til operasjonalisering og relevans. Man kan skille mellom to former for validitet. Dette er ekstern og intern validitet. Intern validitet vil si i hvilken grad resultatene er gyldige for det utvalget og det fenomenet man undersøker. Ekstern validitet handler om hvorvidt resultatene er overførbare, altså om de er valide utenfor den konteksten der hvor undersøkelsen har funnet sted (Malterud, 2011).

I forhold til intern validitet har jeg benyttet meg av nøkkelpersonell med god kjennskap både til organisasjonen som helhet, spesielt informanter i lederposisjoner, men også de resterende informantene med deres kunnskap og erfaring innenfor håndtering av både overbelastning og massetilstrømning. Således kan man si at resultatene er gyldige i forhold til utvalget og det fenomenet jeg studerer. Med hensyn til ekstern validitet, hvorvidt resultatene er overførbare, så antas det at andre akuttmottak kan relatere seg til de samme utfordringene som blir belyst i denne oppgaven. Dette er på bakgrunn av artikler som har blitt lest vedrørende overbelastning i internasjonal sammenheng, men også basert på utredninger utført av Kunnskapssenteret (2015), som viser at overbelastning er en utfordring ved flere norske akuttmottak. Som nevnt benytter jeg triangulering i denne oppgaven. Dette gjør jeg ved at jeg har utført dokumentstudier, intervju og spørreundersøkelser. Ellefsen (1998) skriver at ved å benytte flere metoder og tilnærminger i en studie vil dette kunne øke innsikten i det som skal studeres samt øke undersøkelsens validitet. Således kan det sies at triangulering vil være en styrke i oppgaven. Validitet sier noe om i hvilken grad forskerens observasjoner virkelig reflekterer fenomenet som er av interesse for forskeren. Det er dette jeg ønsker å oppnå ved å benytte

meg av flere metoder for å få svar på problemstillingen min. Samtidig kan det sies at spørreskjema med pre-formulerte svaralternativer er en svakhet som kan påvirke validiteten. Som nevnt skriver Malterud (2011) at ved pre-formulerte svaralternativer er det forskerens stemme som har prioritet, med tanke på at man allerede har funnet frem til aktuelle svar på spørsmålene man stiller. Det må allikevel påpekes at spørsmålene ble utformet med utgangspunkt i hva som gikk igjen som utfordringer vedrørende overbelastet akuttmottak under intervjuene. I så måte kan man si at dette har styrket validiteten fordi det har gitt flere svar omkring samme type utfordringer.

Validitet kan også kobles til kvaliteten på intervjuene. Med dette menes eksempelvis hvorvidt intervjueren avklarer meningen i det som sies og hvorvidt svarene er relevante (Guldvik, 2002). Det har blitt forsøkt å få frem meningen i det som har blitt sagt i intervjuene ved eksempelvis stille samme spørsmål på nytt, bare på en annen måte der hvor jeg har oppfattet at informanten kanskje ikke har forstått spørsmålet som ble stilt. I tillegg ble som nevnt, intervjuguiden endret etter testintervjuet ved å formulere spørsmål noe annerledes for å gjøre de mer tydelige. Under kodingen av intervjuene ble det som ikke ble ansett som relevant for oppgaven luket ut. Deretter ble intervjuene systematisert ut ifra tema med utgangspunkt i det jeg har vurdert gir mening til problemstilling og forskningsspørsmål.

4.7.2 Reliabilitet

Validitet omhandler som nevnt hvorvidt data er overførbare, mens reliabilitet refererer til hvorvidt data er nøyaktige. Reliabiliteten eller målenøyaktigheten er viktig både med hensyn til presisjon og objektivitet og dermed til påliteligheten av undersøkelsene (Kruuse, 2007). I følge Kvale og Brinkmann (2009) handler reliabilitet om konsistensen og troverdigheten til forskningsresultatene. Eksempelvis kan man spørre seg hvorvidt informantene ville ha svart annerledes om det var noen andre enn en selv som var intervjueren. Det som kan påvirke reliabiliteten er hvis forskeren stiller ledende spørsmål, noe som kan påvirke svarene. I forhold til intervjuene er det vanskelig å si om informantene ville ha svart annerledes hvis det var en annen intervjuer. Det er mulig svarene ville ha vært noe annerledes fordi jeg har en lederstilling i avdelingen, men som nevnt tidligere er jeg av den oppfatning om at svarene var ærlige. I forhold til spørreundersøkelsen kan man si at spørsmålene var ledende fordi det ble brukt avkrysningsalternativer. Dette kan muligens ha påvirket nøyaktigheten og objektiviteten noe, men samtidig bidrar, som nevnt, en triangulering til å styrke validiteten.

Andersen (2006) skriver at når man intervjuer nøkkelinformanter vil en bevisst og aktiv forskerrolle øke validiteten og reliabiliteten. Jeg har benyttet meg av semi-strukturerte intervju hvor jeg har vært aktiv i forbindelse med spørsmål, men også bevisst ved å stoppe opp ved å forsøke å få informantene til å utdype nærmere der hvor jeg har ansett det som relevant. Således kan man si at jeg har vært bevisst og aktiv, samt at dette har bidratt til å øke validiteten og reliabiliteten i oppgaven.

Som nevnt ble alle intervjuene transkribert av meg selv og samtlige av intervjuene ble transkribert ordrett før de ble kodet. Dette mener jeg har bidratt til å styrke troverdigheten til resultatene fra intervjuene. Det har bevisst blitt presentert sitater fra informantene i intervjudelen. Yin (2014) skriver at bruk av sitater i forskningsprosjekt bidrar til å øke reliabiliteten da det gir leseren en mulighet til å vurdere resultater og konklusjoner.

4.7.3 Refleksivitet

Refleksivitet omhandler forskerens evne til å erkjenne og overveie betydningen av ens eget ståsted i forskningsprosessen. Det innebærer at man skal stille spørsmål vedrørende egen posisjon, det vil si hvilke briller forskeren har på seg når data tolkes. Refleksivitet handler om nøytralitet i forhold til det som skal undersøkes (Malterud, 2011). Jeg har som nevnt gjennom hele prosessen forsøkt å være bevisst på at egen kunnskap og erfaringer omkring tematikken kan ha farget min tolkning av data. Malterud (2011) skriver at nærhet til stoffet kan vanskeliggjøre kritisk refleksjon. Jeg har skrevet tidligere at jeg har forsøkt å ikke være farget av min egen forforståelse. Selv om kritisk refleksjon er vanskelig fordi jeg har egne meninger og erfaringer i forhold til det jeg studerer, mener jeg at mitt engasjement og motivasjon på området har bidratt til å styrke oppgaven fordi jeg ønsker å tilegne meg vitenskapelig kunnskap omkring tematikken.

5.0 RESULTATER

I dette kapitlet vil funnene bli presentert. Til å begynne med vil det bli vist til dokumentgjennomgangen. Her vil det trekkes frem lovverk og nasjonale føringer i forhold til beredskap. Med hensyn til overbelastet akuttmottak vil det bli vist til nasjonale anbefalinger på bakgrunn av utredninger gjort av Helsedirektoratet og Kunnskapssenteret. Videre vil det gjennomgå dokumentstudium som omhandler planverk for massetilstrømning og planverk for overbelastet akuttmottak.

Jeg vil også si noe om hvordan akuttmottaket, og sykehuset tidligere har håndtert massetilstrømning og se dette i sammenheng med nasjonale føringer. Det vil bli presentert funn fra innsamling av dokumenter som har vært benyttet ved overbelastet akuttmottak hvorpå tiltak har blitt iverksatt. Dette vil sees i sammenheng med anbefalinger. Jeg vil herunder også gjennomgå svarene fra spørreundersøkelsen som ble utført i forbindelse med simulering av overbelastet akuttmottak. I den siste delen av dette kapitlet vil funnene fra intervjuene bli presentert.

5.1 Dokumentgjennomgang

I denne delen vil jeg gjennomgå lovverk og nasjonale føringer for beredskapsarbeid. Dette fordi jeg mener det er viktig å gi et innblikk i hvilke krav og føringer som ligger til grunn på nasjonalt nivå i forhold til beredskap, før planverket som omhandler massetilstrømning ved Oslo universitetssykehus, Ullevål blir vist til.

Når det kommer til overbelastning finnes det ingen nasjonale krav eller lover i forhold til hvordan akuttmottaket skal håndtere dette. Kunnskapssenteret (2015) har utført en utredning av norske akuttmottak som viser at akuttmottak kan være en risikosone for pasientsikkerheten. I denne utredningen fremkommer anbefalinger for hvordan man bør håndtere overbelastning, samt hvilke forutsetninger som bør ligge til grunn. Derfor mener jeg det er av betydning å trekke frem utredningen i min dokumentgjennomgang. I tillegg vil jeg trekke frem en veileder som Helsedirektoratet (2014) har utarbeidet. Veilederen beskriver vilkår for akuttmottaket, for å gi pasienter et kvalitetsmessig godt tilbud. Videre vil jeg også vise til akuttmottakets planverk for håndtering av overbelastet akuttmottak, hvorpå dette vil sees på i sammenheng med anbefalinger.

5.1.1 Lovverk og nasjonale føringer for beredskapsarbeid

I det som blir beskrevet som nasjonale føringer for beredskap, samt i lovverket står det ingen direkte føringer omkring det som omhandler massetilstrømmning. Det blir beskrevet hva som skal ligge til grunn ved kriser, katastrofer, ekstraordinære hendelser samt hendelser som vil innebære ekstra belastning på virksomheten. I så måte vil dette også være førende for massetilstrømningshendelser.

Det som er førende for alt beredskapsarbeid som gjøres i Norge er prinsippene *ansvar, likhet, nærhet* og *samvirke*. Ansvarsprinsippet vil si at den virksomhet som til daglig har ansvaret for et område også har ansvar for forberedelser i forhold til beredskap og utøvelsen ved eventuelle kriser og katastrofer. Det innebærer også å planlegge for opprettelsen og videreføringen av funksjoner ved ekstraordinære hendelser. Likhetsprinsippet vil si den organisasjon som man opererer med i krisesammenheng bør være mest mulig lik den organisasjonen man har til daglig. Likhetsprinsippet vil si en utdyping av ansvarsprinsippet, ved at ansvarsforholdene i en virksomhet ikke skal endres ved ekstraordinære hendelser. Nærhetsprinsippet vil si at kriser skal håndteres på lavest organisatorisk nivå. Den som er nærmest krisen vil også være den som har de beste forutsetninger for å forstå situasjonen og derfor også best egnet til å håndtere den. Samvirkeprinsippet vil si at virksomheten har et selvstendig ansvar for å sikre best mulig samvirke med relevante aktører i arbeidet med å forebygging, beredskap og krisehåndtering (St.Meld 29, 2011-2012).

Forskrift til Lov om helsemessig og Sosial beredskap (2001) sier at beredskapsplanene skal omfatte prosedyrer for ressursdisponering og omlegging av drift hvor hensikten er å sikre nødvendig tjenesteytelse ved eksterne hendelser som vil innebære en ekstra belastning på virksomheten. I helseberedskapsloven står det noe tilsvarende ved at virksomheten skal legge om, samt utvide driften ved kriser og katastrofer. Nærmere spesifisert innebærer dette at virksomheten skal ta beslutninger rundt organisering og disponering av ressurser. I tillegg står det skrevet at virksomheten skal oppdatere planverk. I forhold til øvelser presiseres det at virksomheten skal sikre at personell er øvet og har tilstrekkelig kompetanse, med dette innebærer det å sørge for regelmessige øvelser (Helseberedskapsloven, 2000).

5.1.2 Planverk for massetilstrømning

Jeg har valgt å se på sykehusets planverk som omhandler massetilstrømning for å få innsikt i hvordan sykehuset skal organisere seg ved en hendelse som fører til mange skadde. Jeg ønsker spesielt å se på organiseringen initialt med hensyn til de med nøkkelfunksjoner relatert til beslutning og iverksetting av tiltak. Det er viktig å vise til planverket for massetilstrømning på alle nivå i organisasjonen for å kunne si noe om hvorvidt gjeldende praksis samsvarer med de føringer som er lagt.

Sykehuset har et planverk som er strukturert over flere nivåer i organisasjonen. Det øverste nivået, kalt nivå 1, er gjeldende for hele sykehuset og er en strategisk og overordnet plan. På nivå 2 ligger planverket tilhørende klinikknivå, mens det siste nivå omhandler planer på avdelingsnivå. Det er nivå 1 planene som skal være førende for hvordan planene på de underliggende nivåene skal være. Planene på nivå 1 er generell av karakter, mens de underliggende planene er mer detaljspesifikke i forhold til hvilket ansvar og oppgaver hver enkelt klinikk eller avdeling har. Den overordnede beredskapsplanen er et nivå 1-dokument i helseforetakets systemdokumentasjon. På nivå 2 skal det være beredskapsplaner for den enkelte klinikk hvor det er klinikkleder som skal bestemme hvilke underliggende avdelinger, seksjoner og enheter som skal lage egne planer.

Før jeg kommer inn på planverket som spesifikt omhandler massetilstrømning mener jeg det er viktig å si noe om den generelle beredskapsplanen, Beredskapsplan OUS-Generell del (2016) dette for å få et overordnet bilde av organisering rundt beredskap generelt.

Innledningsvis blir det beskrevet at hensikten med planen er, i tråd med helseberedskapsloven, å verne om liv og helse og bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig medisinsk behandling, pleie og omsorg i kriser og katastrofer i fredstid og krig. Det står skrevet at planen bygger på Nasjonal helseberedskapsplan og Helse-Sør-Østs regionale beredskapsplan. Videre står det at i henhold til Lov om Helsemessig og Sosial beredskap, skal personell som er tiltenkt oppgaver i beredskapsplanen være øvet og ha nødvendig kompetanse. Det presiseres i planen at foretakets beredskap ikke er avgrenset til det som står i beredskapsplanene, men at de viktigste beredskapsressursene er de daglige rutinene og den kunnskapen og erfaringen foretakets ansatte besitter. Videre står det at beredskapsarbeidet skal følge prinsippene om ansvar, likhet, nærhet og samvirke, som vil si at det følger den ansvars- og oppgavefordeling som eksisterer i ordinær drift. Ledere på alle nivåer har ansvar for å forebygge, begrense og håndtere situasjoner som oppstår innenfor deres ansvarsområde. Uforutsette situasjoner skal håndteres så likt ordinær drift som mulig,

uavhengig av beredskapsnivå. Dette vil si at de som utfører de ulike oppgavene til daglig skal også ivareta disse oppgavene ved uforutsette situasjoner.

De forskjellige beredskapsnivå deles inn i grønn, gul eller rød beredskap. Grønn beredskap utløses ved omfattende svikt i kritisk infrastruktur og ved hendelser som kan vedvare over tid. Ved grønn beredskap vil beredskapsledelse etableres og enkeltfunksjoner eventuelt forsterkes. Gul beredskap krever en begrenset mobilisering av ressurser, mens rød beredskap krever mobilisering av betydelige ressurser samt omlegging av sykehusets drift. Hvis det er meldt mer en 6 teamkrevende pasienter fra en hendelse tilsier dette Gul beredskap og hvis det er meldt mer enn 12 teamkrevende pasienter fra samme hendelse vil dette tilsi en Rød beredskap. Både Gul og Rød beredskap utgjør en massetilstrømning.

Ansvar i forhold til det å beslutte beredskapsnivå er tillagt koordinator i akuttmottaket. Hvis tiden tillater det skal koordinator konferere med vakthavende beredskapssjef før beslutningen fattes. Når beslutning om beredskapsnivå er tatt iverksetter koordinator i akuttmottaket varsling og mobilisering til hele foretaket.

Videre vil jeg ta for meg de planene som omhandler massetilstrømning på de ulike nivå. Jeg vil ikke komme inn på hvordan organiseringen er på sykehusnivå, men vil se nærmere på organiseringen i akuttmottak. Først vil det vises til hvilke føringer som ligger til grunn på nivå 1, deretter vil det bli trukket frem mer spesifikke detaljer for det som omhandler akuttmottaket på nivå 2, avdelingens planverk. Som nevnt skal planene som ligger på nivå 1 være overordnet og planene under skal være lik nivå 1, men mer detaljerte og spesifikke tilpasset klinikk og avdeling. Derfor vil jeg ikke gjenta det som jeg beskriver på nivå 1, men jeg vil tilføye det som er nærmere beskrevet i de underliggende planene.

Massetilstrømning av pasienter (2016), nivå 1: Denne planen omhandler situasjoner hvor det skjer store ulykker eller hendelser som gir et stort antall pasienter til Oslo universitetssykehus i løpet av kort tid. Sykehuset skal etablere en beredskap tilpasset det antall pasienter som kommer eller meldes til sykehuset. Planverket beskriver et generelt oppsett for disponering av personell. Konsekvenser for sykehusets drift vil være at pågående og planlagt aktivitet må reduseres, avsluttes eller utsettes for å fristille ressurser til å behandle pasienter fra hendelsen.

I forhold til ansvar presiseres det at, i henhold til likhetsprinsippet skal klinikker og avdelinger som til daglig er ansvarlig for drift av sykehuset og behandling av akutt syke og skadde, også være ansvarlige for det samme ved en massetilstrømning. Seksjonsleder i akuttmottaket, eller stedfortreder, som er koordinator er ansvarlig for den generelle organisering og

koordineringen i akuttmottaket. Personell som kommer fra andre avdelinger skal inngå i behandlingsteam i akuttmottaket. En dedikert medisinsk lege har ansvar for å evakuere akuttmottaket for medisinske pasienter. Kirurgiske pasienter evakueres av sykepleiere i akuttmottaket. Samtlige av pasientene blir hastegradsvurdert ved ankomst og vil deretter følge en forhåndsdefinert sløyfe igjennom akuttmottaket etter behandling, basert på denne hastegraden.

Beredskap-Massetilstrømning-Akuttlinikken (2015), nivå 2: I den initiale fasen vil mangel på personell kunne medføre at man baserer seg på et minimumsnivå av hva som er nødvendig. Dette vil si at man ressursmessig vil ha et annet nivå av personell ved en massetilstrømningssituasjon enn i normal drift. Det presiseres i planen at det må likevel være på et nivå man mener er akseptabelt for den enkelte pasient. Videre står det at basert på erfaring vil det raskt ankomme så mye personell at det vil bli et overskudd enkelte steder og mangel andre steder. Det presiseres at det da er viktig at alle bidrar til å vurdere om det er hensiktsmessig å styrke med ytterligere personell enkelte steder. I tillegg står det at lokale ledere har et spesielt ansvar for å sørge for at man utnytter personell mest mulig effektivt og styrker der hvor det er behov.

Massetilstrømning Akuttmottak, (2015): Det er avdelings- og seksjonsleders ansvar å formidle informasjon til ansatte samt å rapportere status vedrørende situasjonen i lederlinjen. Lederansvaret er delegert til koordinator i akuttmottaket på vakttid. Seksjonsleder eller koordinator som er stedfortreder er ansvarlig for den generelle organisering og koordinering i akuttmottaket i samarbeid med teamet som triagerer pasientene. Koordinator har ansvar for å dele ut tiltakskort til ansatte i akuttmottaket, som detaljert beskriver hvordan akuttmottaket skal organiseres ved massetilstrømning. Beredskapsansvarlig sykepleier er den som tildeler oppgaver.

5.1.3 Nasjonale anbefalinger for håndtering av overbelastning

Som jeg nevnte innledningsvis er det mange yrkesgrupper som har oppgaver i akuttmottak uten å være ansatt i avdelingen. Kunnskapssenteret (2015) skriver at fordi mange yrkesgrupper har oppgaver i akuttmottaket er det nødvendig at den overordnede ledelsen i akuttmottaket har myndighet til å organisere arbeidet på tvers av spesialavdelinger i tillegg til en klinisk ledelse med ansvar for prioritering og logistikk. For å få til dette er det nødvendig at ledere bygger kultur på tvers av profesjoner, avdelinger og nivåer. Kunnskapssenteret

(2015) anbefaler at det bør være utarbeidet avdelingsoverskridende planer for håndtering når pasientantallet blir for høyt. Videre står det skrevet at overbelastning kan håndteres enten ved reduksjon av inntak, mer effektiv gjennomstrømming eller raskere flytting av pasientene. For å implementere tiltak er det viktig å kartlegge omfanget av problemet og identifisere hvilke intervensjoner akuttmottakene selv rår over. For at man skal få til en effektiv pasientgjennomstrømming er man avhengig av at pasienter kan avklares og flyttes videre til riktig avdeling (Kunnskapssenteret, 2015).

Kunnskapssenteret (2015) skriver at en uforutsigbar pasienttilstrømning forutsetter at akuttmottakene må ha evne til improvisasjon. En forutsetning for å få til dette er trygghet blant personalet. Tryggheten må bygges på faglig kompetanse og kjennskap til system, ressurser og personer. Videre står det skrevet at rutiner og prosedyrer må lages for å kvalitetssikre god praksis. Det blir presisert at dette er helt nødvendig for forsvarlighet og sikkerhet i akuttmottak. Samtidig påpekes det at dette ikke er tilstrekkelig. Samarbeid på tvers av avdelinger forutsetter både felles forståelse av behov og ressursituasjon, og en lederstruktur som sørger for gjennomføringskraft. Samtidigetskonflikter viser at tilhørighet og lojalitet også styrer handling. Dette er drivkrefter som hører mer hjemme i kulturen, enn strukturen og viser at lederansvaret strekker seg lengre enn til vedtak og beslutninger. Ledelsen av kliniske avdelinger og serviceavdelinger er også medansvarlig for håndteringen av pasientene i akuttmottaket og må bidra til kultur bygging som understøtter god pasientbehandling i hele sykehuset. Opplæring og integrering av nyansatte er et nøkkelområde for å bevisstgjøre og etablere en ønsket arbeidskultur. Gjennom kursing og trening læres ikke bare konkret faglig kunnskap, men også kultur. Videre blir det presisert at behandlingspraksis og samhandlingskultur implementeres gjennom praksis og trening mer enn gjennom vedtak, og er avgjørende for å få et komplekst system til å gli (Kunnskapssenteret, 2015).

Helsedirektoratet har skrevet en veileder som beskriver vilkår for akuttmottaket for å gi pasienter et kvalitetsmessig godt tilbud. Det er i veilederen lagt vekt på krav i forhold til organisering, prosedyrer, ledelse, kommunikasjon og samhandling. Helsedirektoratet (2014) skriver at ledelse, organisering og styring av akuttmottak byr på flere utfordringer. Når det er stor pågang på pasienter stilles det spesielt krav til kommunikasjon, samhandling og fleksibilitet. I veilederen blir det trukket frem tilsyn som ble utført av Helsetilsynet i 2007. Tilsynet avdekket mangelfulle systemer for å håndtere unormale svingninger i akuttmottak, samt en mangelfull beskrivelse av prosedyrer med klart definerte måltall for normalbelastning og overbelastning. Noe tilsvarende ble avdekket i forhold til samtidigetskonflikter, ved at det

ved flere akuttmottak manglet prosedyrer for å håndtere dette. Av de akuttmottakene som hadde utarbeidet prosedyrer for overbelastning viste tilsynet at disse prosedyrene i varierende grad ble etterlevet. Det anbefales at det bør være prosedyrer for delegering av oppgaver samt myndighet for å tilkalle bistand og iverksette avlastningstiltak.

Helsedirektoratet (2014) skriver at ledelsen i akuttmottak har ansvar for å sikre at det blir utarbeidet og iverksatt nødvendige prosedyrer ved overbelastning og at disse er kjent og fulgt. Det må være systemer og klare grenser for å iverksette ekstra tiltak. Det anbefales at det må være organisasjonsformer og avklarte ansvarslinjer for å rette opp mange av de svakhetene nevnt ovenfor. Det må være etablert fullmakter for å kunne fatte raske beslutninger, samt ledelseskompetanse i mange ledd.

5.1.4 Planverk for overbelastning

Som nevnt ovenfor avdekket helsetilsynet at det manglet prosedyrer ved flere norske akuttmottak ved overbelastning. Akuttmottaket ved Ullevål har en prosedyre som er et «Nivå 1 dokument», det vil si at det er førende for hele sykehuset, ikke bare gjeldende på avdelingsnivå. Denne prosedyren skal benyttes når akuttmottaket er overbelastet.

Det som er førende for prosedyren som heter «Pasientflyt ut av Akuttmottak til klinikkene», (2014) er at akuttmottaket til enhver tid skal ha kapasitet til å ivareta pasienter i behov av øyeblikkelig hjelp. Prosedyren skal sikre tilgjengelige ressurser i akuttmottaket for å ivareta nye pasienter som ankommer i behov av øyeblikkelig hjelp, samt at den skal sikre at pasienter som er i akuttmottaket blir forsvarlig ivaretatt. Innledningsvis ble det nevnt at Helsetilsynet avdekket at det ved flere akuttmottak manglet måltall for normalbelastning og overbelastning. For akuttmottaket ved Ullevål er måltallet for overbelastning satt i to faser. Disse beskrives som krevende og kritisk fase. Når det er 20 pasienter i behov av seng vil dette si en «krevende fase». En «kritisk fase» refererer til over 30 pasienter i behov av seng. Uavhengig av fase så skal det iverksettes tiltak for å tilstrebe en normalbelastning. Dette vil beskrives nærmere nedenfor.

Prosedypren er som nevnt delt opp i to faser med tilhørende tiltak for hver fase. Dette er som nevnt *krevende* og *kritisk* fase. Vedkommende som er ansvarlig for å fatte beslutning om hvorvidt det er behov for å ta i bruk prosedyren er konfereringsvakt, teamleder kirurg og

koordinator. Rådgivningsgruppen er sekundærvakt, soneleder, triagesykepleier og plasseringsansvarlig sykepleier.

Krevende fase: Akuttmottaket er i denne fasen hvis det er;

- Over 20 pasienter i akuttmottaket som er i behov av seng
- Det er en opphopning av pasienter med høy hastegrad (triage 1 og 2)
- Det er en opphopning av pasienter tilhørende ett fagområde

Ved krevende fase skal det kalles inn til et «time-out» møte. Det er koordinator og sekundærvakt i akuttmottaket som har myndighet til å kalle inn til dette møtet. Koordinator har ansvar for å tilkalle aktuelle deltakere til møtet og sørge for at møtet blir gjennomført. Deltakere skal være koordinator, sekundærvakt, soneansvarlig, triagesykepleier og plasseringsansvarlig, samt øvrige leger som på dette tidspunktet har pasienter i akuttmottaket. Koordinator skal vurdere hvorvidt det er behov for deltakelse av konfereringsvakt.

Hensikten med møtet er å gjennomgå antall pasienter, fagansvar og plan for disse. I denne fasen skal pasienter som er ferdig vurdert/avklarte sendes til sengepost innen 15 minutter. Koordinator skal tilkalle driftsansvarlig sykepleier på dagtid for hjelp til tiltak. Koordinator skal i samråd med soneleder fordele sykepleierressurser etter behov. Sekundærvakt skal foreta en medisinsk vurdering av hvilke pasienter som skal prioriteres for vurdering og hvilke pasienter som er nærmest avklaring og raskt kan flyttes til sengepost. Plasseringsansvarlig skal orientere aktuelle sengeposter om overflytning av pasient. Det skal gjøres en vurdering av behov for ytterlige legeressurser i akuttmottaket.

Kritisk fase: Akuttmottaket er i denne fasen hvis det er;

- Samtidighet av flere teamkrevende pasienter og/eller øvrige ressurskrevende pasienter som gjør at det er kritisk mangel på ledige rom, lege- og/eller sykepleierressurser
- Det er over 30 pasienter i behov av seng
- Når antallet pasienter oppleves å være kritisk høyt i forhold til tilgjengelige ressurser

Som ved en krevende fase skal det i denne fasen også kalles inn til et time-out møte. Møtet skal gjennomføres med de samme aktørene som ved krevende fase, i tillegg til konfereringsvakt. Konfereringsvakt eller teamleder kirurg skal gjøre en vurdering av hvilke pasienter som skal prioriteres for vurdering, samt hvilke pasienter som er nærmest avklaring og raskest kan flyttes til sengepost. Ut over dette er tiltakene like som ved en krevende fase. Forskjellen er at i denne fasen skal pasienter som ikke er ferdig avklart flyttes etter en

medisinsk vurdering utført av enten konfereringsvakt eller teamleder kirurg, avhengig av pasientenes fagfelt. De pasientene som er mest mulig avklarte skal prioriteres for flytting først. Plasseringsansvarlig skal varsle postene og sørge for en evakuering av de medisinske pasientene i akuttmottaket. Koordinator skal sørge for en evakuering av de kirurgiske pasientene. Pasientene skal evakueres uten opphold til den avdeling pasienten er meldt til. Det er tilstrekkelig at ett av kriteriene er tilstede for å utløse en krevende eller kritisk fase.

5.2 Erfaringer fra massetilstrømning og overbelastning

For å kunne si noe om hvorvidt tidligere praksis samsvarer med gjeldende planverk og føringer vil det ikke være tilstrekkelig å vise til planverket. I denne delen av oppgaven vil det derfor blir vist til hvordan akuttmottaket tidligere har håndtert disse to situasjonene. Dette vil sees i sammenheng med planverk og føringer.

5.2.1 Håndtering av massetilstrømning sammenlignet med planverk og nasjonale føringer

Med tanke på at massetilstrømning sjeldent inntreffer vil det ikke være mulig å vise til flere eksempler for å belyse hvordan dette har blitt håndtert. Derfor har jeg valgt å trekke frem en øvelse og en reell hendelse, som ut i fra planverket kan defineres som en massetilstrømningshendelse, dette for å kunne si noe om hvordan dette har blitt håndtert i forhold til planverk og nasjonale føringer.

Akuttmottaket ved Ullevål har tatt del i håndteringen av den hendelsen i fredstid som har tatt flest liv, 22.juli terroren. Flere av pasientene fra både Regjeringskvartalet og Utøya ble behandlet i akuttmottaket. På bakgrunn av at dette er den største hendelsen akuttmottaket har tatt del i relatert til massetilstrømning er det naturlig at det blir vist til hvordan denne hendelsen ble håndtert. I tillegg vil håndtering av øvelsen Harbour Ex bli belyst. Dette er en av de største øvelsene som har blitt gjennomført i sivil sammenheng i Norge. Akuttmottaket var også sterkt involvert i denne øvelsen. Det presiseres at det vil bli fremlagt slik at egen erfaring vil bli trukket frem, dette grunnet at jeg deltok i håndtering av både 22.juli hendelsen og Harbour Ex øvelsen.

5.2.2 Akuttmottakets håndtering av 22.juli

I følge 22. juli kommisjonsrapporten håndterte akuttmottaket hendelsen den 22. juli svært godt. På tidspunktet da meldingen om hendelsen ble varslet til akuttmottaket var avdelingen allerede full av ordinære pasienter. I løpet av 15 minutter ble akuttmottaket evakuert og det var organisert flere team som var klare til å ta imot de første pasientene fra

Regjeringskvartalet. Av til sammen 31 hardt skadde pasienter både fra Regjeringskvartalet og Utøya, overlevde 30 (St.Meld 29, 2011-2012). Siden hendelsen inntraff i fellesferien var det flere ledere i helsevesenet som fungerte som stedfortredere. Dette mener 22. juli kommisjonen jevnt over gikk bra og en av grunnene for at det gikk bra var at beredskapsplanene fungerte tilfredsstillende. Planene var adekvate og i tråd med lovverket (NOU, 2012:14).

I etterkant av terror hendelsen ble det utgitt en læringsrapport av Helsedirektoratet. I denne står det at helseinnsatsen var over all forventning i hele den akuttmedisinske kjeden, samt at helsetjenesten viste stor mobiliseringsevne og improvisasjon. En utfordring som fremkommer i rapporten var selve varslingen. Det blir beskrevet at varslingen var noe tilfeldig og at det var liten oversikt over ansatte som møtte på jobb. Anbefalinger fra Helsedirektoratet er at det skal etableres sikre og funksjonelle systemer for varsling og innkalling av personell (Helsedirektoratet, 2012).

I den generelle beredskapsplanen for sykehuset står det som nevnt at sykehuset skal etablere en beredskap tilpasset det antall pasienter som kommer eller meldes til sykehuset. I forhold til 22. juli var det vanskelig å holde oversikt over hvor mange ansatte som var kommet på jobb fordi oppmøteresponsen var noe tilfeldig. På tross av dette ble personell fordelt der hvor det var behov samt at nøkkelfunksjonene var alltid ivaretatt. Det var ikke på noe tidspunkt for lite personell til å håndtere situasjonen. Det som kanskje gjorde situasjonen noe uoversiktlig var at det var personell fra andre avdelinger og andre sykehus som møtte i akuttmottaket uten å ha noe direkte oppgave inn i håndteringen. Ansvar, likhets og nærhetsprinsippet er som nevnt nasjonale føringer for alt beredskapsarbeid. Det blir også presisert i planverket at dette skal ligge til grunn for hvordan Oslo universitetssykehus håndterer beredskapssituasjoner.

Akuttmottaket fulgte disse prinsippene 22. juli. I forhold til ansvar var det personell som i det daglige håndterer hardt skadde pasienter, som også gjorde det denne dagen. I forhold til nærhet, ble det håndtert på lavest mulig nivå, det vil si at de med nøkkelfunksjoner i akuttmottaket sto for den generelle organiseringen. Med hensyn til likhetsprinsippet så ble pasientene som ankom ivaretatt på tilsvarende måte som man ellers i det daglige ivaretar hardt skadde pasienter. Det var, som planverket tilsier, koordinator i akuttmottaket som besluttet

beredskapsnivå i samråd med traumeleder. I tråd med planverket var det koordinator, som er seksjonsleders stedfortreder, som iverksatte organisering i initialfasen. Seksjonsleder var på ferie og seksjonsleders stedfortreder var dratt hjem for dagen, men var på plass på jobb igjen etter kort tid og overtok ansvar for den videre organiseringen. I henhold til planverket ble det også satt inn forsterkning av personell som støtte der hvor det var nødvendig.

5.2.3 Akuttmottakets håndtering av Harbour Ex

Harbour Ex var en øvelse som ble gjennomført i Sydhavna i Oslo den 28-29 april, 2015. Scenario var eksplosjon og brann i containere med farlige stoffer. Skadeomfanget var en kombinasjon av brann, røyk og eksplosjonsskader. I tillegg var det fare for kjemisk eksponering som førte til at flere markører måtte renses på utsiden av akuttmottaket før videre behandling. Det er den største øvelsen som har blitt gjort i nasjonal sammenheng på mange år. DSB (2016) skriver at hensikten med øvelsen var å videreutvikle kompetansen innen beredskap hvis en stor hendelse skulle inntreffe i Oslo. De nasjonale øvelsesmålene var å se på varslings, mobilisering, håndtering, organisering, ledelse og kommunikasjon mellom involverte aktører og parter.

Øvingsmålet for akuttmottaket var å teste planverket i praksis. Nærmere beskrevet var det å spesielt øve teamet som skal gjøre en hastegradsvurdering av pasientene, samt at koordinator skulle øve på varslingskjeden. Bakgrunnen for dette var at man fra tidligere håndteringer av massetilstrømmingshendelser har avdekket at disse to faktorene er komplekse og det er der hvor det fort kan oppstå svakheter og feil. Ansatte med nøkkelfunksjoner i øvelsen fikk muligheten til å forberede seg på forhånd med tanke på hva som skulle være deres oppgaver og roller i håndteringen. Dette var bevisst fra akuttmottakets side fordi det ikke skulle være en test, men en øvelse. Koordinator fattet beslutning på bakgrunn av meldingen om hendelsen. Grunnet at scenario var i Oslo sentrum vurderte koordinator det dit hen at det ikke var tid til å konferere med beredskapssjef. Det ble initialt besluttet Gul beredskap på bakgrunn av antall skadde som var innmeldt. Dette ble etter kort tid omgjort til Rød beredskap ettersom man fikk en ny melding som tilsa at det var flere skadde som ville ankomme til akuttmottaket. Som nevnt tidligere var anbefalingene fra Helsedirektoratet i etterkant av 22.juli at man skulle etablere bedre varslingsrutiner. I 2013 ble det innført et talevarslingsssystem ved Oslo universitetssykehus. Dette ble benyttet under øvelsen, og hadde tidligere ikke blitt testet ut i et slikt omfang. Evalueringen i ettertid viste at varslingskjeden tok lang tid. Noe som også var

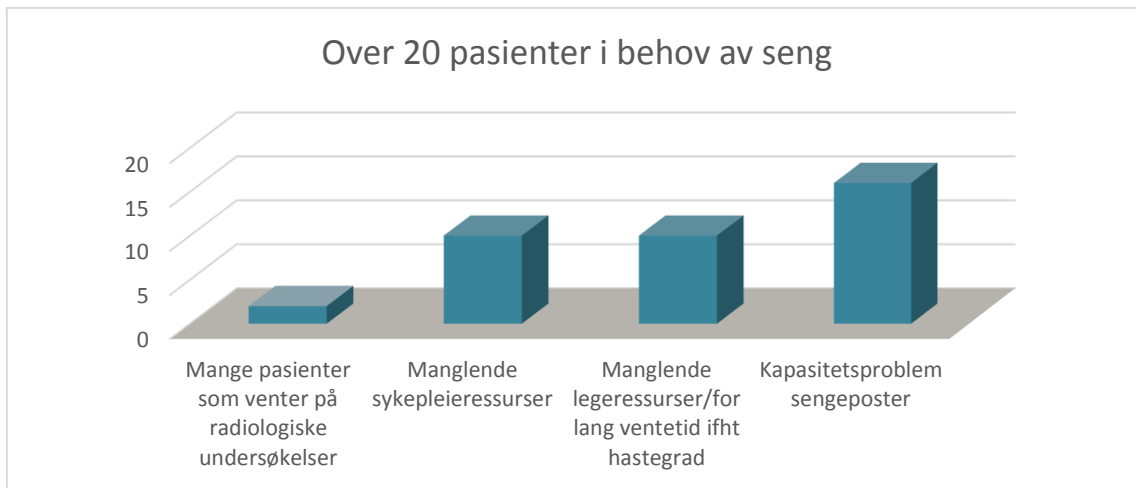
forventet, men fokus på varslingen i fremtiden var at eventuelt koordinator kan delegerer noe av varslingen til helsesekretær hvis behov. Utover dette viste evalueringen at akuttmottaket håndterte øvelsen meget godt. Planverket for massetilstrømning ble i stor grad fulgt, og der hvor man valgte å avvike fra planen relateres dette til nødvendig improvisasjon basert på situasjonen. Under øvelsen ble det forsterket med nøkkelpersonell der hvor dette ble ansett som nødvendig, hvilket samsvarer med planverket for massetilstrømning. Basert på nasjonale føringer var håndtering under øvelsen i tråd med disse. Ansvar, likhet og nærhetsprinsippet ble fulgt på tilsvarende måte som ved håndteringen av 22.juli hendelsen.

5.2.4 Håndtering av overbelastning sammenlignet med planverk og nasjonale anbefalinger

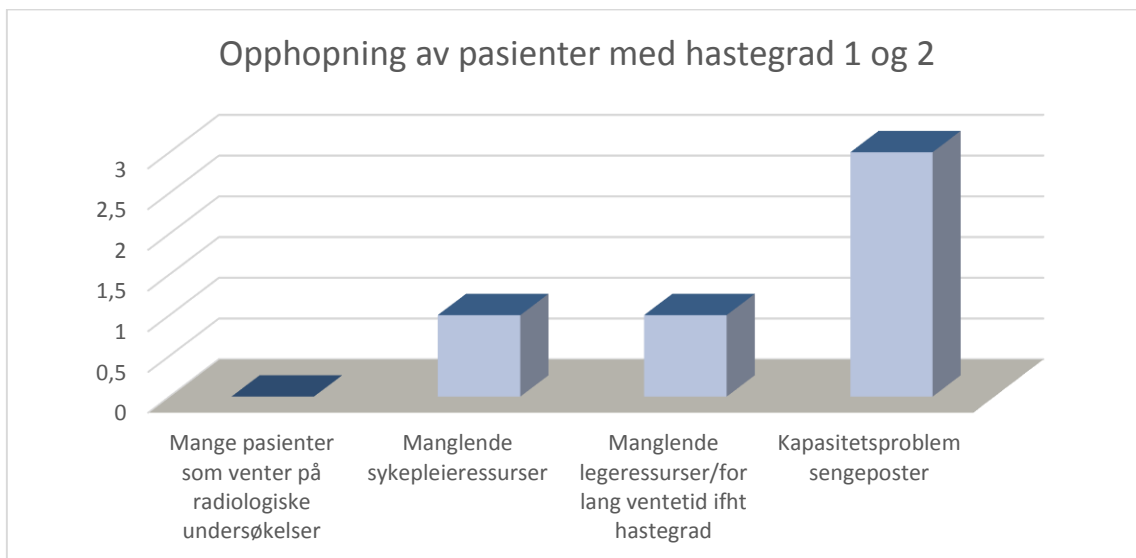
I det følgende vil det bli vist til situasjoner hvor akuttmottaket har vært overbelastet og hvorpå det har blitt besluttet å iverksette en krevende fase. Dette vil sees i sammenheng med planverk og nasjonale anbefalinger for håndtering av overbelastning.

5.2.5 Gjennomgang av dokumentasjon ved overbelastning

Som tidligere beskrevet har akuttmottaket ved Ullevål utarbeidet prosedyrer som skal iverksettes når akuttmottaket er overbelastet. Det har blitt utført en kartlegging av når akuttmottaket har vært overbelastet og hvilke kriterier som var utløsende årsaker til at prosedyren ble iverksatt. Dette har blitt gjort ved å samle inn skjema som koordinator dokumenterer på når prosedyren for overbelastning iverksettes. Data som er samlet inn viser antall ganger det er besluttet å iverksette en krevende fase og hvilke årsaker som ligger til grunn for dette. De er samlet inn i perioden fra 2014 frem til nå, skrivende stund. Det er viktig å presisere at fremstillingen av data ikke kan relateres fullt til praksis, da jeg av erfaring vet at det er flere ganger hvor man har besluttet å iverksette en krevende fase uten at dette har blitt dokumentert på skjema. Så det vil helt klart være flere tilfeller hvor dette har blitt besluttet uten at det fremkommer i tabellene presentert nedenfor.



Figur 5: Oversikt over antall ganger prosedyren brukt ved over 20 pasienter i behov av seng, samt utløsende kriterier



Figur 6: Oversikt over antall ganger prosedyren brukt ved hastegrad 1 og 2, samt utløsende kriterier

Diagrammet viser at det er kapasitetsproblem på sengepostene som er hovedårsaken til at akuttmottaket blir overbelastet. Manglende sykepleierressurser og manglende legeressurser/for lang ventetid i forhold til hastegrad er likt fordelt i forhold til årsaker. Det må nevnes at det på flere skjema ikke bare har vært krysset av på en av årsakene, men at man har krysset av på flere.

Som nevnt anbefaler Kunnskapssenteret (2015) at det bør være utarbeidet avdelingsoverskridende planer for håndtering når pasientantallet blir for høyt. I tråd med disse anbefalingene har sykehuset utarbeidet prosedyren «Pasientflyt ut av Akuttmottak til klinikkene». Som nevnt er denne planen en nivå 1 plan, derav kan det også sies at planen er

avdelingsoverskridende. Helsedirektoratet (2014) påpeker at det må være systemer og klare grenser for å iverksette ekstra tiltak. Planen for overbelastning definerer over 20 pasienter i behov av seng som en krevende fase og 30 pasienter i behov av seng som en kritisk fase. Dette samsvarer med Helsedirektoratets anbefalinger vedrørende klare grenser for å iverksette tiltak. Videre anbefaler Helsedirektoratet (2014) at det må være etablerte fullmakter for å kunne fatte raske beslutninger ved overbelastning. Det fremkommer klart i prosedyren at det er koordinator, konfereringsvakt og traumeleder som har ansvar for å beslutte å iverksette prosedyren. Samtlige av disse funksjonene er dekket gjennom hele døgnet, derav kan man si at det er etablerte fullmakter for å kunne fatte raske beslutninger.

Basert på dokumentene som er presentert i diagrammene ovenfor viser det seg at prosedyren har blitt iverksatt flere ganger. Dokumentene sier derimot ikke noe om hvorvidt dette har hatt effekt. Som nevnt i metoddelen skal det på skjemaet, som benyttes ved overbelastning, føres en logg av koordinator som viser hvilke tiltak som har blitt utført etter at beslutning har blitt fattet. Dette har blitt utelatt grunnet at det var skrevet i stikkordsform og enkelte steder uleselig tekst. Det vil med dette være vanskelig å si noe om hvordan disse situasjonene har blitt håndtert og hvorvidt de hadde effekt. Samtidig sier det heller ikke noe om hvorvidt akuttmottaket har vært overbelastet og hvorpå det ikke har blitt fattet beslutning om å iverksette tiltak. Helsedirektoratet (2014) anbefaler at det bør være prosedyrer for delegering av oppgaver og myndighet for å tilkalle bistand og iverksette avlastningstiltak. Dette fremkommer også i prosedyren ved at det er definert hvem som skal gjøre hva når prosedyren iverksettes. I tillegg står det i prosedyren at man kan tilkalle bakvakter for å avhjelpe med pasientmottak, samt at skal koordinator vurdere hvorvidt det er behov for å tilkalle ekstra sykepleierressurser.

5.3 Simulering av overbelastning

Som skrevet tidligere har jeg gjennomført to simuleringer av overbelastet akuttmottak. Bakgrunnen for simuleringen var, som nevnt, at det den siste tiden har vært et økende pasienttrykk og relatert til dette har man sett behovet for et økt fokus på gjennomføring av prosedyren. Simuleringen ble utført med alle relevante aktører. Det vil si det teamet som skal håndtere en overbelastning hvorpå man beslutter å iverksette en krevende eller kritisk fase. I forkant av simuleringen fikk alle i teamet tildelt relevante dokumenter, som for eksempel prosedyren «Pasientflyt ut av Akuttmottak til klinikkene», samt dokumenter i forhold til

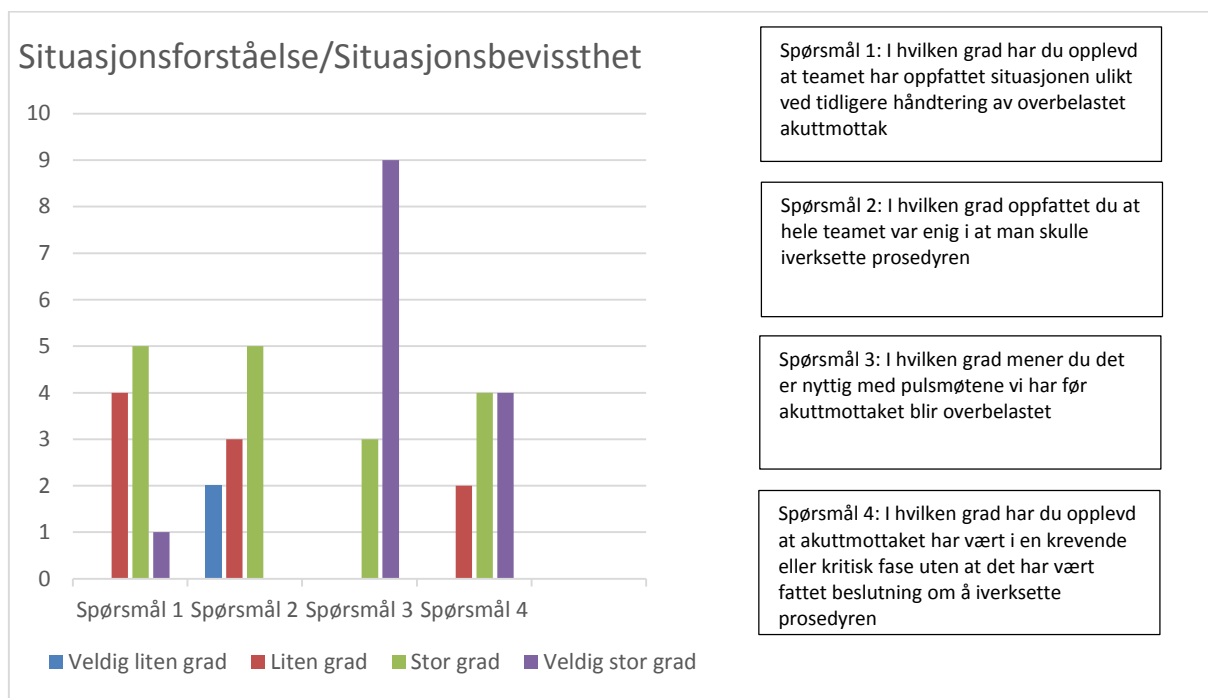
hverandres ansvar, oppgaver og funksjoner. Simuleringen ble forsøkt utført så realistisk som mulig ved at flere i teamet ble callt på eller ringt til, hvorpå de måtte ta hensyn til andre henvendelser samtidig som man skulle håndtere et overbelastet akuttmottak. Teamet arbeidet ut i fra den elektroniske oversikten over inneliggende pasienter. Denne var hentet fra en dag akuttmottaket per definisjon var i en krevende fase. Teamet skulle sammen legge en plan for hvordan man kunne komme ned til normalbelastning i pasientantall. I etterkant av simuleringen fikk alle aktørene tildelt et spørreskjema. Samtlige av aktørene hadde tidligere vært med på håndtering av overbelastning, bortsett fra to. Svarresponsen på spørreundersøkelsen presenteres under.

5.3.1 Spørreundersøkelse

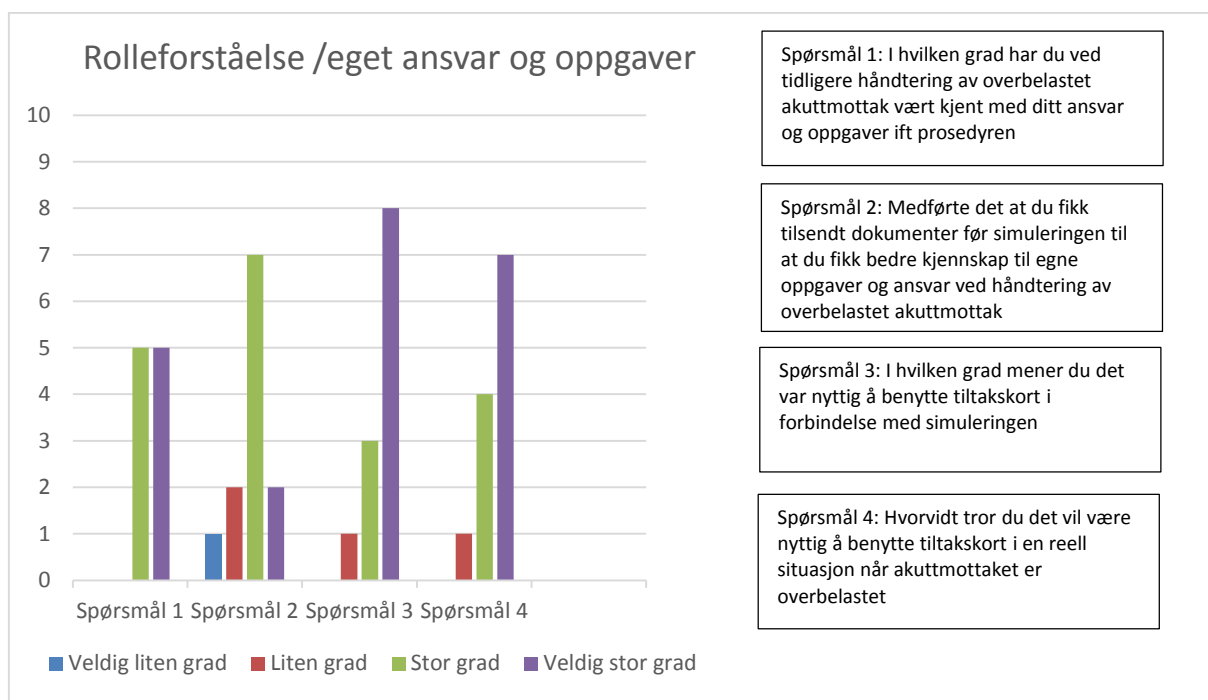
Spørreskjema er utarbeidet slik at det er avkrysningsalternativer til svar. Svarene er kategorisert i: «veldig liten grad», «liten grad», «stor grad» og «veldig stor grad». Spørreundersøkelsen er delt opp i to deler. Den første delen omhandler utfordringer vedrørende tidligere håndtering av overbelastning. Del to omhandler hvorvidt aktørene mente det var nyttig med simulering, og hvorvidt simulering førte til bedre rolleforståelse og kjennskap til systemet. Spørreskjema ligger for øvrig som vedlegg. Svarresponsen er delt inn i ulike kategorier basert på tematikken til spørsmålene. Som nevnt sendte jeg dokumenter i forkant av simuleringen, det ble derfor stilt spørsmål vedrørende hvorvidt aktørene mente det var nyttig for en bedre forståelse for egen rolle og ansvar, samt kjennskap i forhold til andres roller og ansvar ved overbelastning.

I forbindelse med håndtering av massetilstrømning får ansatte i akuttmottaket tildelt tiltakskort hvor det står hva som er ens egne oppgaver og ansvar. Dette kortet skal være til støtte hvis man er usikker på hva man skal gjøre og hensikten er at man skal få bedre forståelse for hva som er egne oppgaver og ansvar, men også andres. Tiltakskort blir også benyttet ved øvelser og simuleringer på massetilstrømningssituasjoner. I forkant av simuleringen av overbelastet akuttmottak ble det utformet tiltakskort til alle teammedlemmene med utgangspunkt i oppgavene til de ulike aktørene, slik som det er beskrevet i prosedyren. Dette fordi jeg ønsket å finne ut av hvorvidt teamet mente det var nyttig å benytte tiltakskort for å eventuelt implementere dette i den reelle håndteringen for en bedre forståelse av eget ansvar og oppgaver. Det er definert at det skal være statusmøter, også kalt pulsmøter, fem ganger i løpet av en vakt nettopp for å få en status over situasjonen, og for

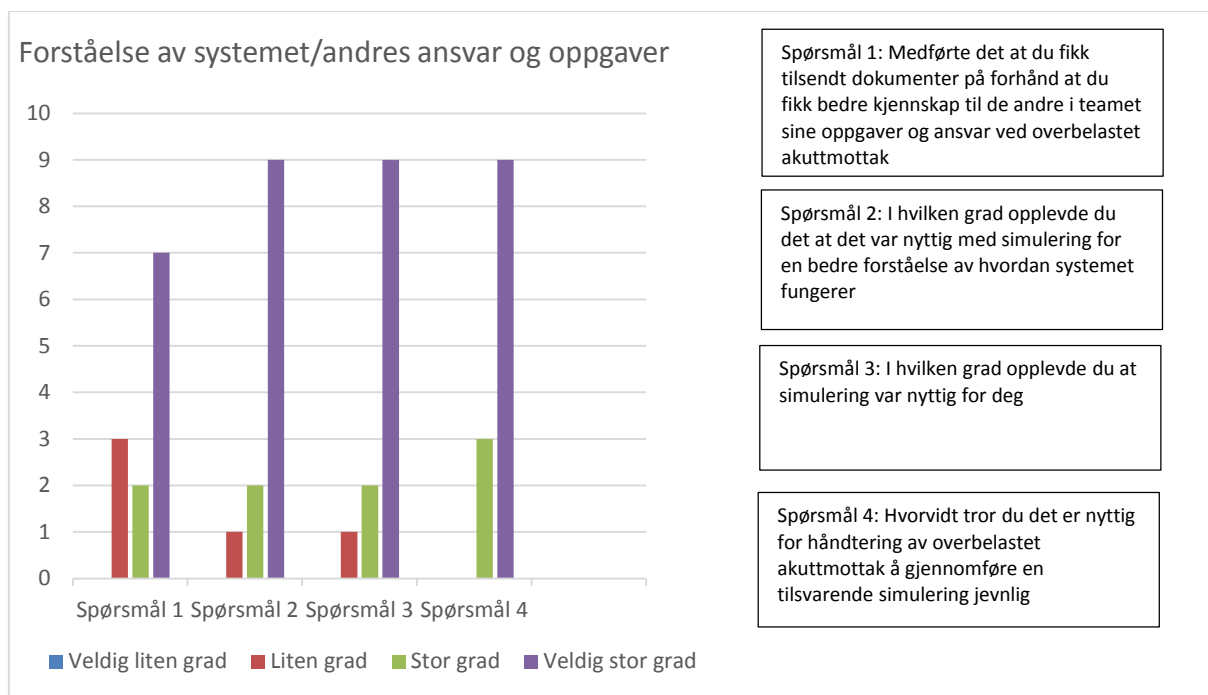
å iverksette eventuelle tiltak hvis det er behov. Det er de samme aktørene på disse møtene som utgjør teamet, som skal håndtere en overbelastning, bortsett fra konfereringsvakt. Avslutningsvis i spørreundersøkelsen var det åpnet opp for kommentarer, hvorpå en skrev at en simulering vil øke alles forståelse for situasjonen samtidig som alle får muligheten til å se hverandres problemområder.



Figur 7: Situasjonsforståelse/Situasjonsbevissthet. X-aksen viser spørsmål samt i hvilken grad, y-aksen viser antall svar.



Figur 8: Forståelse av eget ansvar og oppgaver. X-aksen viser spørsmål samt i hvilken grad, y-aksen viser antall svar.



Figur 9: Forståelse av systemet/ andres ansvar og oppgaver. X-aksen viser spørsmålene, mens y-aksen viser antall svar.

Spørreundersøkelsen viser at det er noe overvekt av aktører som mener man har oppfattet situasjonen ulikt ved tidligere håndtering av overbelastning. I forhold til om teamet har vært enig i en iverksetting, er svarene noe sprikende. Samtlige mener det er nyttig med statusmøtene akuttmottaket har før overbelastning. Majoriteten mener akuttmottaket har vært i en krevende eller kritisk fase uten at det har blitt fattet beslutning om å iverksette prosedyren. Svarene viser at man i stor grad, eller veldig stor grad har vært kjent med eget ansvar og oppgaver vedrørende prosedyren. Flesteparten mente det var nyttig å få tilsendt dokumenter på forhånd. De fleste aktørene mener i stor grad eller veldig stor grad at det var nyttig å bruke tiltakskort, tilsvarende var svar vedrørende å implementere tiltakskort ved reell overbelastning. Med tanke på hvorvidt aktørene ble bedre kjent med andres oppgaver og ansvar ved å få tilsendt dokumenter svarte de fleste i stor grad, fåtallet mente det i liten grad var nyttig. Majoriteten svarte at simulering var nyttig for en selv, samt nyttig for kjennskap til systemet. I forhold til å skulle gjennomføre simulering på overbelastning jevnlig, svarer alle aktørene at det ville vært nyttig.

5.4 Intervju

I denne delen vil det som har fremkommet i intervjuene bli presentert. Presentasjonen av resultatene fra intervjuene vil følge fremstillingen fra teoridelen. Jeg har valgt å ta med det jeg anser som relevant for denne oppgaven for å kunne besvare problemstillingen. Innledningsvis er det viktig å presisere at hovedtyngden av tolkning av data fra intervjuene dreier seg om overbelastet akuttmottak. En naturlig del av dette kan relateres til at informantene har hatt flere erfaringer med overbelastet akuttmottak i forhold til tilfeller av massetilstrømning. Sett bort i fra dette tolkes det at hovedgrunnen er at informantene gjennomgående uttrykker større utfordringer relatert til håndtering av overbelastning enn håndtering av massetilstrømning.

5.4.1 Situasjonsbevissthet massetilstrømning

I dette avsnittet vil det forsøke å bli belyst hvilke betraktninger informantene har kommet med i forhold til situasjonsbevissthet sett i sammenheng med teamets håndtering av massetilstrømning.

På spørsmål om hvordan informantene selv forbereder seg på en massetilstrømning er det flere som nevner at erfaring med tidligere hendelser i kombinasjon med kjennskap til systemet

som viktige faktorer ved å være forberedt på at en massetilstrømmingssituasjon skal oppstå. En informant sier at når vedkommende var ny i rollen som koordinator tenkte hun ofte på hva som kunne oppstå: *Jeg tenkte kanskje mer på det i begynnelsen, jeg føler meg mer komfortabel med den rollen nå, jeg vet litt mer hva jeg skal gjøre og det er det som gjør at jeg nødvendigvis ikke tenker på det hver dag.*

En annen trekker frem at tidligere hendelser har ført til at man er bevisst på at en hendelse kan inntreffe: *Jeg tenker at 22. juli har gjort noe med oss i forhold til at vi vet at noe faktisk kan skje.*

Flere av informantene nevner at det er nyttig med den fordelingslista som beredskapsansvarlig skal fylle ut, som viser hvilke funksjoner de ansatte skal ha ved en massetilstrømning. Det virker til at dette fungerer som en mental forberedelse: *Jeg tenker litt igjennom hva som kan skje, man blir jo litt tvunget til å tenke igjennom det, man skal jo fylle ut disse skjemaene. Man blir tvunget til å tenke de tankene enten man vil eller ikke fordi man har de listene, som er en genistrek, og da er man tvunget til å ta de vurderingene, sant, og hvis du ikke i utgangspunktet har tenkt, så må man jo det allikevel, det skal la seg godt gjøre at man ikke tenker de tankene når man skal fylle ut den listen.*

En annen sier den lista er nyttig ved at: *Hvis det plutselig skjer, hvis det skjer i stor Oslo så har du kort tid og da har du tenkt litt på forhånd og fordelt roller.*

Den ene informanten belyser et eksempel hvorpå fordelingslista ikke var utfylt og det oppsto en hendelse der flere pasienter hadde behov for sanering fordi man mistenkte de hadde blitt utsatt for kjemisk materialer: *Det ble litt kaotisk i starten, for ingen visste hvem som skulle kle seg i beskyttelsesdrakt for å rense pasientene, men beredskapsansvarlig besluttet at de personene med mest kunnskap om sanering skulle ha de funksjonene, så det ordnet seg.*

Det ansvaret som koordinator har i forhold til beslutning, varsling og iverksetting av tiltak hvis det skulle oppstå en massetilstrømning virker det som informantene er bevisst på: *Jeg tenker alltid over det når jeg er koordinator, for jeg vil alltid vite hva som foregår og jeg vil alltid være beredt på det. Jeg vil ikke begynne å kløne med det. Jeg vet nøyaktig hvilke ting som er i min rolle som jeg skal forholde meg til.*

En annen informant trekker frem viktigheten av å få oversikt over situasjonen når det meldes inn en hendelse til koordinator: *Automatisk når du får meldt inn en case så tenker du jo på det med en gang. Ja, det er veldig forskjell om det er en hendelse på Majorstua eller om det er*

rett utenfor Gardermoen. Du kan beregne litt tid, hvor god tid har vi, og det virker inn på beslutningen og hva slags type hendelser det er. Videre forteller vedkommende at tidsaspektet spiller en stor rolle for hvorvidt man skal ta seg tid til å konferere med beredskapssjefen. Hvis tiden tillater det konferer vedkommende med beredskapssjefen, men presiserer at det er viktig å gjøre seg opp noen tanker på forhånd i forhold hvilket beredskapsnivå den hendelsen vil gi. For det er veldig lett å se på baksiden av arket (beredskapsskjema) når du venner deg til å tenke hva kriteriene er, det står ganske greit hva kriteriene er sett i sammenheng med hendelsesaspektet.

Et aspekt som blir nevnt av informantene er at man trener på massetilstrømning i hverdagen, bare i mindre skala, ved at man håndterer små hendelser som fører til at man er bedre rustet til å håndtere de større hendelsene når de inntreffer.

Informant med leder- og beredskapsansvar forteller at de øvelsene som er en gang i uka i akuttmottaket bidrar til å skape bevissthet i forhold til massetilstrømning. *Det tror jeg er en veldig viktig suksessfaktor. Også opplever jeg at det er en bevissthet rundt dette hyppig fordi de som da diskuterer de scenarioene den dagen tenker nok sikkert litt mer på beredskap og setter seg mer inn i det, har lavere skuldre på det og føler seg trygg i den rollen. Selv om det ikke er ofte du har bruk for den greia så tenker du ofte på beredskap. Denne øvelsen gjør at man blir minnet på det med beredskap og behov for øvelser. Ledelsen i akuttmottaket blir oftere minnet på det, som gjør at det er lettere å dra folk gjennom beredskapsplanverket enn det var tidligere.*

Det tolkes som at det som er den største utfordringen ved massetilstrømning er varslingen. Det at koordinator skal varsle alle relevante aktører om hendelsen. En informant med lederansvar sier angående varslingen: *Selv om du har en liste som viser hvem du skal ringe, så er det lett å gjøre feil. Det har vi opplevd, at man har ringt sentralbordet på Rikshospitalet på feil nummer. Selv om du har en liste å gå etter så blir du stresset i en sånn setting, du blir påvirket av situasjonen.*

5.4.2 Situasjonsbevissthet overbelastning

Det som fremkommer i denne delen er hvilke tanker og erfaringer informantene har vedrørende det å være bevisst på situasjonen.

Det å ha oversikt over hvordan situasjonen er i avdelingen tolkes som en gjennomgående faktor som er meget viktig for å kunne være i forkant av en overbelastning, samt håndtere overbelastningen når den inntreffer: *Man må gå igjennom pasientlista og legge en plan, det er jo ofte det man gjør i krevende fase, det er jo ikke nødvendigvis sånn at man skal tømme avdelingen, men få nøstet opp og få litt oversikt på en måte.*

Det er flere av informantene som påpeker at en viktig del av å være i forkant innebærer å vurdere status i akuttmottaket og være oppmerksom på hvor mye ressurser pasientene faktisk krever. *Jeg prøver liksom å tenke på det før det skjer, (overbelastning) man kan godt ha 25 i seng og har kontroll ut i fra hva som er meldt, man kan godt da ha et time-out møte og gå igjennom for å få litt oversikt.*

Jeg prøver å tenke som soneleder i forhold til registrering når lege har startet, når de er ferdig og hvor langt de har kommet i prosessen. Det er veldig nyttig når du sitter koordinator at du har en soneleder som følger opp det. Man er litt forberedt da.

Det er viktig og hele tiden ha oversikt over pasientene i mottak og hvor de er statusmessig med hensyn til om de er undersøkt eller ikke, ferdig eller ikke. Og jeg har jo en oversikt over alvorlighetsgraden i og med at de er triagert.

En annen sier at det er helt elementært å være i forkant ved å være oppmerksom på pasientantallet for å unngå at akuttmottaket blir overbelastet: *Jeg vet hele tiden hva vi har bak oss i avdelingen, også ser jeg jo hva som meldes så det å ha en oversikt er viktig, det kan godt ligge 24 og vet at det er meldt 14 og da tenker jeg mange ganger at vi må også huske på at vi må ha beredskap.*

Det tolkes fra informantene at det ofte har gått for lang tid før det blir iverksatt tiltak for å unngå overbelastning. En informant forteller om dette at: *Min erfaring er hvis jeg er ute i avdelingen og da kanskje tenker mer enn en gang i løpet av en kveldsvakt at hvorfor er man ikke i en krevende fase, hvorfor skjer det ingenting. Og det er litt fordi folk ikke klarer å se det, man har litt for mye og gjøre og har ikke tid til å få gått igjennom (status til pasientene) og få kalt inn de forskjellige personene, og jeg har opplevd som soneleder på kveldsvakt at jeg har gått til koordinator og foreslått å gå igjennom, men man har ikke tid til å snakke om det,*

det er det som er problemet og da har det kanskje gått for langt og man ser at man burde ha tatt tak i det før. Det er jo koordinator som må ta kontakt og det er jo det som er problemet for man ikke har tid, man blir nedringt av både den ene og den andre.

Vi kan bli bedre på å være litt i forkant, at vi tenker på det litt før det smeller. Og det føler jeg både er soneleder og koordinator sitt ansvar.

Flere av informantene påpeker at statusmøtene i akuttmottaket er nyttig for å vurdere situasjonen relatert til overbelastet akuttmottak, det blir også sagt av flere at disse ofte ikke blir gjennomført på kveldstid. *De møtene er veldig nyttig. For du får litt time-out, får litt oversikt da for alle sin del, være litt sånn i forkant på en måte. Det er jo ofte det som er det viktige der og så ser man jo at sånne problemstillinger henger to timer etter, samme problemstillinger og om de samme pasientene, det har ikke skjedd noen ting. Hadde man ikke hatt de møtene hadde det kanskje ikke skjedd noe på fire timer. Man ser jo nytten av det, samle litt tråder, men vi må bli flinkere til å ha det på ettermiddagen og når det er mest og gjøre og det er da det ikke blir gjort. Vi er alt for dårlig til å gjøre det på kveldstid, vi glemmer det av.*

Det blir også sagt at en av årsakene til at det er vanskeligere å beslutte å iverksette prosedyren på kveldstid er at koordinator mangler beslutningsstøtte fordi ledelsen har gått hjem. *Ja du mangler beslutningsstøtte, det har man jo stort sett på dagtid men på kveldstid har man ikke den i like stor grad.*

Det fremkommer fra flesteparten av informantene at de ved flere anledninger har vært på jobb når akuttmottaket per definisjon har vært overbelastet, uten at det har blitt fattet noen beslutning om å iverksette prosedyren. Flere begrunner dette med at man ser hvordan tilstanden har utviklet seg for sent: *Det er for mye å gjøre, man begynner for sent, vi må være enda flinkere på å være i forkant for å unngå det (overbelastning). Når du sitter der som koordinator og det er 30 pasienter i akuttmottaket og 10 meldt og begynner først da å tenke, da har man det som regel så travelt at da blir det i hvert fall ikke tatt tak i, da flyter det liksom litt fritt og tilfeldig.*

En annen sier om det å ta tak i situasjonen før det ender i overbelastning: *Vi har en utfordring ved at man ser det an, og så brått ser man det an i fire, til seks, til åtte timer, i stedet for å gjøre noe med det.*

Mange av informantene relaterer årsaken til at teamet kommer i gang for sent til å være arbeidspress.

Det virker som det er spesielt arbeidspress i forhold til koordinator og soneleder, men også i forhold til konfereringsvakt. *Konfereringsvakt ser jo ikke hvordan det er her rett og slett, de er jo ikke tilstede her, de har nok med sitt. De blir jo ringt ned hele tiden de og.*

Koordinator forteller: *Man har ofte ikke den kapasiteten til å gjennomføre det selv (time-out møtet), jeg skulle ønske jeg bare kunne gi headsettet til en av de andre sekretærene sånn at man får tatt 10 minutter uten at man blir avbrutt.*

Jeg tolker fra flere av informantene at erfaring er essensielt for hvordan situasjonen blir oppfattet. En informant nevner at koordinator uten tilstrekkelig erfaring utløser prosedyren på feil grunnlag, ved at vedkommende bare ser på pasientantallet i akuttmottak, uten å vurdere hvor langt i prosessen disse pasientene har kommet og hvor det kan dreie seg om at det er flere pasienter som allerede er på vei ut av akuttmottaket. Dette mener informant fører til at koordinator ikke ser det totale bilde av situasjonen. Sitatet fra informant illustrer dette: *Nå er det 30 pasienter i avdelingen fordi rapporten viser det, da må vi utløse prosedyren fordi tallet er 30. Og så kan det være at 15 av de er medisinske, 5 av de 15 allerede er plassert, men mottakssykepleiere har vært opptatt med å rapportere, og faktisk er på vei til å sende flere pasienter ut, eller så er pasienten forsvunnet fra akuttmottaket, til røntgen og egentlig ikke fysisk belaster mottaket, og dermed ser ikke koordinator det totale bildet.*

En annen informant sier at man er avhengig av at koordinator og soneleder er trygge i deres funksjoner for at prosedyren skal bli utløst på riktig grunnlag: *Det er litt avhengig hvem som er koordinator, soneleder og samhandlingen mellom de to og hvor trygge de er på situasjonen og når de da utløser nivå 1 prosedyren. Noen ganger blir den utløst for sent og noen ganger blir den utløst for tidlig.* Erfaring blir nevnt som meget viktig også i forhold til soneleders rolle grunnet at soneleder er ansvarlig for logistikken i akuttmottaket. I tillegg blir det sagt at samarbeidet mellom koordinator og soneleder er helt essensielt for å få flyt i logistikken: *Hvis soneleder er i slike situasjoner (overbelastning) en fersk sykepleier eller en sykepleier som ikke er personlig egnet så går det utforbakke veldig fort.*

En informant sier at det virker som det er litt færre ukontrollerte evakueringer ut av akuttmottaket ved en overbelastning nå enn det har vært tidligere. Med ukontrollert mener vedkommende at man skal sikre at man bare flytter de pasientene som er avklarte i en krevende fase. Vedkommende begrunner dette med at: *Jeg tror det kan være at man er litt*

mer forberedt og har litt hyppigere møter og tar grep litt tidligere. De møtene kan da bedre til å klare opp i situasjonen tidligere for å forhindre opphopning. Videre forteller vedkommende at det viktigste grepet for å unngå at man flytter pasienter fra akuttmottaket som ikke burde flyttes er: Regelmessig vurdering og overvåking av situasjonen er viktige for å unngå uhensiktsmessige vurderinger.

Det blir sagt av informant med lederansvar at det ofte oppfattes som om teamet forstår det slik at den eneste løsningen på overbelastning er å få pasientene ut av akuttmottaket: *Jeg tenker det handler ikke bare om å få pasienter ut av avdelingen og få best mulig flyt, men best mulig pasientbehandling og at pasienten får hjelp til rett tid og da må man egentlig, det er litt sånn at vi må stikke fingeren i jorden og ta temperaturen på oss selv og omprioritere ressursene til der hvor de virkelig trengs.*

5.4.3 Felles situasjonsforståelse massetilstrømning

Herunder vil informantenes oppfatning vedrørende felles situasjonsforståelse i forbindelse med håndtering av massetilstrømning, samt øvelser relatert til massetilstrømning bli belyst.

I tilfeller hvor leder med beredskapsansvar har samarbeidet med koordinator blir det sagt at man stort sett har hatt felles forståelse av situasjonen man har stått ovenfor. Dette gjelder både reelle hendelser og øvelser vedrørende massetilstrømning. En informant sier at de få gangene man har oppfattet at man ikke har hatt felles forståelse har vært ved endring av kriterier i forhold til antall meldte pasienter fra en hendelse, og at dette har ført til at de koordinatorene som har lang erfaring henger litt igjen ved det gamle planverket. Videre sier vedkommende at det er helt naturlig fordi det tar litt tid før nye endringer i planverk blir integrert hos de ansatte.

En annen informant oppfatter at man har hatt felles forståelse ved massetilstrømning og begrunnet dette med rolleforståelse: *Jeg føler vi er på samme kanal og jeg tror dette har med å gjøre at vi kjenner rollene godt og vet hva som forventes av hverandre.*

Beslutningsaspektet vedørende massetilstrømning oppleves av flere koordinatorene som stressende grunnet tidspress. En informant forteller at det er trygt å vite at man kan få beslutningsstøtte av beredskapssjef, men at man som regel gjør seg opp en mening på forhånd i forhold til beredskapsnivå. På spørsmål om hvorvidt koordinator og beredskapssjef har hatt samme oppfattelse av informasjon når vedkommende har kontaktet beredskapssjef svarer en

informant: *Ja det synes jeg, de gangene jeg har snakket med dem. Jeg har ringt de midt på natten, bare for å informere om at det er en hendelse i byen hvor det er såpass nært at hvis det kommer noen så kommer det kanskje veldig mange på kort tid. Som regel er man veldig enig, men det er greit og bare få diskutert det litt.*

En annen sier i forhold til felles situasjonsforståelse og massetilstrømning at: *Ofte har man sprikende oppfatning i forhold til hva man står ovenfor, det er jo en utfordring, det går på kommunikasjon og informasjon, da tenker jeg at alle sitter med samme informasjon, det er en utfordring i enhver beredskapshendelse å sikre samme informasjon, ved at alle skal vite det samme og har det samme bildet og det er veldig ofte det ikke stemmer.*

I forhold til massetilstrømning sier informantene at det er viktig å kjenne til systemet og hvilket ansvar og roller de med nøkkelfunksjoner har. En informant forteller: *Det er av en ganske stor betydning det at man stoler på systemet og da må man kunne se at systemet funker for å kunne stole på det. Det er litt sånn at det stemmer jo at ingen kjede er sterkere enn det svakeste ledd og det er absolutt slik i beredskapsarbeid. Da må man jo for å kunne gjøre sin jobb, så må man jo stole på at andre gjør sin jobb og da kun fokuserer på sin rolle, alle har egentlig mer enn nok å gjøre i sin rolle enn at de skal gå og bekymre seg for hva hvis ikke den gjør det den skal, og da trenger man en forståelse i hele organisasjonen men også internt i avdelingen.*

Det har som nevnt blitt sagt at varslingen er utfordrende ved massetilstrømning. Informant med leder- og beredskapsansvar sier at han ikke kan huske at varsling noen gang har kommet ut til alle som skulle ha blitt varslet. Vedkommende mener grunnen til dette er stress. Det faktum at koordinatorene får veldig mye henvendelser, informasjon inn, samt etterspørring av informasjon; *da blir det veldig lett å prioritere det som fremstår som viktige telefoner inn og det er det de fokuserer på til vanlig og klarer ikke å holde fokus på de oppgavene de har med å dele informasjon.*

En informant har en oppfatning om at ved tidligere øvelser ble man mer påvirket av situasjonen enn det man blir i dag: *Tidligere for år tilbake så hadde vi ikke øvelser så ofte og da opplevde jeg at folk ble mer oppskjørtet når vi hadde øvelser, man klarte ikke å fokusere på sine egne oppgaver, at man klarte liksom ikke å bruke energien på å konsentrere seg om hva man skulle gjøre. Nå til dags, når vi har sånne øvelser jevnlig synes jeg stemningen er mye roligere, og folk er med på det her jevnlig, og det er ikke noe stor sak.*

5.4.4 Felles situasjonsforståelse overbelastning

I dette avsnittet blir det trukket frem erfaringer teamet har vedrørende overbelastning, som kan relateres til felles situasjonsforståelse.

Med hensyn til overbelastet akuttmottak blir som nevnt disse statusmøtene trukket frem som helt relevante for å få en felles forståelse av situasjonen: *Når vi gjennomfører møter så føler jeg vi har bedre forståelse, men før møtet så ser jeg ofte at vi ikke har felles forståelse.*

En annen informant sier om disse statusmøtene: *Det er veldig viktig at vi har disse møtene. Og har en oversikt og snakker sammen, om det er tre eller tretti i avdelingen er det viktig at vi møtes, samles og har en plan og det tror jeg er et veldig verdifullt fem minutters møte fordi vi møtes, og alle vet hvem alle er og hvor vi er hen og hvordan vi tenker og så forsvinner vi igjen.*

Et problem som blir belyst er at man ofte bare ser ens egen oppgave og ens egen rolle og at man har vanskelig for å se helheten. Dette mener flere fører til at man ikke oppnår en felles forståelse for situasjonen ved overbelastning. De som er koordinatorene forteller, at de aktørene i teamet som ikke er ansatt i avdelingen, men har sitt virke der bare ser en del av helheten, altså de medisinske pasientene mens koordinatorene har ansvar for alle pasientgruppene og derfor ser man det totale bildet. Dette blir illustrert av informant nedenfor:

Utgangspunktet til de ulike aktørene er veldig forskjellig her for man har de funksjonene og rollene som ser helheten, også er det de som kun ser sitt og det gjør at man ikke får den samme forståelsen. Det er vanskelig for PAM, konfereringsvakt og sekundærvakt og vakthavende legegrupper til å se viktighet og totaliteten. Da starter man jo egentlig feil og klarer egentlig ikke å ta seg inn igjen når utgangspunktet er så feil.

En annen informant som innehar koordinator funksjonen sier noe tilsvarende: *De skjønner liksom ikke helt det totale bildet, vi har andre pasienter som ligger her.*

Jeg får en oppfatning fra informantene at det ofte er uenighet i teamet i forhold til å beslutte å iverksette prosedyren ved overbelastning. Dette blir begrunnet med at flere bare ser deler av helheten, som nevnt ovenfor. I tillegg fremkommer det at noen oppfatter at koordinator beslutter å iverksette krevende fase uten at man har fullstendig oversikt over akuttmottaket på forhånd, grunnet at man ikke har gjort en god nok vurdering av situasjonen. Eksempelet fra informant belyser dette: *Den ble utløst litt sånn både når det var nødvendig og når det ikke var nødvendig. I stedet for at man på forhånd prøvde å finne noen gode løsninger. For det er*

farlig å være prosedyrestyrt i hverdagen, hele tiden. Fordi det har konsekvenser for pasienten. Det har alltid konsekvens for den andre siden. Som senest i går var vi nesten borti prosedyren og jeg skjønner at mottak må drifte forsvarlig, men så er det noe med at når det kommer 10 pasienter på en gang og de ikke har blitt tatt imot så vi kan ikke begynne flytte de med en gang de har ankommet. Det blir direkte uforsvarlig når ingen egentlig har fått oversikt over pasienten. Man må skille mellom massetilstrømning og daglig drift som er krevende. Hadde det vært massetilstrømning så ville vi tilkalt personell til våre sengeposter og da er det null problem at en sånn pasient går rett på post. Men når vi ikke har beredskap på sengeposten for den pasientgruppen så blir det farlig for pasienten.

Mangel på felles situasjonsforståelse blir av en informant belyst som et eksempel på hvorfor vedkommende tror man ofte er uenig i å iverksette prosedyren: *man har kanskje ikke helt samme virkelighetsforståelse.*

En annen informant forteller at man ofte er uenige før man gjennomfører et møte. *Men så er det også sånn at vi av og til er uenige. Enkelte ser på situasjonen som alvorlig, mens andre ikke ser på det som alvorlig og da kan det bli konflikt ut av det. Det ligger jo alltid der egentlig, i hvert fall før vi gjennomfører det møtet, eller et organisert møte når prosedyren blir utløst.*

En koordinator forteller i intervjuet at vedkommende tok kontakt med sekundærvakten for å antyde at situasjonen tilsa at prosedyren burde bli iverksatt. *Hvorpå sekundærvakten svarte: Trykk på alle knapper du vil, jeg går på obs-posten.*

En annen informant forteller at terskelen for hvorvidt man oppfatter situasjonen som alvorlig er forskjellig i teamet: *Man ser på det litt forskjellig, koordinator ser nok mer alvorlig på det, jeg tror det har med hvordan terskelen for å tolerere høyt pasientantall er, den oppfattelsen er ofte forskjellig. Når det er sagt så ordner det seg alltid, men til hvilken pris kan man si. Hvis det er for mange pasienter her så kan det føre til at pasienter ikke får det tilsynet de skulle ha hatt, og stort sett går det jo bra, men det er jo økt usikkerhet hvis man ikke har fullstendig kontroll og fullstendig oversikt.*

Det blir sagt av informant at det er behov for et økt samarbeid i teamet: *Vi trenger noe form for økt samarbeid for og lettere få en sånn felles forståelse, hvor man snakker om hvorfor gjør vi dette og hva er problemstillingen, sånn at man kalibrerer rolleforståelse og situasjonsforståelse.*

Samtlige av informantene er enige i at å ha forståelse for egen og andres roller i teamet er elementært for å sikre en god håndtering både ved overbelastning og massetilstrømning, men det fremkom at dette ble oppfattet som mer viktig i forbindelse med overbelastning enn ved en massetilstrømning. Dette ble begrunnet med at ved en overbelastning er man avhengig av at alle i teamet må utrette sin oppgave for at man skal få pasienter videre og få kontroll over situasjonen. En informant forteller at overbelastning oppfattes som mer komplekst enn massetilstrømning og begrunner dette med at ved en massetilstrømning går pasientene igjennom et forhåndsbestemt pasientforløp hvorpå mottakende avdelinger har evakuert plass til pasientene som ankommer. En annen sier at håndtering ved overbelastning er kompleks og tidkrevende ved at det er mange hensyn som må tas: *Det er jo sammensatte problemstillinger så vi må liksom bruke litt tid for at vi skal kunne plassere pasientene riktig. Det er så mange hensyn å ta, til den daglige driften, belegg på sengepostene.* Det blir også sagt av informant at det oppfattes som om det er mer forståelse og aksept for en massetilstrømning enn et overbelastet akuttmottak.

Det tolkes av informantene at de er kjent med hva som er eget ansvar og oppgaver hvis prosedyren blir iverksatt ved overbelastning. Det virker derimot som om det råder usikkerhet vedrørende andres roller, samt forventninger om hvem som skal gjøre hva i teamet. Som eksempelet fra informant belyser: *De fleste kommer og møter opp til tavlen og vet det er fullt og vet ikke helt hva de skal gjøre og hva de har myndighet til, bare det har jeg en rådgivende funksjon eller har jeg besluttende funksjon. Det er jo veldig diffust, man beslutter at den og den pasienten skal vi sende ett eller annet sted, men i forhold til hvem som gjør det videre for at det skal bli kvalitetssikret, det er jo nedfelt men den er høyst usikker hos mange.*

Statusmøtene i akuttmottaket hvor teamet skal samles for å vurdere situasjonen i forhold til pasientbelegget, mener som nevnt samtlige er av betydning for å kunne være i forkant for å forebygge en overbelastning. Flere mener at de møtene kan bli bedre for at de skal være nyttige. Det blir sagt at møtene ofte mangler struktur, samt at det er flere ganger ikke alle aktørene møter opp, eller at man faktisk ikke avholder møtene når man skal. I tillegg sies det at det er ofte man ikke har møtene i det hele tatt fordi man rett og slett glemmer det eller man føler man har for mye å gjøre og da blir det nedprioritert. En informant sier vedørende disse møtene: *Alle aktørene burde nesten ta ett minutt før møtet for å forberede seg til møtet, ved at man reflekterer litt. Hvordan er dagen? Hva er mine oppgaver? Hva er flaskehalsen? Da tror jeg møtene hadde blitt veldig mye mer nyttig.*

Jeg tror vi må bli bedre på å være nazi på de møtene på ettermiddagene når ledelsen går hjem. Det er ikke noe sånt kosemøte på hjørnet, men har vi en plan. Når vi gjør det får vi sett på sengebildet og får tanker om det alle sammen. Da vet vi hva som er planen. Da er det lettere for meg å tenke, da har vi en plan.

En annen sier om de statusmøtene: *De tror jeg er ekstremt nyttig, for da får man en oversikt over hvor det kan bære.*

Plasseringsansvarlig sier at disse møtene er nyttige fordi da kan vedkommende legge frem en plan og komme med forslag. *Når vi har disse møtene hvor vi går igjennom lista, det synes jeg fungerer bra. Da har jeg som PAM mulighet til å legge frem min sak, komme med forslag og plan, hvis det skjer så gjør vi det sånn. Det tror jeg trygger soneleder og koordinator. For det er jo de som på en måte organiserer jobben i akuttmottaket sånn som jeg ser det. En annen informant ser nytten av møtene ved at: Det er nyttig fordi man gjør en kontinuerlig oppdatering av status i akuttmottaket opp mot vurdering av kapasiteten og kan da forebygge en eventuell opphopning i avdelingen.*

Det blir av flere koordinatorene sagt at det er utfordrende å avholde time-out møtet etter beslutning om å iverksette prosedyren er fattet. Årsaken til dette blir sagt at dreier seg om arbeidspress. En koordinator forteller: *Man har ikke tid til å innkalle teamet til møtet og hvis man har besluttet og samlet teamet til et møte blir man hele tiden avbrutt på grunn av viktige telefoner som omhandler innmelding om kritisk syke pasienter.*

En annen informant med koordinatorfunksjon forteller noe tilsvarende: *Man ser jo at det som er utfordringen som koordinator er at når det er så høyt trykk så har man nesten ikke kapasitet til å stå foran den tavlen og ha møtet, gå igjennom ting for man er nødt til å ta telefonene.*

Tilsvarende utfordring fremkommer av en annen informant: *Koordinator blir jo avbrutt hele tiden under de møtene.*

5.4.5 Felles mentale modeller massetilstrømning

Nedenfor trekkes frem betraktninger fra informantene som omhandler massetilstrømning, som kan sees i sammenheng med felles mentale modeller.

Det å kjenne systemet, nærmere bestemt planverk og hvordan det er tiltenkt at man skal håndtere massetilstrømning, blir nevnt som en nødvendig faktor for å sikre god håndtering av massetilstrømning. En informant sier at desto mindre man kjenner til systemet, desto mindre tør man stole på at systemet faktisk fungerer. Hvis man ikke kjenner systemet godt nok påtar man seg et større ansvar enn det man egentlig har. Videre forteller vedkommende at dersom man er godt kjent med systemet, gjør det at man er mer fleksibel, har lettere for å tilpasse seg, samt er mer kompetent i funksjonen. Det blir sagt at erfaring fra hendelser har vist at personer blir kjent med andres roller som fører til trygghet og man stoler på at andre utfører sine oppgaver.

En annen informant sier at i forhold til massetilstrømning er det viktigste at de som har nøkkelfunksjoner, altså det teamet som skal håndtere organiseringen, har forståelse for hverandres roller og oppgaver.

På spørsmål om hvorvidt informantene mener at man er koordinert mot et felles mål i forhold til massetilstrømning tolkes det fra informantene at dette ikke anses dette som et problem. En av informantene sier: *Ved massetilstrømning, i motsetning til overbelastet akuttmottak, går alt på skinner, alle vet hva de skal gjøre og hva som forventes av dem. Det er et annet fokus ved massetilstrømning enn ved overbelastet akuttmottak.*

Det fremkommer fra intervjuene at ved massetilstrømningshendelser har de med nøkkelfunksjoner hjulpet hverandre med oppgaver. En informant med lederansvar forteller fra 22.juli at: *Min jobb gikk ut på å støtte koordinator og beredskapsansvarlig så de fikk fullføre sin varslingskjede for den var de ikke ferdig med et kvarter senere. Jeg støttet og hjalp jeg den som var beredskapsansvarlig med og omfordele ressursene med hvor folk skulle være. Det var jo den største jobben til å begynne med.*

Flere av informantene trekker frem beslutningsstøtte fra beredskapssjef som viktig vedrørende hendelser som kan føre til massetilstrømning. Det tolkes i tillegg som koordinator ofte får støtte fra beredskapsansvarlig i vurdering av hendelser. Støtte til beslutning blir trukket frem som en trygghet hvis det skulle oppstå en massetilstrømning.

Når du får en melding inn om at noe er på gang, da blir du litt på alerten. Jeg bruker litt de jeg har rundt meg, hvis man får en sånn telefon og blir litt usikker på hva man skal gjøre så har man alltid en på jobb som er koordinator som man kan støtte seg på. At man ikke sitter der og skal finne ut ting på egenhånd, man diskuterer det litt med den andre og det er alle veldig åpne for da.

En informant belyser at tiltakskort ved massetilstrømning er en viktig faktor. Det blir sagt at det er en form for sjekklister, samt at det fører til at man blir bedre kjent med egne roller. I tillegg blir det sagt at bruk av tiltakskort fører til at man i større grad forholder seg til egne oppgaver og stoler på at andre utfører deres oppgaver: *På det kortet står det punktvis og temmelig utførlig hva som skal gjøres og hvis man klarer å sørge for at man gjør det som står på kortet sitt og ikke legger nesen opp i alle andre sine kort og begynne å styre med dem så går det fint i en slik situasjon, det er det jeg tenker når vi har de øvelsene at hovedsaken her er at man må sørge for å gjøre det som er ens egne oppgaver, og det er veldig sånn skjematisk ført opp.*

En annen informant trekker frem erfaringer fra øvelser og reelle massetilstrømningssituasjoner: *Jeg synes vi er gode til å snu oss rundt på et sekund, å tenke løsninger og få ting satt i gang, folk er veldig på tilbudssiden og er veldig interesserte og står på. Ved en massetilstrømningsovelse eller ved en hendelse hvor det faktisk skjer så skjer det noe mentalt i hodet sånn at alle vil gjerne skynde seg, trekke frem utsyr, alle er klare.*

5.4.6 Felles mentale modeller overbelastning

Herunder vil det bli vist til hva informantene har sagt vedrørende håndtering av overbelastning som kan relateres til felles mentale modeller.

Det fremkommer fra informantene at man ofte føler at teamet ikke arbeider mot et felles mål i forbindelse med håndteringen av overbelastning: *Nei, problemet er at man er ofte ikke koordinerte, Alle ønsker bare for sin egen del å få gjort seg ferdige med det man holder på med bare akkurat nå. Noe som jeg skjønner, for nå var jeg så godt i gang her, må jeg liksom bryte opp å gjøre noe annet i stedet.*

Noe tilsvarende blir uttalt fra en annen informant: *Nei, føler ikke alltid vi er koordinerte, det er litt sånn «vi har våre interesser», man føler det litt sånn at alle har nok med sitt.*

Det tolkes som om koordineringen av oppgavene i teamet når det er besluttet å iverksette prosedyren ikke alltid er optimal: *Når det er besluttet å iverksette prosedyren og teamet møter opp foran pasienttavlen er det litt sånn man vet det er fullt, men man vet ikke helt hva man skal gjøre, man står og beslutter at den og den pasienten kan flyttes, men å kvalitetssikre veien videre blir ofte ikke gjort.*

En informant oppfatter at koordinator ofte ikke leder møtet etter beslutning er fattet, samt at dette møtet ofte mangler struktur.

Det informantene viser til som ofte er problematisk er selve oppfølgingen etter at det har blitt gjennomført statusmøter: *Så er det noe med oppfølgingen av beslutninger på møtet som svikter litt. Man har et møte, man er nesten i krevende eller på vei inn i krevende fase, at man ikke da lar det skli. At det er en oppfølging i det, ikke bare sånn at nå går alle og gjør noe, også får man til bare kanskje en tredjedel av det, også havner vi utpå to timer senere i en krevende fase.*

Flesteparten av informantene forteller at de ofte har opplevd at det har blitt besluttet å iverksette prosedyren, men at dette ikke har hatt effekt ved at man ikke har kommet ned på det pasientantallet man ønsker. En informant forteller at vedkommende har vært med på håndtering av overbelastet akuttmottak flere ganger, men av disse gangene er det bare en gang hvor prosedyren har hatt effekt. Vedkommende forteller at teamutførelsen var årsaken de gangene dette ikke hadde effekt: *Det var jo selve utførelsen som var årsaken, at vi var ikke gode nok på den, det var ikke klart nok i pulsmøtet hvem som skulle gjøre hva og når. Jeg husker en gang at ingen tok notater så sto vi igjen etter møtet og tenkte hvilke pasienter var det egentlig som skulle ut og hvor. Man hadde gjort halve jobben og da er det vanskelig å ta seg inn igjen, hvordan skal vi få til det her når man ikke vet hvem som skulle gjøre hva og hva vi ble enige om.*

Et annet eksempel som kommer frem er at når prosedyren for overbelastning har blitt iverksatt har ikke teamet fulgt den slik som beskrevet: *Man besluttet en krevende fase og det virket som det ikke var helt forståelse for at man skulle flytte de som var ferdig, plutselig flyttet man folk som var stabile, men som ikke var undersøkt av legen, hvor da legen måtte gå til post og undersøke i ettertid, som tar lengre tid og er mer uhensiktsmessig totalt sett.*

De gangene akuttmottaket har gjennomført en krevende fase og hatt effekt av tiltakene ved og få pasientene videre i systemet begrunnes med at man har prioritert riktig og man har hatt en strukturert gjennomgang når møtet har blitt avholdt: *Det fungerte godt en gang fordi man tok styring og prioriterte ressursene riktig. Det er egentlig veldig lite som skal til fra å gå fra en krevende situasjon til en kontrollert situasjon. Men det er komplekst.*

En annen årsak til at håndtering har fungert godt sier informant at er: *Man har avtalt et nytt møte, for å se om vi klarer å iverksette de tiltakene vi har bestemt. At det er en oppfølging i*

det, ikke bare sånn at nå går alle og gjør noe også får man til bare kanskje en tredjedel av det også havner vi utpå to timer senere.

Flere av informantene forteller at har hjulpet hverandre med oppgaver når prosedyren har blitt iverksatt, men at dette ofte er vanskelig grunnet arbeidspress. Det blir sagt at det er mest utfordrende på kveldstid fordi det er som oftest da det er mest å gjøre.

5.4.7 Massetilstrømning og HRO

I dette avsnittet vil det bli belyst hva informantene har sagt som kan sammenfalle med aspekter fra høypålitelighetsorganisasjoner. Det vil bli vist til både det organisatoriske aspektet fra ledelsesnivå samt perspektiver fra ansatte som er del av teamet hvis det skulle oppstå en massetilstrømning. Det vil først bli presentert tolkning fra intervjuene fra ledelsesnivå, deretter fra informanter i den skarpe enden.

På spørsmål om hvorvidt informantene hadde vært med på å håndtere massetilstrømning var svarene på dette noe variert. Samtlige hadde vært med på enten små eller store øvelser, enkelte hadde hatt sentrale roller i forbindelse med Harbour Ex øvelsen og to av de personene som ble intervjuet var på jobb 22. juli.

Under intervju med leder med beredskapsansvar blir det sagt at planverket som omhandler massetilstrømning er lagt opp slik at det skal være tilnærmet likt strukturer i hverdagen: *Jeg mener det er klart definert fordi man generelt gir det oppdraget til de som har det til vanlig, så hvis det er uklart i det daglige blir det kanskje uklart i den situasjonen. For noen oppgaver så er det veldig detaljert, mens mye er overlatt til det som er dagliglivets strukturer.* Videre så forklarer vedkommende at planverket er lagt opp slik at det er mindre detaljert fra nivå 1, mens klinikk og avdelingsplanene skal være mer tilpasset og detaljert i forhold til hvordan man organiserer seg i det daglige. Ansvar for å tilpasse planverket opp mot gjeldene praksis ligger til den avdeling og virksomhet som har oppgaver i forhold til situasjonen.

Vedkommende sier at det er i tråd med nasjonale prinsipper for beredskap, ved at man følger ansvar, likhets og nærhetsprinsippet. I tillegg presiserer informanten at: *I forhold til hvem som tar beslutninger og hvem som har lederfunksjoner så har det blitt mer og mer likt som det er i hverdagen. Det er en ganske annerledes tenkning enn mange andre sykehus i dag.*

Informanten sier videre at planverket for massetilstrømning er lagt opp slik at man må foreta tilpasninger basert på situasjonen: *Jeg mener at planverkets ånd er å kunne gjøre tilpasninger.*

Planene er bevisst runde og skal legge opp for improvisasjon. Systemet er bygget opp slik at man må tilpasse hvordan man løser det. Det er et komplekst system og det er vanskelig å si noe om hvor trykket kommer og hvor vi trenger å forsterke. Så det vi skriver i planverket er at det åpner for at man kan gjøre tilpasninger og at det man ikke skal gjøre er å opprette masse nye ledelsesfunksjoner men at man understøtter det man har. Generelt så er det meningen at de som gjør den oppgaven til vanlig også gjør det i den situasjonen når det gjelder. Sånn at jeg tenker at det er å følge likhetsprinsippet og at det egentlig er klart hvem som har ansvaret men at man justerer det ut fra hvor stor arbeidsmengde det er. Videre forteller vedkommende at planverket ble endret både i forbindelse med 22.juli hendelsen og Harbour ex øvelsen.

Det at koordinator har myndighet til å fatte beslutning ved massetilstrømningshendelser påpeker samtlige av informantene at er helt nødvendig. Det her er jo et tidsproblem inni bildet og den personen som er nærmest informasjonen til hendelsen er jo koordinator og det er jo koordinator som sitter med tilgjengelig informasjon.

En annen sier: Jeg tenker at det er helt nødvendig faktisk. Fordi det er jeg som får primært inn alle telefonene og jeg som skal gi beskjed til alle som skal ha beskjed raskt, jeg har oversikten over det som er i avdelingen, sånn at det er helt nødvendig at koordinator har beslutningsmyndighet til det.

Leder med beredskapsansvar forteller under intervjuet at det tidligere var definert i planverket flere aktører som skulle fatte beslutning vedrørende massetilstrømning. Dette ble endret etter noen år fordi det viste seg at det tok for lang tid før man ble enige om beredskapsnivå. Det var flere hendelser hvor pasientene hadde rukket å ankomme mottak før det var fattet beslutning, noe som resulterte i at varslingen ble forsinket.

Det blir trukket frem at kunnskap om systemet, samt kunnskap om egne og andres roller er en viktig forutsetning for å håndtere massetilstrømning: Jeg tror kunnskap om hva de andre skal gjøre eller at det er systemer for det gir en trygghet for at de faktisk gjør det. For de som er de største proppene på øvelser er de som tror at de må ta ansvar for mye rart som de ikke har ansvar for. På den måten er kunnskap for hverandre viktig.

Som nevnt i dokumentgjennomgangen var det stedfortredere som var i lederfunksjoner i akuttmottaket under 22. juli hendelsen. Dette aspektet ble også trukket frem av informant: Vi har gått veldig mye bort fra den sentrale styringen og er ikke avhengige av at det er et par kompetanse personer som skal kunne lede, så hvis de er borte fungerer det fordi ledelsen er så

spredt som den er alle andre dager i uka, og da er det mye mindre sårbart. Så sann sett så er det å basere seg på dagliglivets rutiner, som gir en veldig styrke og en veldig robusthet da.

Leder med beredskapsansvar sier i intervjuet angående 22.juli håndteringen: *Jeg tror ikke grunnen til at ting fungerte var at vi fulgte planverket men jeg tror helt klart at det at vi har planverket legger et godt grunnlag for det som skal skje, men fordi planverket skal ligne så mye på hverdagen så er det hverdagskompetansen som er det viktigste.*

Videre sier vedkommende at akuttmottaket er godt forberedt på å håndtere en massetilstrømning og begrunner dette med at planverket er tilnærmet likt ved en massetilstrømning slik som det er i hverdagen og man er godt rustet til å håndtere hverdagen i akuttmottaket, både i forhold til det kliniske, men også det organisatoriske.

En annen begrunner det at 22.juli hendelsen ble håndtert godt med at: *Det som fungerte godt var at man gjorde som man pleide å gjøre. Det fungerte veldig godt at man hadde definerte sløyfer og roller, definert ansvar. Man fulgte egentlig de faste rutiner og planverket er tilnærmet lik hverdagen. Det var jo ikke noe nye skjemaer eller rutiner man skulle gjøre.*

Videre så forteller vedkommende at koordinatorrollen ble forsterket med en ekstra og beredskapsansvarlig fikk støtte til omfordeling av ressurser. Det ble også praktisert slik at de som var mest erfarne ble satt til å inneha nøkkelroller.

I forhold til utøvelsen av planverket sier informant med lederansvar: *Jeg vet at planverket er mye mer bedre implementert hos de ansatte nå enn det det var for fem år siden for man terper på det ukentlig. Man har jo også ganske strukturert gjennomgang av ansatte i beredskapsarbeidet. Det som blir trukket frem som en utfordring er å få ansatte til å bli godt kjent med planverket: Det er en utfordring, jeg vil si at mange er kjent med innholdet i prosedyren og hva de skal gjøre, men hvis du går og spør noen om de har lest den så tror jeg ikke så mange hadde sagt ja. Det er en utfordring å få ansatte til å sette seg inn i prosedyrer og retningslinjer og lese de selv. Jeg vet at de kjenner innholdet og hva man skal gjøre i disse situasjonene, det kjenner de godt så sann sett så kjenner de også prosedyren.*

Som skrevet tidligere oppfattes det som om varslingen er det svake punktet vedrørende håndtering av massetilstrømning. Leder med beredskapsansvar sier om dette: *Varslingen har ikke gått den runden den skal og hvis vi skulle se ut i fra akuttmottaket og ut i hele sykehuset så kan jeg ikke huske en eneste gang i verdenshistorien at vi har klart å varsle alle vi skulle varsle. Det stopper alltid opp et eller annet sted. Det er jo på det punktet at feilen oftest skjer, og det er lettest å se at stress påvirker, og det er og grunnen til at det terpes på hver eneste*

fredag, nettopp for det er der det har sviktet. Det er så utrolig viktig at man får gitt beskjed ut også svikter det på det og så koker det litt bort i kålen. Det som er viktig er å komme ordentlig i gang og få ropt om hjelp i tide. Det er det vi øver mest på og det har det sviktet på mange ganger.

Intervju med informantene bærer med seg et inntrykk av at alle er godt kjent med ansvar og roller hvis det skulle oppstå en massetilstrømning. Dette begrunnes med at avdelingen prioriterer å fokusere på å være forberedt ved at man har jevnlig øvelser samt at det virker som om at beredskap på dette området har blitt en del av kulturen i akuttmottaket. I tillegg til at de svarte bekræftende på at de var kjent med prosedyren, kom flere opp med utdrag fra prosedyren som medførte at jeg fikk bekreftet at det stemte. Flere følte de hadde et klart ansvar for å gjøre seg kjent med planverket for å forstå hvordan systemet fungerer. En informant svarer på spørsmål om hvorvidt vedkommende trodde kollegaer var kjent med disse prosedyrene ble det sagt at: *Det synes jeg egentlig er bra, det har blitt bedre, flere vet nå, altså alle som er koordinator føler jeg i hvert fall skal vite det godt og det har jeg inntrykk av. Men jeg føler også internt at det er flere som vet kriteriene for det og det kan jo være for man øver på det og det blir gått igjennom.*

Flere av informantene trekker frem det at det er en beredskapsansvarlig på hver vakt som positivt. Dette blir begrunnet med at da føler man et ekstra ansvar på det å være forberedt på sine oppgaver hvis det skulle oppstå en massetilstrømning.

Jevnt over mener informantene at det er fokus på beredskap og massetilstrømning fra ledelsens side i akuttmottaket: *Jeg synes avdelingen her har et fokus på det (massetilstrømning). Vårt fokus er at vi skal være drillet og våre ledere her tar det ansvaret veldig seriøst egentlig.*

Det fremkommer at massetilstrømningsaspektet har blitt satt mer i system og at det er mer fokus på dette nå enn tidligere, ved at det eksempelvis er klarere definert hvem som skal gjøre hva hvis en hendelse inntreffer. Dette spesifiseres av informant: *Har en følelse av at det er mer fokus på det og mer satt i system. Det er vel bare i forhold til tiltakskort, det er klarere ansvarsfordeling nå. Det er mye som har skjedd og mye er på grunn av det man lærte etter 22. juli. Oppfatningen er at det er et helt annet fokus på det enn da jeg begynte, det virker som det er gjort veldig mye arbeid på den fronten. Videre forteller vedkommende at: Vi har disse faste øvelsene da på fredagene som blir gjennomført så å si hver fredag, og så er det jo at det er en egen beredskapsansvarlig sykepleier som det inngår i opplæringen, og det er jo og satt*

mye mer i system enn det var før. I tillegg er det en egen beredskapsgruppe som jobber mye med det så jeg synes det er mye fokus på det og opplæring på det. Det er jo en av de tingene som det kanskje er mest fokus på fra ledelsen, blitt flinkere på mye de siste årene. Dette er noen ting som blir tatt opp da, litt høyere.

En informant tror akuttmottaket er godt rustet til å håndtere en massetilstrømmingssituasjon og begrunner dette med: *Grunnlaget er at det er dyktige fagfolk, at det er dyktige sykepleiere som har trygghet på seg selv, det er ikke noe frøkensport å jobbe i mottak, det krever at du er selvstendig og at du har kunnskap som holder. I tillegg til alle de her hjelpemidlene som vi har da, i forhold til liste, tiltakskort, struktur, og øvelser, det er det som gjør at vi er godt rustet.*

Det som er et gjennomgående inntrykk fra intervjuene vedrørende massetilstrømning er at øvelsene fører til trygghet og at man er god forberedt på å håndtere en slik situasjon. En informant trekker frem øvelser, mengdetrening og erfaring som viktige faktorer for å være forberedt på en massetilstrømning: *Jeg føler meg relativt trygg fordi jeg har mengdetrening i det, ikke for det at jeg har vært med på så mange ting. Men jeg har mengdetrening i forhold til øvelser. Og jeg vet hva min funksjon er som soneleder og koordinator og det gir trygghet så jeg føler meg egentlig forberedt sånn sett, så har jeg vært med på så mye gjennom tidene så det å kunne improvisere i det hele, eller tenke, snu om på ting fort føles ikke så veldig farlig eller skremmende nå lenger. Det tok litt tid som koordinator før jeg følte meg trygg på det, men jeg synes at det har vi god opplæring på. De fredagsøvelsene tror jeg er gull verdt for å skape den tryggheten for da tenker du over rollene dine. Hvis du ikke har de øvelsene, så tenker du ikke så mye på rollene dine før du er der.*

En informant forteller at trygghet er årsaken til av vedkommende tror man vil kunne håndtere en massetilstrømning: *Jeg tror at regelmessighet i øving fører til at det integreres som en del av det vi holder på med her, for det fører jo til økt trygghet, som igjen fører til mestringsfølelse, at man ikke føler det er skummelt eller nifst, eller uvanlig, for det er jo en del av det vil holder på med her. Man er jo nær den her situasjonen som er optimalt, at når noe faktisk skjer så har vi øvet så mye at det er så integrert i oss at vi bare gjør det uten å begynne å tenke.*

5.4.8 Overbelastning og HRO

I denne delen fremkommer informantenes betraktninger vedrørende overbelastning sett i sammenheng med aspekter fra høypålitelighetsorganisasjoner.

Det tolkes fra samtlige av informantene at ledelsen har mer fokus på håndtering av overbelastet akuttmottak i avdelingen nå enn det har vært tidligere. Det blir sagt at ledelsen i avdelingen involverer seg i større grad og støtter koordinatorene i vurderingen om hvorvidt prosedyren skal iverksettes. *Ja, det føler jeg er et stort fokus hele tiden, at ledelsen er veldig bevisste på det. Jeg merker det jo i hverdagen og det har blitt, det er med på å løfte oss opp. Etter hvert nå når vi fortsetter med disse møtene og samles, det bevisstgjør oss selv.*

Som nevnt tidligere, står det skrevet i prosedyren «Pasientflyt ut av Akuttmottak til klinikkene» at det er koordinator, konfereringsvakt og traumeleder som har beslutningsmyndighet til å iverksette prosedyren ved overbelastning. Informant med lederansvar sier i forhold til hvem som har myndighet: *Det er rett ut i fra hvordan ansvars og fullmakter i avdelingen er bygget opp.*

Samtlige av informantene mener at det er nødvendig at koordinator skal ha myndighet til å iverksette prosedyren og begrunner dette med at det er koordinator som skal ha den totale oversikten i avdelingen. Ingen av informantene har opplevd at det har vært andre enn koordinator som har besluttet dette. *Jeg tenker kanskje at koordinator er den eneste som har den totale oversikten så primært koordinator, så sekundært teamleder kirurg og konfereringsvakt basert på hvilket område problemstillingen er størst.*

En annen sier vedrørende de som har beslutningsmyndighet ved overbelastning: *Jeg ville ha ekskludert konfereringsvakten fra den beslutningen fordi de kjenner ikke til hva som ligger i mottak og de kjenner ikke hva som ligger på våre sengeposter. De kan få kjennskap til det, men da via PAM eller sekundærvakt og da er det unødvendig å belaste de med den oppgaven det skaper forsinkelser.*

Det blir sagt av flere informanter som innehar koordinatorfunksjonen at de noen ganger har følt at de ikke har fått støtte til beslutning når de har gitt uttrykk for at det er behov for å iverksette prosedyren. Som sitatet fra belyser: *Ja, jeg har følt meg motarbeidet av konfereringsvakten, for eksempel når man tar kontakt og legger frem hvordan tilstanden er, at det må skje noen ting. Så blir du liksom bare møtt med spørsmål, ja men de (legene) må jo få lov til å gjøre seg ferdig, og gjøre det de skal gjøre, at de ikke forstår tilstanden og hvordan*

det egentlig er. Dette blir begrunnet med at konfereringsvakt ikke ser hvordan tilstanden er i akuttmottaket fordi de befinner seg ved en annen avdeling.

En annen informant forteller at vedkommende ringte for å søke beslutningsstøtte vedrørende prosedyren hvorpå konfereringsvakt hadde svart: *Ja hva vil du at jeg skal gjøre med det?*

Flere av informantene sier at man den siste tiden har blitt flinkere til å benytte prosedyren når akuttmottaket har vært overbelastet, men at det trengs mer fokus på prosedyren for å få den implementert i praksis.

En annen forteller at vedkommende opplever at det har blitt mer fokus på prosedyren, men spesifiserer hva som er nødvendig for at prosedyren skal kunne fungere bedre i praksis: *Ja, også det at vi i det siste har tatt initiativ til samarbeidsmøter. Man må snakke sammen, begynne å snakke sammen også må vi tilpasse oss hverandre da. Jeg tror at hvis vi gjennomfører øvelser og diskuterer litt sammen i mer ordnede former i hverdagen så vil det fungere betydelig bedre.*

Det påpekes under intervju at det ikke er tilstrekkelig at ledelsen i akuttmottak har fokus på prosedyren for å få til en god håndtering: *Det har ikke blitt prioritert gjennomgang av funksjoner og roller, man trener ikke på det og man gjør ikke noe med det. Man har et fint dokument som man ikke får implementert i hele organisasjonen. Det hjelper lite hvis soneleder er god på dokumentet hvis de andre ikke hører på. Dette er jo kontrast til beredskapsarbeidet hvor alle vet hva de skal gjøre og man har oversikt. Ved denne situasjonen er det mange svake ledd hvis man trekker paralleller mot beredskapsarbeidet.*

Praktisk trening trekkes frem som et behov vedrørende håndtering av overbelastning: *En skriftlig prosedyre kan aldri diktere oss, den kan aldri skjønne hverdagen, situasjonen der og da. Jeg mener at en sånn prosedyre kan være veiledende, men jeg mener at vi alle har behov for trening, praktisk trening i forhold til akkurat denne prosedyren.*

Som nevnt tidligere har samtlige av informantene fortalt at de har vært på jobb når akuttmottaket har vært overbelastet uten at det har blitt fattet beslutning om å iverksette prosedyren. En informant begrunner dette med at man har gjort det før og opplevd at det ikke har hatt effekt og derfor har man dårlig erfaring med det. En informant tror at dette kan dreie seg om beslutningsvegving hos koordinator. En annen tror årsaken til dette er at koordinator ikke har nok tyngde til å iverksette prosedyren og at man er redd for å møte motstand fra de

andre i teamet: *Man møter motstand fordi det er krevende og komplekst, det krever handling, det krever at man må gjøre mer.*

Det tolkes fra informantene at flere opplever at det er utfordrende for koordinator og fatte beslutning, samt være den som leder time-out møtet etter beslutning er fattet. Flere av informantene forteller at prosedyren ofte fungerer på dagtid, når ledelsen kan bidra til å styre statusmøtene, men ikke på kveldstid når ledelsen har gått hjem. En av informantene som er koordinator forteller: *Jeg tror at koordinator mangler øvelser på å stå i og kommunisere i de her tøffe situasjonene som man står i på kveldstid og jeg tror at man ordner det til litt annerledes enn det som blir gjort på dagen da. Jeg tror at det handler om at det er ubehagelig.* En annen koordinator sier at: *På kvelden er det litt vanskeligere. Det er vanskeligere å styre som koordinator eller soneleder utenom de åtte timene på dagen som vi har noen som skjærer igjennom og bare styrer det.*

Noe tilsvarende blir sagt av en annen informant: *Vi har en god prosedyre, det er bare vanskelig å få denne utført i praksis på vakttid.*

En informant tror årsaken til at koordinator ofte ikke iverksetter prosedyren handler om at man kvier seg: *Man kvier seg litt, det er sikkert fordi man ikke har både kjennskap til mekanismene som skal inntre og man føler man kanskje maser og tar folk ut av det de holder på med og føler at ting går saktere. Jeg tror det er mange årsaker fordi man kvier seg. Men det synes jeg vi ser daglig.*

Informant med funksjon som koordinator forteller hva hun synes er vanskelig med å iverksette prosedyren: *Jeg synes Nivå 1 (prosedyren) utførelsen er vanskelig, jeg synes det er vanskelig å være den som sier at nå har vi den her situasjonen, nå må du gjøre sånn og du gjøre sånn, Jeg synes det er veldig vanskelig å gå inn i noe hvis doktoren blir sur eller hvis PAM glir unna, og jeg synes det er veldig vanskelig og stå i det. Jeg har opplevd flere ganger at PAM sier nei, nei, nei dette går seg til. Videre forteller vedkommende: *Jeg tror det er litt at man ignorerer sykepleieren som sitter bak skranken, at man ikke anerkjenner koordinator som noe annet enn en tilfeldig sykepleier som sitter bak skranken. Vi snakker mye om hva som ligger til koordinator funksjonen og at koordinator er leder i mottak på vakttid. Vi i sykepleiergruppa vet hva som ligger til koordinator, men det tror jeg ikke det er noen andre som vet. Sånn at jeg tror, når at man ringer som koordinator til en lege for å gi beskjed om for eksempel nivå 1 (prosedyren) så tror jeg ofte at de tenker at det bare er sykepleier i**

mottak. Det er ikke noe større tyngde at man presenterer seg som koordinator enn som sykepleier.

En informant med lederansvar forteller at håndtering av overbelastning er komplekst samt at det krever forståelse for iverksetting av prosedyren utover det som akuttmottaket rår over:

Nei, det ene er jo aksept for situasjonen og kjennskap til prosedyrer og rutiner i hele organisasjonen som gjør at det er vanskelig. Hvis man sammenligner en beredskapshendelse så ringer man bare og sier at det kommer tre pasienter. I en krevende fase må man bruke fem minutter på å argumentere for hvorfor de kommer, det er en mye mer tidskrevende prosess som er mye mer vanskelig.

Kultur blir nevnt som en faktor for hvorfor prosedyren enkelte ganger ikke har hatt effekt: *Det og sende opp pasienter som er nesten ferdige og for å bli videre tatt imot av de som er på post det er en veldig stor terskel å trå over har jeg følelsen av. Det er svært få av de legene på post som er interessert i å ta imot disse pasientene på post. Dette er snakk om kulturendring. Vi kommer til å ha flere slike tilfeller i fremtiden.*

6.0 DRØFTING

I dette kapittelet vil jeg drøfte funnene mine med utgangspunkt i de perspektivene jeg har presentert i teoridelen. Problemstillingen min er: ***Hvilke organisatoriske og kognitive faktorer må være tilstede for at team skal kunne håndtere overbelastet akuttmottak i hverdagen og massetilstrømning som følge av en masseskadehendelse?***

Problemstillingen vil ligge til grunn og drøftingen vil relateres til de tre forskningsspørsmålene:

- 1) Hvilken betydning har situasjonsbevissthet for teamets evne til å håndtere overbelastning sammenlignet med massetilstrømning?
- 2) I hvor stor grad benytter teamet felles mentale modeller og felles situasjonsforståelse i håndteringen av overbelastning sammenlignet med massetilstrømning
- 3) Hvor sentralt står aspekter fra høypålitelighetsorganisasjoner i teamets håndtering av overbelastning sammenlignet med massetilstrømning, og hvor godt samsvarer dette med gjeldende planverk?

6.1 Hvilken betydning har situasjonsbevissthet for teamets evne til å håndtere overbelastning sammenlignet med massetilstrømning?

Som skrevet i teoridelen påpeker Endsley (1995) at situasjonsbevissthet er en nøkkelfaktor for effektiv beslutningstaking i et dynamisk og komplekst miljø. Innledningsvis ble det skrevet at overbelastning og massetilstrømning kjennetegnes nettopp ved at det er to komplekse og dynamiske situasjoner. Som beskrevet viser planverket for massetilstrømning og overbelastning at koordinator har beslutningsmyndighet til å iverksette tiltak hvis disse situasjonene skulle oppstå. Denne delen av drøftingen vil derfor i stor grad omhandle koordinatorfunksjonen sett i sammenheng med hva teorien belyser vedrørende situasjonsbevissthet.

Somma et al (2014) skriver at internasjonale studier viser at den vanligste faktoren for at akuttmottak blir overbelastet er utilstrekkelig tilgang på senger i sykehuset.

Kunnskapssenteret (2015) viser til at den samme faktoren er gjeldende i Norge. Innsamlet dokumentasjon på overbelastning fra akuttmottaket ved Ullevål, som presentert i diagram på side 62, viser at dette gjelder også der. Dette indikerer at det er spesielt viktig å være bevisst

på situasjonen for å kunne ha mulighet til å forebygge at man overskrider det som blir ansett som normalbelastning, over 20 pasienter i behov av seng.

Som skrevet tidligere i oppgaven er det som er førende for prosedyren «Pasientflyt ut av Akuttmottak til klinikkene» at akuttmottaket til enhver tid skal ha kapasitet til å ivareta pasienter i behov av øyeblikkelig hjelp. Det er som nevnt koordinator, konfereringsvakt og traumeleder som har beslutningsmyndighet til å iverksette prosedyren ved overbelastning. Av disse tre er det bare koordinator som er ansatt i avdelingen. Koordinator skal til enhver tid ha oversikt over pasientmengden, samt hvilke pasienter som er meldt. Basert på dette er det riktig å si at koordinator er den som har de beste forutsetningene av disse til å være bevisst på situasjonen. Det oppfattes fra intervjuene at det er koordinator som føler mest ansvar i forhold til det som er førende for prosedyren. På bakgrunn av funn fra spørreundersøkelse og intervju, tolkes det som om dette ofte kan være vanskelig. Dette vil bli begrunnet senere i drøftingsdelen.

Som nevnt deler Endsley (1995) situasjonsbevissthet inn i tre nivå. Disse er oppfattelse av informasjon, forståelse av informasjon og forventet fremtidig tilstand. I intervjuene blir det sagt at det er spesielt viktig for koordinator og soneleder å være bevisst på pasientantallet og antall innmeldte pasienter, status til pasientene som befinner seg i akuttmottaket samt hvorvidt denne informasjonen til sammen kan indikere at akuttmottaket nærmer seg en overbelastning. Disse faktorene kan i så måte sies å være de tre hovedelementene ved situasjonsbevissthet i forhold til overbelastning. Det blir sagt at årsaken til at det er spesielt viktig for koordinator og soneleder funksjonen, er at det er disse to som i det daglige har ansvaret for organiseringen og logistikken i akuttmottaket.

Som nevnt i intervjudelen sier en informant at det er viktig å ha oversikt over pasientene i akuttmottaket og hvorvidt de er undersøkt eller ikke. Her trekkes slutning til at første nivå av situasjonsbevissthet, nemlig at oppfattelse av informasjon er av betydning for å kunne ha oversikt i akuttmottaket.

Nivå 2 av situasjonsbevissthet skriver Endsley (1995) at omhandler det å tolke informasjonen. Det vil si at man må integrere alle elementer av informasjon man oppfatter i omgivelsene for å forstå hvilken betydning dette til sammen utgjør. Sitatet nedenfor illustrerer at nivå 2 er spesielt viktig for soneleder, som i samarbeid med koordinator har ansvar for logistikken i akuttmottaket.

Jeg prøver å tenke som soneleder i forhold til registrering når lege har startet og når de er ferdig hvor langt de har kommet i prosessen. Det er veldig nyttig når du sitter koordinator at du har en soneleder som følger opp det. Man er litt forberedt da.

Hvis man har forstått informasjonen godt, har man evne til å kunne si noe om hva man tror vil skje i fremtiden (Endsley, 1995). Det vil si at hvis man har oppnådd nivå 1 og 2 har man mulighet til å fatte beslutning. Dette utgjør nivå 3, som er det høyeste nivå av situasjonsbevissthet. Sitatet under viser at man har forstått informasjon på bakgrunn av tolkning av elementene i omgivelsene. Det at man vurderer at det er hensiktsmessig at teamet møtes indikerer at man også har en forventning vedrørende hva man tror kommer til å skje i fremtiden.

Jeg prøver liksom å tenke på det før det skjer, (overbelastning) man kan godt ha 25 i seng og har kontroll ut i fra hva som er meldt, man kan godt da ha et time-out møte og gå igjennom for å få litt oversikt.

Sitatene som er trukket frem ovenfor viser at de tre nivåene av situasjonsbevissthet er av stor betydning for å kunne ha mulighet til å forebygge en overbelastning. Det vil ikke være tilstrekkelig å ha forstått informasjonen, man må tolke informasjon fra alle elementer i omgivelsene for å få et helhetsbilde, først da vil man ha evne til å se hvorvidt akuttmottaket går i retning overbelastning.

Sitatet under belyser viktigheten av at koordinator er bevisst på situasjonen jamfør de tre nivåene av situasjonsbevissthet.

Når du sitter der som koordinator og det er 30 pasienter i akuttmottaket og 10 meldt og begynner først da å tenke, da har man det som regel så travelt at da blir det i hvert fall ikke tatt tak i.

Helsedirektoratet (2014) viser til tilsyn som har avdekket at akuttmottaks prosedyrer for overbelastning i varierende grad blir etterlevet. Dette er også gjeldende for akuttmottaket ved Ullevål. Dette vil bli belyst nedenfor.

Som nevnt innledningsvis viser studier at overbelastet akuttmottak assosieres med flere negative konsekvenser for pasienten, eksempelvis forsinkelser i pasientbehandlingen og større sjanse for medisinske feil (Baig et al 2015), samt høyere dødelighet (Kunnskapscenteret, 2015). Resultatene fra intervju viser at samtlige av informantene mener det er viktig å være i forkant for å unngå at akuttmottaket blir overbelastet. Flere av informantene forteller at det

ofte har sviktet på dette området, ved at man ikke fatter beslutning før det er for sent. Om dette sier en informant: *Når det er sagt så ordner det seg alltid, men til hvilken pris kan man si. Hvis det er for mange pasienter her så kan det føre til at pasienter ikke får det tilsynet de skulle ha hatt, og stort sett går det jo bra, men det er jo økt usikkerhet hvis man ikke har fullstendig kontroll og fullstendig oversikt.*

Funn fra intervju viser at det er flere ganger at akuttmottaket har vært overbelastet uten at det har blitt besluttet å iverksette prosedyren. Som nevnt innledningsvis samsvarer dette også med egen erfaring. Det samme fremkommer fra spørreundersøkelse. På spørsmål om hvorvidt vedkommende har vært på jobb når akuttmottaket per definisjon har vært overbelastet uten at det har vært fattet beslutning om å iverksette tiltak, har til sammen åtte av ti aktører krysset av for «i veldig stor grad» eller «i stor grad». Det tolkes ut fra disse funnene at årsaken til en «ikke-beslutning» er at teamet ikke har vært tilstrekkelig bevisst på situasjonen. Dette sammenfaller med hva Endsley (1995) skriver, dersom man har unnlatt å utføre en oppgave, eller dersom oppgaven ikke har blitt utført på en tilfredsstillende måte, kan årsaken til dette relateres til ufullstendig eller unøyaktig situasjonsbevissthet. I flere av tilfellene kan det tolkes som at en ufullstendig situasjonsbevissthet resulterer i at man ikke fatter beslutning, men det oppfattes som om det er andre faktorer som også påvirker. Dette vil bli argumentert senere i drøftingsdelen.

Endsley (1995) skriver at situasjonsbevissthet ikke nødvendigvis er noe man oppnår umiddelbart, men noe som kan oppnås over tid etter hvert som man tilegner seg kunnskap om systemet og dynamikken i omgivelsene. Flere av informantene nevner at hvordan koordinator vurderer situasjonen er av stor betydning for håndtering av overbelastning. Det blir sagt at man flere ganger har erfart at en koordinator som ikke har lang erfaring i funksjonen har besluttet å iverksette prosedyren på feil grunnlag, for eksempel at vedkommende bare har sett på pasientantallet, men ikke status til pasientene. Dette sammenfaller med det Endsley (1995) skriver, at situasjonsbevissthet handler ikke bare om oppfattelse av informasjon, det handler i tillegg om å forstå betydningen av informasjonen man oppfatter. Det tolkes at dette har vært tilfellet de gangene koordinator har besluttet å iverksette prosedyren på feil grunnlag. Man har bare kommet til det steget at man har oppfattet informasjon, det vil si at pasientantallet tilsvarer en overbelastning, men man har ikke forstått betydningen, nemlig det faktum at muligens flere pasienter allerede var nær en avklaring og dermed på vei til å bli sendt til sengepost. Dette tyder på at man ikke har oppnådd nivå 2 og 3 av situasjonsbevissthet.

Som nevnt i teoridelen skriver Weick et al (1999) at mindfulness kan sies å være et høyere nivå av situasjonsbevissthet. Hvis man er mindful har man mulighet til å være i forkant av hendelser før de eskaleres og kommer ut av kontroll. Hvis man har velutviklet situasjonsbevissthet kan man gjøre kontinuerlige tilpasninger, som forhindrer hendelser til å eskalere. Det tolkes fra intervjuene at man i akuttmottaket ofte svikter på dette området.

Jamfør sitatene:

Vi har en utfordring ved at man ser det an, og så brått ser man det an i fire, til seks, til åtte timer i stedet for å gjøre noe med det.

Vi kan bli bedre på å være litt i forkant, at vi tenker på det litt før det smeller.

Den største årsaken til at man ikke er tilstrekkelig bevisst på situasjonen, ved at man kommer for sent i gang med tiltak, tolkes som å være arbeidspress:

Det er for mye å gjøre og man har ikke tid til å få gått igjennom.

Det er for mye å gjøre, man begynner for sent.

Funn fra intervju viser at det er vanskelig å være bevisst på situasjonen vedrørende overbelastning på kveldstid. Dette blir begrunnet med, som illustrert ovenfor, at det er for mye å gjøre. En annen faktor som fremkommer er at koordinator på dagtid får støtte til beslutning om iverksetting av prosedyren, men mangler beslutningsstøtte på kvelden når ledelsen har gått hjem. Helsedirektoratet (2014) skriver at den største tilstrømningen av pasienter til akuttmottak i Norge er mellom klokken 12 og 20. Det vil si at den største tilstrømningen ofte inntreffer i det ledelsen har gått hjem. Informantenes oppfatning kan sees i sammenheng med det som Endsley (1995) skriver, at arbeidspress kan påvirke situasjonsbevissthet i negativ retning. Et eksempel på dette illustreres her: *På dagtid fungerer det mye bedre enn det gjør på kvelden (iverksetting av prosedyren). Det blir tatt tak i på en annen måte på dagtid føles det som. Min erfaring er hvis jeg er ute i avdelingen og da kanskje tenker mer enn en gang i løpet av en kveldsvakt at hvorfor er man ikke i en krevende fase, hvorfor skjer det ingenting. Og det er litt fordi folk ikke klarer å se det, man har litt for mye og gjøre og har ikke tid til å få gått igjennom og få kalt inn de forskjellige personene, og jeg har opplevd som soneleder på kveldsvakt at jeg har gått til koordinator og foreslått å gå igjennom, men man har ikke tid til å snakke om det, det er det som er problemet og da har det kanskje gått for langt og man ser at man burde ha tatt tak i det før.*

Inntrykket fra intervjuene er at det ofte er vanskelig for koordinator å beslutte en iverksetting av prosedyren, samt å gjennomføre time-out møtet fordi vedkommende hele tiden blir avbrutt. «Sensitivity to operations» som er en av prosessene til Collective mindfulness omhandler at man skal være bevisst på situasjonen relatert til oppgaven som skal utføres, nærmere bestemt å være bevisst på negative faktorer som kan forstyrre oppmerksomheten. I dette tilfellet vil forstyrrelser være avbrytelsen koordinator opplever i form av innkomne telefoner, jamfør sitatet: *Man har ofte ikke den kapasiteten til å gjennomføre det selv (time-out møtet), jeg skulle ønske jeg bare kunne gi headsettet til en av de andre sekretærene sånn at man får tatt 10 minutter uten at man blir avbrutt.* Dette sammenfaller med hva Driskell et al (1999) skriver at ettersom de ytre kravene i teamet øker vil oppmerksomheten rettet mot teamarbeidet bli nedprioritert og egne oppgaver kan bli oppfattet som viktigst å prioritere.

Et annet sitat illustrer noe tilsvarende, ved at det er utfordrende å tilkalle aktører i teamet til time-out møtet: *Det er jo koordinator som må ta kontakt og det er jo det som er problemet for man ikke har tid, man blir nedringt av både den ene og den andre.* Dette er i tråd med hva Endsley (1995) skriver som kan være utfordrende ved å oppnå situasjonsbevissthet. Hvis man arbeider i et komplekst og dynamisk miljø med ansvar for flere oppgaver, i tillegg til at man mottar informasjon fra flere kanter, påvirker dette situasjonsbevissthet ved at man får begrenset kapasitet relatert til oppmerksomhet.

Et annet aspekt vedørende situasjonsbevissthet som kommer frem i intervjuene er det at å håndtere overbelastning ikke alltid dreier seg om å få pasientene ut av akuttmottaket. Som Endsley (1995) påpeker så handler situasjonsbevissthet om forståelse av at det kan eksistere flere mål, og evnen til å forstå når det er nødvendig å gå for det ene målet i stedet for det andre. En informant med lederansvar forteller om dette: *Jeg tenker det handler ikke bare om å få pasienter ut av avdelingen og få best mulig flyt, men best mulig pasientbehandling og at pasienten får hjelp til rett tid og da må man egentlig, det er litt sånn at vi må stikke fingeren i jorden og ta temperaturen på oss selv og omprioritere ressursene til der hvor de virkelig trengs.* Dette sammenfaller med det som Endsley (1995) presiserer, nemlig at teamet må ha evne til å se at det kan være flere alternative mål basert på situasjonen, samt at teamet må ha evne til å se når det ene alternativet burde prioriteres i stedet for det andre.

Som dokumentasjon fra overbelastet akuttmottak viser så har man iverksatt krevende fase flere ganger grunnet manglende lege- og sykepleierressurser. Ved disse situasjonene vil målet være å sørge for økte ressurser i akuttmottaket i stedet for å tilstrebe at pasienter skal ut av avdelingen. Eksempelet fra informanten ovenfor belyser at man ikke har tilpasset seg

situasjonen. Tilpasningsevne blir beskrevet som en av kjernekomponentene for at team skal kunne være effektive. Det handler om å tilpasse strategier basert på informasjon i omgivelsene (Salas et al, 2005). Rouse et al (1992) skriver at i komplekse miljø er det umulig å kun følge prosedyrer for å håndtere hendelser som oppstå. Det handler i stor grad om temaets evne til å tilpasse seg en dynamisk situasjon.

Som nevnt innledningsvis blir beredskap definert som å forebygge, begrense og håndtere uforutsette og ekstraordinære hendelser og kriser (NOU, 2012:14). En massetilstrømningssituasjon kan man ikke forebygge at inntreffer. Basert på det som har fremkommet fra intervjuene har man ofte mulighet til å kunne forutse at en overbelastning er på vei til å inntreffe, men det forutsetter situasjonsbevissthet. Som Eriksen (2011) skriver, hvis man har mulighet til å oppfatte informasjon om en situasjon før den bryter helt ut så har man også mulighet til å iverksette tiltak som gjør at man avverger situasjonen.

Overbelastning og massetilstrømning kan sies å være to komplekse situasjoner med likheter. Likhetsstrekk dreier seg om det må fattes en beslutning og tiltak må iverksettes. Ulikhetene er blant annet at en massetilstrømning vet man ikke når oppstår, mens overbelastning kan man til en viss grad forutse. Selv om man ikke har evne til å forebygge en massetilstrømning, vil man ha evne til å kunne håndtere hendelsen etter at den har inntruffet. Som Weick et al (1999) skriver vedrørende prosessen som omhandler «Commitment to resilience», man skal ikke vente på at en hendelse inntreffer, men man skal være forberedt på å håndtere uventede hendelser som kan oppstå. Dette sammenfaller også med prosessen «Sensitivity to operations», som sammenlignes med det Endsley skriver om situasjonsbevissthet. Forskjellen er at man må selv være aktiv og engasjert for å oppnå dette økte nivået av situasjonsbevissthet. Denne prosessen kan i så måte relateres til massetilstrømning, hvor man i forkant av en hendelse må være aktiv og engasjert for å kunne være bevisst på situasjonen før den inntreffer. Resultat fra intervju viser at dette stemmer overens med praksis. Det virker som koordinator er bevisst ansvaret vedkommende har vedrørende beslutning, iverksetting og varsling av tiltak hvis det skulle oppstå en massetilstrømning, samt aktivt sørger for å være bevisst på dette. Det følgende sitatet illustrerer dette: *Jeg tenker alltid over det når jeg er koordinator, for jeg vil alltid vite hva som foregår og jeg vil alltid være beredt på det. Jeg vil ikke begynne å kløne med det. Jeg vet nøyaktig hvilke ting som er i min rolle som jeg skal forholde meg til.*

Håndtering av en masseskadehendelse er karakterisert av behov for å raskt respondere på uforventede og komplekse situasjoner (Greenberg et al, 2013). Som presentert i resultatdelen

viser dokumentasjon at akuttmottaket har vært overbelastet en rekke ganger, mens erfaringer tilsier at massetilstrømning er noe som sjeldent oppstår. Man kan derav si at massetilstrømningshendelser er i større grad uforventede hendelser sammenlignet med overbelastning.

I følge Weick et al (1999) er forventninger er et nøkkelbegrep ved det å være mindful. Hvis man skal kunne håndtere det uforutsette må man ha evne til å skape forventninger omkring hva som kan komme til å skje. Først da kan man imøtekomme uforutsette hendelser på en årvåken måte. Det å forvente at en hendelse kan inntreffe vil si at man er mentalt forberedt på at noe kan skje. Som skrevet i intervjudelen virker det som de informantene som innehar funksjonen som beredskapsansvarlig er mentalt forberedt på at noe kan skje. Det kan virke som en stor del av det kan relateres til fordelingslisten ved massetilstrømning, som skal fylles ut ved hver vakt: *Jeg tenker litt igjennom hva som kan skje, man blir jo litt tvunget til å tenke igjennom det, man skal jo fylle ut disse skjemaene. Man blir tvunget til å tenke de tankene enten man vil eller ikke fordi man har de listene, som er en genistrek, og da er man tvunget til å ta de vurderingene, sant, og hvis du ikke i utgangspunktet har tenkt, så må man jo det allikevel, det skal la seg godt gjøre at man ikke tenker de tankene når man skal fylle ut den listen.* Dette sitatet er i tråd med teorien som blir belyst ovenfor. Det tolkes derfor at aspektet vedrørende mindfulness, som omhandler forventninger, er av stor betydning for å kunne være forberedt på å håndtere en massetilstrømning.

Som nevnt innebærer Commitment to resilience, at man skal være forberedt på hendelser som kan oppstå, men man må også ha evne til å slå tilbake før hendelser får satt seg skikkelig. Dette vil si at man er motstandsdyktig (Weick et al, 1999) Erfaringer fra 22.juli og Harbour ex viser at akuttmottaket har håndtert disse hendelsene godt, med andre ord så har man har vært motstandsdyktig. I forhold til situasjonsbevissthet tolkes det dit hen at prosessen som omhandler Commitment to resilience er av større betydning ved massetilstrømning enn de andre aspektene som omhandler situasjonsbevissthet, fordi motstandsdyktighet handler om å være forberedt på det uforutsette. Derav trekkes slutningen at motstandsdyktighet er av større betydning for å håndtere en massetilstrømning enn overbelastning.

Som nevnt i intervjudelen forteller informant at ved massetilstrømning slipper man alt man har i hendene og fokuset omhandler akkurat den situasjonen. Det oppfattes fra intervjuene som om det er mer komplekst å oppnå situasjonsbevissthet ved overbelastning sammenlignet med massetilstrømning. Dette fordi man må være bevisst på pasientbelegget i akuttmottaket, hvor mye ressurser hver pasient krever, hvor mange som er meldt inn til akuttmottaket samt

hvor mange som er nært ved å flyttes videre. Ved å unngå å være bevisst disse faktorene vil det være en stor sjanse for at akuttmottaket blir overbelastet. Som nevnt i intervjudelen sier en informant at det som kreves for å unngå overbelastning er at man er i forkant: *Regelmessig vurdering og overvåking av situasjonen er viktige for å unngå uhensiktsmessige vurderinger.* Dette er i tråd med det Weick et al (1999) skriver, at ved å være mindful kan man ha evne til å se potensiale til situasjoner som kan utvikle seg i negativ retning, samt mulighet til å handle på bakgrunn av dette.

Endsley (1995) skriver vedrørende situasjonsbevissthet at beslutningstakere må ha evne til å identifisere pekepinner i omgivelsene som kan indikere nye eller fremvoksende mål, og fatte beslutninger ut i fra dette. Som belyst i intervjudelen sier en informant at det virker som om det er færre ukontrollerte evakueringer ved overbelastning nå enn tidligere. Med dette mener vedkommende at man tidligere har flyttet pasienter som ikke har vært avklart i en krevende fase. Grunnen til at teamet har blitt bedre på dette området blir sagt å være: *Jeg tror det kan være at man er litt mer forberedt og har litt hyppigere møter og tar grep litt tidligere. De møtene kan da bedre til å klare opp i situasjonen tidligere for å forhindre opphopning.* Dette sitatet belyser at man i de tilfellene hvor man har hatt hyppigere møter og tatt grep, har man handlet i tråd med det som er skrevet om situasjonsbevissthet ovenfor.

I planverket for massetilstrømning så står det som nevnt at ansvar i forhold til det å beslutte beredskapsnivå er tillagt koordinator i akuttmottaket. Hvis tiden tillater det skal koordinator konferere med vakthavende beredskapssjef før beslutningen fattes. Dette fordrer at koordinator må være bevisst på situasjonen i forkant av en hendelse for å kunne fatte beslutning på riktig grunnlag. Som nevnt, ifølge Weick et al (1999) handler det å være mindful ikke bare om å se en allerede oppstått situasjon, men også være bevisst på hvilke hendelser som kan oppstå. I intervjuene fremstår det som koordinatorene er bevisst på dette aspektet. Det blir sagt at tidsaspektet er essensielt for å vurdere situasjonen og hvor vidt man har tid til å søke beslutningsstøtte hos beredskapssjef. *Hvis det skjer en hendelse så er det et samarbeid med beredskapssjefen, så fremst det ikke er helt klart med rød eller gul, og spesielt rød, som du ikke tar deg tid til å ringe en gang først. Hvis det var sånn ok, det er 5 og kanskje mest sannsynlig flere skadde så hadde jeg ikke tatt gul sånn utenom å ha ringt først, det hadde jeg nok ikke gjort, da hadde jeg samarbeidet med de.* Endsley (1995) påpeker at situasjonsbevissthet er den viktigste faktoren i beslutningstaking og det handler om å oppfatte signaler, tolke disse signalene og ha evne til å se fremtidig status. I så måte kan man si at situasjonsbevissthet er av betydning i forhold til håndtering av en massetilstrømning for å

kunne fatte riktig beslutning, spesielt når tidsaspektet er viktig. Som skrevet tidligere påpeker Endsley (1995) at situasjonsbevissthet ikke er noe man nødvendigvis oppnår umiddelbart, men noe man kan oppnå over tid basert på kunnskap om systemet. Dette kan sees i sammenheng med det som blir sagt i intervjuene, at informantene som er koordinatorene føler seg trygg fordi man har øvd, man kjenner systemet og man kjenner hverandres roller.

Endsley (1995) skriver at situasjonsbevissthet kan sies å være en kunnskapstilstand. Med dette menes kunnskap om systemet og dynamikken i omgivelsene. Intervjuene indikerer at koordinator og beredskapsansvarlig har kjennskap til systemet ved massetilstrømning. I denne sammenhengen kan systemet sies å være planverket. Det blir nevnt av en informant at vedkommende har en oppfatning av at koordinatorene kjenner kriteriene for massetilstrømning godt. Dette er samme oppfatningen jeg sitter igjen med etter intervjuene. I så måte kan man si at situasjonsbevissthet er av betydning ved massetilstrømning. Spesielt gjelder dette i forhold til koordinator som har beslutningsmyndighet og skal kunne avgjøre beredskapsnivå uten å måtte konferere hvis tidspress er avgjørende. Når det gjelder kunnskap om dynamikken i omgivelsene vil dette være av større betydning ved overbelastning, fordi overbelastning i stor grad kan forutses, i motsetning til massetilstrømning. Dynamikken i omgivelsene kan derfor relateres til de tre nivåene av situasjonsbevissthet som det er skrevet om tidligere i drøftingsdelen.

For å være bevisst på å forebygge eller håndtere overbelastet akuttmottak krever det derfor muligens i større grad enn ved massetilstrømning at man er oppmerksom på omgivelsene. Koordinator, som er ansvarlig for å sørge for at det alltid er kapasitet til pasienter i akuttmottak, har derfor en nøkkelfunksjon i forhold til dette. Vedkommende må hyppig vurdere situasjonen i forhold til antall pasienter som til enhver tid oppholder seg i akuttmottaket og hvorvidt dette antallet overskrider det som ifølge planverket er en krevende eller kritisk fase.

For å oppnå mindfulness vil det ikke være tilstrekkelig å være bevisst på hva som kan skje, man må også handle på bakgrunn av det man oppfatter (Weick et al, 1999). Som skrevet tidligere fyller beredskapsansvarlig ut en fordelingsliste for massetilstrømning ved hver vakt. Det fremkom av intervju at denne listen ikke hadde blitt fylt ut en dag, noe som skapte mye stress og forvirring da det den samme dagen faktisk inntraff en hendelse. Koordinator besluttet raskt at den med mest erfaring innenfor området også skulle inneha funksjonen. I dette tilfellet kan det sies at man ikke var bevisst på at en massetilstrømning kunne oppstå fordi beredskapsansvarlig ikke hadde fylt ut listen. Men i tråd med det Weick et al (1999)

skriver, handlet man på bakgrunn av det som ble oppfattet. I tillegg viste man evne til å tilpasse seg situasjonen. Dette er også i tråd med det som tidligere er skrevet vedrørende tilpasningsevne, ved at man tilpasser strategier basert på informasjon i omgivelsene (Salas et al, 2005).

6.1.1 Oppsummering situasjonsbevissthet

For å oppsummere denne delen av drøftingen tolkes det at situasjonsbevissthet er helt essensielt for å kunne forebygge samt håndtere at akuttmottaket blir overbelastet. Dette relateres til at overbelastning er en situasjon man kan ha mulighet til å forutse, i motsetning til massetilstrømning. Dette fordrer situasjonsbevissthet og slik jeg tolker det spesielt i forhold til Endsleys (1995) tre nivå av situasjonsbevissthet, oppfattelse av informasjon, forståelse av informasjon og forventet fremtidig tilstand. Mine funn viser, i tråd med Kunnskapssenteret (2015), og Somma et al (2014), at den største årsaken til at akuttmottak blir overbelastet dreier seg om kapasitetsproblematikk på sengepostene. Det kan sies at disse funnene indikerer at det dermed vil være en gradvis utvikling mot en overbelastning i akuttmottak. Dette understøtter viktigheten av at koordinator må være bevisst på situasjonen.

Endsleys (1995) beskrivelse av situasjonsbevissthet vil ikke være av like stor betydning ved massetilstrømning som ved overbelastning. Det vil likevel være av betydning og da spesielt i forhold til koordinator i forbindelse med beslutning. Da vil sensitivity to operations stå sentralt, ved at koordinator må være aktiv og engasjert for å tilstrebe og oppnå et høyere nivå av situasjonsbevissthet. Commitment to resilience vil også være av stor betydning, ved at man må være motstandsdyktig og håndtere det uventede når det inntreffer. Samtidig er forventninger og det å være mindful av betydning ved massetilstrømning. Som Weick et al (1999) påpeker, man må forvente at en hendelse skal kunne skje for å være forberedt.

6.2 I hvor stor grad benytter teamet felles mentale modeller og felles situasjonsforståelse i håndteringen av overbelastning sammenlignet med massetilstrømning

Teamet som skal håndtere overbelastet akuttmottak består av koordinator og soneleder, som begge er ansatt i avdelingen, samt konfereringsvakt, sekundærvakt og plasseringsansvarlig, som er ansatt ved andre avdelinger. Kunnskapssenteret (2015) skriver at en forutsetning for å

håndtere overbelastede akuttmottak er et samarbeid på tvers av avdelinger med en felles forståelse av behov og ressursituasjon.

Akuttmottaket en avdeling med dynamisk miljø preget av uforutsigbarhet. For å tilpasse seg en dynamisk situasjon som stadig er i endring, samt respondere på denne endringen er det viktig at team har felles mentale modeller (Canon-Bowers og Salas, 1998).

Endsley (1995) skriver at hvert medlem i teamet må ha situasjonsbevissthet ut i fra hva som er forventet av den enkelte som til sammen utgjør felles situasjonsforståelse i teamet. Uten situasjonsbevissthet vil man heller ikke kunne oppnå felles mentale modeller. Hele teamet må inneha situasjonsbevissthet, hvis ikke påvirker dette teameffektiviteten. Det er viktig at teammedlemmene oppfatter informasjonen likt for å oppnå felles situasjonsforståelse. I følge Paris et al (2000) er målet med felles situasjonsforståelse at teamet skal få et felles bilde av miljøet de opererer i.

Mine funn viser at teamet ofte ikke har oppfattet situasjonen likt ved overbelastning. Dette vil begrunnes nærmere nedenfor.

Resultatene peker i retning at en av hovedutfordringene ved å håndtere overbelastning er at teamet ofte er uenig i at man skal iverksette prosedyren. Samtlige av informantene forteller at de flere ganger har opplevd at teamet har vært uenig. Resultatene fra spørreundersøkelsen er noe sprikende. På spørsmål om hvorvidt man ved tidligere håndtering av overbelastning har oppfattet at hele teamet var enig i at man skulle iverksette prosedyren svarte fem «i stor grad», tre i «liten grad» og to i «svært liten grad». Fordi spørreundersøkelsen hadde avkrysningsalternativer er det vanskelig å si noe om hva som ligger bak disse svarene. Det tolkes imidlertid ut ifra intervju at årsaken til uenighet i stor grad kan tilskrives at teamet har forskjellig bilde av situasjonen ved overbelastning. Sitatene som følger illustrerer dette:

Enkelte ser på situasjonen som alvorlig, mens andre ikke ser på det som alvorlig og da kan det bli konflikt ut av det.

Man har kanskje ikke helt samme virkelighetsforståelse.

Man ser på det litt forskjellig, koordinator ser nok mer alvorlig på det, jeg tror det har med hvordan terskelen for å tolerere høyt pasientantall er, den oppfattelsen er ofte forskjellig.

En av årsakene til at teamet kan sies ha forskjellig bilde av situasjonen tilskrives at teamet ofte ikke avholder statusmøter. Dette vil bli beskrevet nærmere. Samtlige av informantene påpeker at statusmøtene er viktige for å unngå overbelastning. Resultatene fra

spørreundersøkelsen viser tilsvarende. På spørsmål om i hvilken grad aktørene mener det er nyttig med statusmøtene man har før akuttmottaket blir overbelastet svarer ni i «veldig stor grad» og tre i «stor grad». Viktigheten av at møtene blir avholdt for å få en felles situasjonsforståelse understøttes av disse sitatene: *Når vi gjennomfører møter så føler jeg vi har bedre forståelse, men før møtet så ser jeg ofte at vi ikke har felles forståelse.*

Det er veldig viktig at vi har disse møtene. Og har en oversikt og snakker sammen, om det er tre eller tretti i avdelingen er det viktig at vi møtes, samles og har en plan.

Eriksen (2011) skriver at hensikten med felles mentale modeller er at teamet skal oppnå et likt tankesett for å skape en felles forståelse av situasjonen. For å oppnå dette er det viktig med statusmøter hvor man skal tenke seg hvordan situasjonen vil komme til å endre seg, og hvor man skal bli enige om fokuspunkter og mål og aksjonere ut i fra dette.

Det er i akuttmottaket lagt føringer for at statusmøter skal gjennomføres til angitte tidspunkt i løpet av hver dagvakt og kveldsvakt. Det er definert hvem i teamet som skal være tilstede på disse møtene. Av de fem møtene er to hvor hele teamet skal samles, hvis behov skal koordinator tilkalle de andre aktørene for å delta på møtet.

Slik jeg tolker det fra intervjuene er det tre aspekter som oppleves som utfordrende relatert til gjennomføringen av disse møtene. Det første aspektet er at det er til tider vanskelig å få samlet hele teamet, fordi det er flere aktører som er opptatt med andre arbeidsoppgaver og ikke møter opp. Det andre er at det er ofte møtene ikke avholdes når det er definert at det skal være møte, det fremkommer at dette gjelder i hovedsak på kveldstid når ledelsen har gått hjem. Informantene forteller at grunnen til at møtet ikke blir avholdt er fordi mange rett og slett glemmer det. Det tredje aspektet er at koordinatorene sier at de ofte opplever så høyt arbeidspress og føler de må prioritere det som anses som viktigere der og da, nemlig å motta innkommende meldinger om kritisk syke pasienter. Sitat fra informant belyser dette: *Man har ikke tid til å innkalle teamet til møtet og hvis man har besluttet, og samlet teamet til et møte blir man hele tiden avbrutt på grunn av viktige telefoner som omhandler innmelding om kritisk syke pasienter.*

Prosedyren for overbelastning beskriver at koordinator har myndighet til å fatte beslutning når akuttmottaket er overbelastet, samt tilkalle teamet for time-out møtet og sørge for at dette blir gjennomført. Det fremkommer av intervjuene at det ikke bare er utfordrende å få samlet teamet til statusmøtene før akuttmottaket er overbelastet, det virker som om det er utfordrende å samle teamet også etter at det er besluttet å iverksette prosedyren. Sitat fra koordinator

belyser dette: *Man ser jo at det som er utfordringen som koordinator er at når det er så høyt trykk så har man nesten ikke kapasitet til å stå foran den tavlen og ha møtet, gå igjennom ting for man er nødt til å ta telefonene.*

Eriksen (2011) skriver at en felles mental situasjonsmodell kan beskrives som hvordan man ser for seg at situasjonen man står ovenfor er, og hvordan den skal håndteres. For at teamet skal oppnå en felles mental situasjonsmodell kreves det at teamet møtes. Det som skal avklares på møtet er blant annet hvilke tiltak som må utføres samt hva som er intensjonen med tiltakene. Videre skriver Eriksen (2011) at det er essensielt at de sentrale aktørene i teamet deltar. Basert på det som er skrevet ovenfor vil det i flere tilfeller ikke være mulig å oppnå en felles mental situasjonsmodell. Grunnet at koordinator kan beslutte at prosedyren skal iverksettes, samle aktørene til møtet og sørge for at dette blir gjennomført er vedkommende en sentral aktør. Det vil være helt essensielt at koordinator deltar på møtet for at teamet skal kunne avklare hvilke tiltak som skal utføres.

Canon-Bowers og Salas (1998) skriver at en felles mental modell gjenspeiler avhengigheten som er mellom teammedlemmene. I prosedyren for overbelastning står det definert hva som er oppgavene til de enkelte i teamet. Man er helt avhengig av at alle aktørene utfører sin oppgave for å håndtere en overbelastning, basert på dette kan man si at teamet er gjensidig avhengig av hverandre. Det som fremkommer i intervjuene understøtter dette. Oppfatningen er at det er mer komplekst å håndtere overbelastning enn massetilstrømning, grunnet av ved massetilstrømning går pasientene igjennom er forhåndsbestemt pasientforløp, hvorpå mottakende avdelinger har evakuert plass til pasientene som ankommer. Det blir sagt at ved overbelastning er man avhengig av at alle i teamet må utrette sin oppgave for at man skal få kontroll over situasjonen. Dette kan sees i sammenheng med Endsleys (1995) modell som viser situasjonsforståelse i team, hvor hvert teammedlem overlapper hverandre på bakgrunn av hvilke oppgaver det enkelte teammedlem innehar. Når teammedlemmene ikke møtes ved en overbelastning vil ikke teammedlemmene kunne overlappes hverandre og derfor heller ikke oppnå felles situasjonsforståelse.

Som skrevet i teoridelen vil den felles situasjonsforståelsen gjenspeiles av evnen teamet har til å effektivt allokere ressursene man har til rådighet (Endsley, 1995). Vedrørende massetilstrømning så viser erfaringer fra 22.juli hendelsen at dette ble gjort. Helsedirektoratet (2012) påpekte at det den dagen var liten oversikt over ansatte som møtte opp på jobb. På tross av dette ble nøkkelfunksjonene til enhver tid ivaretatt. I så måte kan man si at teamet hadde felles situasjonsforståelse 22.juli, fordi man hadde evne til å effektivt allokere ressurser.

Et annet aspekt som tolkes fra intervjuene er at ved massetilstrømningshendelser støtter man seg ofte på hverandre samt hjelper hverandre med oppgaver. Eksempelvis ved at beredskapsansvarlig hjelper koordinator med oppgaver. Leder med tilknytning til akuttmottaket sier angående dette i forbindelse med 22.juli håndteringen: *Min jobb gikk ut på å støtte koordinator og beredskapsansvarlig så de fikk fullføre sin varslingskjede for den var de ikke ferdig med et kvarter senere. Jeg støttet og hjalp jeg den som var beredskapsansvarlig med og omfordele ressursene med hvor folk skulle være. Det var jo den største jobben til å begynne med.*

Sitatet ovenfor sammenfaller med det som Salas et al (2005) beskriver som en av kjernekomponentene til teamarbeid, nemlig gjensidig overvåking av utførelse. Som det fremkommer i teoridelen innebærer støttende adferd at teamet hjelper hverandre med oppgaver. En forutsetning for å kunne utvise støttende adferd er at man er kjent med hverandres roller og oppgaver (Salas et al, 2005). Videre påpekes det at en forutsetning for å kunne vise støttende adferd er at teamet har oppnådd felles mentale modeller. Det tolkes derfor at teamet i tilfellene beskrevet ovenfor har oppnådd felles mentale modeller fordi man har utvist støttende adferd. Informantene forteller at man også har utvist støttende adferd i teamet relatert til overbelastning. Det tolkes imidlertid som om man ikke i like stor grad har utvist støttende adferd ved overbelastning som ved massetilstrømning. Ett aspekt ved dette kan relateres til arbeidspress. Det andre er at det kan sies å være enklere å utvise støttende adferd ved massetilstrømning fordi man etter kort tid vil ha økte ressurser i akuttmottaket. Salas et al (2005) skriver at støttende adferd er spesielt viktig i omgivelser preget av arbeidspress og stress. Det antas at en massetilstrømning vil oppleves som mer stressende enn ved overbelastning grunnet at det er en hendelse som er uventet og oppstår akutt, men ved overbelastning kan man si at teamet vil oppleve press på å få situasjonen under kontroll. Støttende adferd i teamet vil derfor være viktig ved både en massetilstrømning og en overbelastning. Salas et al (2005) skriver i tillegg at team som har oppnådd felles mentale modeller utviser mer støttende adferd enn team som ikke har det (Salas et al, 2005). Det tolkes som om man ved massetilstrømning har utvist støttende adferd i større grad enn ved overbelastning fordi man i større grad vet hva som forventes i rollene ved massetilstrømning. Dette vil utdypes nærmere nedenfor.

Kaber og Endsley (1998) skriver at felles situasjonsforståelse er svært viktig hvis man har begrenset med tid til å utføre en oppgave. Som skrevet i intervjudelen tolkes det som stressende for koordinator når det blir ringt inn melding om en hendelse som kan føre til

massetilstrømning. Som en informant sier på spørsmål om man har oppfattet informasjon om hendelse likt når vedkommende har ringt beredskapssjef for å få beslutningsstøtte: *Ja det synes jeg, de gangene jeg har snakket med dem. Jeg har ringt de midt på natten, bare for å informere om at det er en hendelse i byen hvor det er såpass nært at hvis det kommer noen så kommer det kanskje veldig mange på kort tid. Som regel er man veldig enig, men det er greit og bare få diskutert det litt.* Ut ifra dette sitatet tolkes det som man i de tilfellene har tolket situasjonen likt og dermed oppnådd felles situasjonsforståelse.

Tidligere i denne delen av drøftingen har det blitt påpekt at en av hovedutfordringene ved å håndtere overbelastning er at teamet ofte har et ulikt bilde av situasjonen, og derfor oppnås ikke felles mentale modeller eller felles situasjonsforståelse. Et annet funn som fremstår som en klar utfordring i håndtering av overbelastning er at når prosedyren har blitt iverksatt er det flere ganger at denne ikke har hatt effekt, ved at man ikke har kommet ned på det pasientantallet man ønsker. I resultatdelen vises det til dokumentasjon på når akuttmottaket har vært overbelastet og prosedyren har blitt iverksatt. Som nevnt var loggføringen enkelte steder uleselig eller at det var det ikke ført logg. Dette gjør det vanskelig å si noe om hvorvidt iverksettingen disse gangene har hatt effekt. Resultatene fra intervjuene tyder på at en iverksetting ofte ikke har hatt effekt. Det som tolkes som bakenforliggende årsaker til dette vil bli belyst nedenfor.

Canon-Bowers og Salas (1998) skriver at mentale modeller handler i stor grad om kunnskap om systemet og omgivelsene. Videre skriver de at en forutsetning for å oppnå felles mentale modeller er at man er kjent med hva som er egne, samt andres roller og oppgaver i teamet. Lim og Klein (2006) beskriver felles mentale modeller som når medlemmene i teamet organiserer kunnskapen om teamets oppgave, roller, mål og muligheter på lik måte. Kunnskap om systemet kan i denne sammenheng sies å være kunnskap om prosedyren med tilhørende roller og oppgaver. Flere av eksemplene i intervjudelen viser at man har vært usikre på hva som har vært rollene til hvert enkelt medlem i teamet når man har besluttet å iverksette prosedyren. Dette tolkes som en av årsakene til hvorfor prosedyren ikke har hatt effekt. For å belyse dette trekker jeg igjen frem sitatet fra en informant når akuttmottaket var overbelastet hvor teamet ble samlet for å legge en plan og iverksette tiltak: *Det var jo selve utførelsen som var årsaken, at vi var ikke gode nok på den, det var ikke klart nok i pulsmøtet hvem som skulle gjøre hva og når. Jeg husker en gang at ingen tok notater så sto vi igjen etter møtet og vi tenkte hvilke pasienter var det egentlig som skulle ut og hvor. Man hadde gjort halve jobben*

og da er det vanskelig å ta seg inn igjen, hvordan skal vi få til det her når man ikke vet hvem som skulle gjøre hva og hva vi ble enige om.

Som nevnt er en av de koordinerende mekanismene til kjernekomponentene i teamarbeid «closed-loop» kommunikasjon. Dette blir beskrevet som viktig for å kunne kalibere mentale modeller i teamet. Sitatet ovenfor tyder på at kommunikasjonen innad i teamet ikke har vært optimal. Det fremkommer at det var uklart hvem som skulle gjøre hva. Dette sammenfaller med det som Rouse et al (1992) skriver, at årsaken til at team ikke kommuniserer adekvat er at teammedlemmer ikke vet hva som forventes av en selv og heller ikke hva en kan forvente av andre. Salas et al (2005) skriver at ettersom teamet blir kjent med oppgaven, hverandres og egne roller samt hva som forventes av hver enkelt i teamet, har man bedre forutsetning for å etterleve kjernekomponentene i teamarbeid.

Resultatene viser en tendens til at man ikke har god nok rolleforståelse ved overbelastet akuttmottak. Basert på det som fremkommer i intervjuene oppfatter jeg at aktørene i teamet har god forståelse for hva som er egen rolle, men det virker som om informantene er noe mer usikre på andres roller og hva som kan forventes av hverandre. I forbindelse med spørreundersøkelsen svarte majoriteten at de i veldig stor grad eller i stor grad fikk bedre kjennskap til hverandres roller ved å på forhånd lese dokumenter som omhandlet de forskjellige funksjonene. Selv om dette bare utgjør et fåtall av de aktørene som utgjør teamet, opplever jeg at svaret på spørreundersøkelsen, samt det informantene forteller, viser at man ikke er godt nok kjent med hverandres roller og oppgaver når akuttmottaket er overbelastet. Det som er beskrevet ovenfor samsvarer med det som blir trukket frem i teorien vedrørende felles mentale modeller. Rouse et al (1992) viser til at hovedårsaken til at team ikke klarer å oppnå felles mentale modeller er at medlemmene i teamet ofte ikke vet hva som forventes av en selv, eller hva en kan forvente av de andre i teamet. Resultatet av dette er at teamet ikke kommuniserer adekvat, noe som fører til en nedsatt teamprestasjon.

Det at en iverksetting av prosedyren flere ganger ikke har hatt effekt vil ikke nødvendigvis være en gjennomgående oppfatning fra ansatte ved håndtering av overbelastning. Det er med andre ord ikke slik at informantenes oppfatning trenger å være representativt. Det som styrker dette funnet er, som nevnt innledningsvis, at dette sammenfaller med egen erfaring samt at ansatte har uttrykt tilsvarende erfaring. Dette blir også belyst med et avvik som har blitt registrert, som Kunnskapsenteret (2015, s 27) viser til: *Nivå 1 dokument; Pasientflyt ut av Akuttmottak til klinikkene*», e-håndbok, hadde ingen effekt. Dette dokumentet/prosedyren

fungerer generelt dårlig. Akuttmottaket er i en vanskelig omorganiseringsfase, har bare økende pasienttrykk.

Selv om avviket ble skrevet på et tidspunkt hvor akuttmottaket var i en stor omorganiseringsfase, er det som beskrevet ovenfor en oppfatning som fortsatt står fast hos flere av informantene. Eksempelvis så fortalte en av informantene at vedkommende hadde erfart at prosedyren ved overbelastning hadde blitt iverksatt flere ganger, men opplevd at tiltakene som skulle iverksettes hadde blitt utført i henhold til prosedyren bare en gang. Eid og Johnsen (2006) skriver at hvor gode teamprosessene har vært reflekteres ofte i utførelsen til teamet. Dette tyder på at de gangene man har iverksatt prosedyren og tiltakene ikke har hatt effekt har teamprosessene ikke har vært gode nok. Nærmere bestemt tolkes det at det har vært manglende mentale modeller. Salas et al (2005) skriver at hvis teamet ikke har oppnådd felles mentale modeller kan dette føre til at teammedlemmene ikke arbeider mot et felles mål.

Svarene fra spørreundersøkelsen viser at flesteparten ved tidligere håndtering av overbelastning har vært kjent med eget ansvar og oppgaver i forhold til prosedyren. Flesteparten mente det var nyttig med simulering for en bedre forståelse av hvordan systemet fungerer. I tillegg mente også flesteparten at de fikk bedre kjennskap til de andre teammedlemmenes ansvar og oppgaver ved å lese dokumentene som ble sendt på forhånd. Samtlige mente det var nyttig med tiltakskort under simuleringen og at det vil være nyttig å benytte dette i en reell situasjon. Det tolkes at grunnen til at det ble ansett som nyttig, var fordi det ga trygghet i forhold til oppgaver og roller. Dette viser, i tråd med hva som er skrevet i teorien, at det er nyttig med kunnskap om systemet, samt kunnskap om egne og andres roller for å kunne etablere felles mentale modeller. Det tolkes derfor at den andre årsaken til at prosedyren ikke har hatt effekt er fordi man ikke har hatt tilstrekkelig kunnskap om systemet og omgivelsene, og derfor heller ikke har oppnådd felles mentale modeller. Dette kan også sees i sammenheng med hva Kunnskapsentret (2015) skriver om at det er behov for trygghet hos personalet i akuttmottak for å håndtere uforutsigbar pasienttilstrømning. Tryggheten må bygges på blant annet kjennskap til systemet.

Som nevnt i teorien er teamorientering en av kjernekomponentene for effektiv teamarbeid. Teamorientering dreier seg om holdningene teammedlemmene har. Team som er teamorienterte har evne til å lytte til hverandres perspektiver og innspill i forhold til oppgaven som skal løses (Salas et al, 2005). Som skrevet i dokumentgjennomgangen er det koordinator og sekundærvakt som har myndighet til å kalle inn til time-out møtet ved overbelastning. Det tolkes fra intervjuene at koordinator enkelte ganger ikke får støtte fra andre aktører i teamet

når vedkommende gir uttrykk for at det er nødvendig å iverksette prosedyren. Koordinator forteller i intervju at vedkommende en gang hadde sagt til sekundærvakt at situasjonen i akuttmottaket indikerte at prosedyren burde bli iverksatt, hvorpå sekundærvakten hadde svart: *Trykk på alle knapper du vil, jeg går på obs-posten.* Driskell et al (2006) skriver at teammedlemmer som samarbeider mot det som teamets oppgaver og interesser, istedenfor å fokusere på det som er av egen interesse, vil ha større sannsynlighet for å oppnå felles situasjonsforståelse. Eksemplet ovenfor viser at man ikke har samarbeidet mot det som er teamets interesser. I tillegg viser eksempelet at teamorienteringen var mangelfull.

Et annet sitat fra informant viser at teamet ved overbelastning har vært teamorientert i samsvar med det som Salas et al (2005) presiserer vedrørende teamorientering, nemlig å lytte til hverandres perspektiver og innspill: *Noen ganger blir den (prosedyren) utløst for sent og noen ganger blir den utløst for tidlig. Nå i det siste har vi satt det litt i system ved å ha disse «13 møtene», hvor vi går igjennom lista. Det synes jeg fungerer bra. Da har jeg som PAM mulighet til å legge frem min sak, komme med forslag og plan, hvis det skjer så gjør vi det sånn. Det tror jeg trygger soneleder og koordinator. For det er jo de som på en måte organiserer jobben i akuttmottaket sånn som jeg ser det.*

En informant forteller at prosedyren har hatt effekt de gangene hvor beslutning om krevende fase er tatt, teamet har samlet seg for å ha møtet, man har blitt enige om hva som er målet og før alle har gått hver til sitt har det blitt avtalt ett nytt møtetidspunkt. *Man har avtalt et nytt møte, for å se om vi klarer å iverksette de tiltakene vi har bestemt. At det er en oppfølging i det, ikke bare sånn at nå går alle og gjør noe også får man til bare kanskje en tredjedel av det også havner vi utpå to timer senere.*

Dette er i tråd med hva Eriksen (2011) sier om en felles mental situasjonsmodell. I det første møtet teamet har skal man bli enige om fokuspunkter og mål. Etter det første møtet og når situasjonen krever det bør det gjennomføres et statusmøte. Det å benytte statusmøter kan bidra til å evaluere fremgang, samt klargjøre mål og forventninger.

Et annen årsak til at prosedyren har hatt effekt sier informant er: *Det fungerte godt en gang fordi man tok styring og prioriterte ressursene riktig.* Dette viser at man har hatt riktig situasjonsforståelse. I tråd med hva Endsley (1995) skriver hadde teamet evne til å utnytte den kollektive ekspertisen ved å effektivt allokere ressursene.

Som nevnt skriver Endsley (1995) at det er summen av situasjonsbevisstheten til hvert medlem av teamet som til sammen vil utgjøre felles situasjonsforståelse, samt at hvert

medlem i teamet må ha situasjonsbevissthet ut i fra hva som forventes av den enkelte. Håndteringen av massetilstrømning organiseres i stor grad av den som er koordinator og den som er beredskapsansvarlig. Disse samarbeider tett også i det daglige. Ved overbelastning er det flere involverte i teamet i den direkte håndteringen og organiseringen. Det kan tenkes at teamet vil ha bedre forutsetninger for å oppnå felles situasjonsforståelse ved en massetilstrømning, fordi teamet som skal håndtere den initiale fasen består av færre medlemmer enn ved overbelastet akuttmottak. Ved overbelastet akuttmottak vil teamet bestå av fem personer, mens ved en massetilstrømning så vil det hovedsakelig være beredskapsansvarlig og koordinator som organiserer initialt.

Endsley (1995) presiserer at det er viktig å dele informasjon for å få en felles forståelse. Dette har vist seg å være utfordrende både relatert til massetilstrømning og overbelastning. Vedrørende massetilstrømning blir det sagt at varslingen er utfordrende fordi koordinator får mange henvendelser, og det er mye informasjon som skal deles. Informant med beredskapsansvar sier om dette: *Da blir det veldig lett å prioritere det som fremstår som viktige telefoner inn og det er det de fokuserer på til vanlig og klarer ikke å holde fokus på de oppgavene de har med å dele informasjon.*

Kaber og Endsley (1998) skriver at en forutsetning for at team skal kunne oppnå felles situasjonsforståelse er at teamet deler informasjon samt at informasjonen tolkes i fellesskap. Som sitatet belyser vil det være vanskelig å dele informasjon i forbindelse med varslingen. Ved overbelastning vil man ikke kunne dele og tolke informasjon i de tilfellene hvor teamet ikke avholder møtet, derfor vil man heller ikke oppnå felles situasjonsforståelse.

Det oppfattes fra intervju vedrørende øvelser på massetilstrømning, at det tidligere har vært tilfeller hvor teamet ikke har oppnådd felles situasjonsforståelse: *Tidligere for år tilbake så hadde vi ikke øvelser så ofte og da opplevde jeg at folk ble mer oppskjørtet når vi hadde øvelser, man klarte ikke å fokusere på sine egne oppgaver, at man klarte liksom ikke å bruke energien på å konsentrere seg om hva man skulle gjøre. Nå til dags, når vi har sånne øvelser jevnlig synes jeg stemningen er mye roligere, og folk er med på det her jevnlig, og det er ikke noe stor sak.* Dette eksemplet sammenfaller med det som Endsley (1995) skriver, at stress kan påvirke den felles situasjonsforståelsen negativt, ved at stress kan ta oppmerksomheten bort fra det som er teamets felles mål.

Cannon-Bowers og Salas (1998) definerer team som mer enn to individer som samhandler med en gjensidig avhengighet og tilpasser seg hverandre mot et felles mål. Teorien viser at

koordinering er nødvendig for teamets utførelse og for at teamet skal kunne nå et felles mål. Kaber og Endsley (1998) skriver at hvis team har oppnådd felles situasjonsforståelse har man en bedre forutsetning for å være koordinert mot et felles mål. Boin (et al, 2005) skriver at koordinering er nødvendig for å forhindre svikt i kommunikasjon, mistolkning av informasjon og konflikt mellom de som er involvert. I forhold til overbelastning kan det faktum at teamet er uenig i en iverksetting av prosedyren, tyde på at man ikke er koordinerte mot felles mål. Det blir sagt av en informant at når teamet har tolket situasjonen ulikt har det ført til konflikt. Her vises igjen til sitatet fra en informant som belyser dette: *Enkelte ser på situasjonen som alvorlig, mens andre ikke ser på det som alvorlig og da kan det bli konflikt ut av det.* Dette samsvarer med det som Boin et al (2005) viser til ovenfor. Alle informantene, bortsett fra en har en oppfattelse av at teamet ofte ikke er koordinerte mot et felles mål. Sitat fra informant belyser at teamet ikke er koordinert: *Nei, føler ikke alltid vi er koordinerte, det er litt sånn «vi har våre interesser», man føler det litt sånn at alle har nok med sitt.* Eriksen (2011) skriver at det er viktig med felles mentale modeller for å kunne samarbeide godt og være koordinert mot et felles mål. Ut ifra det som er skrevet ovenfor tolkes det at teamet ikke er koordinerte fordi man ikke har oppnådd verken felles forståelse for situasjonen eller felles mentale modeller.

Informantene forteller at det er en oppfatning at teamet har vært koordinert mot et felles mål i forbindelse med massetilstrømmingshendelser og øvelser. Her trekkes frem et sitat fra en informant: *Ved massetilstrømning, i motsetning til overbelastet akuttmottak, går alt på skinner, alle vet hva de skal gjøre og hva som forventes av dem. Det er et annet fokus ved massetilstrømning enn ved overbelastet akuttmottak.*

Som nevnt tidligere skriver Canon-Bowers og Salas (1998) at en forutsetning for å oppnå felles mentale modeller er at man er kjent med både egne og andres roller og oppgaver i teamet. Ut ifra sitatet ovenfor tolkes det som om man er kjent med roller ved massetilstrømning. Dette understøttes av det som fremkommer fra flere av informantene. Samtlige av informantene har tatt del i både øvelser og reelle massetilstrømmingshendelser. Som skrevet angående Harbour Ex øvelsen fikk ansatte muligheten til å forberede seg på forhånd i forhold til hva som skulle være deres roller i håndteringen. Kaber og Endsley (1998) skriver at det å forberede og planlegge for uønskede hendelser kan bidra til å utvikle felles mentale modeller i team og dermed også føre til at teamet oppnår felles situasjonsforståelse.

En annen faktor som kan tyde på at teamet vil komme til å benytte mentale modeller hvis en massetilstrømning skulle oppstå, er at ansatte har kunnskap om systemet. Som skrevet i teorien påvirkes mentale modeller av kunnskapsstrukturer, det vil si kunnskap om systemet og

omgivelsen (Canon-Bowers og Salas, 1998). Basert på intervjuene tolkes det dit hen at personell med nøkkelfunksjoner, det vil si de som inngår i teamet, har kunnskap om hvordan systemet er tenkt å fungere ved en massetilstrømning.

Det tyder på at mentale modeller i forhold til massetilstrømning er noe som har blitt opparbeidet fordi man øver regelmessig slik at man har blitt kjent med egne og andres roller. Informantene som innehar funksjon som koordinator og beredskapsansvarlig sier at de er trygge på sine roller og vet hva de skal gjøre hvis det oppstår en hendelse. De forteller at de føler seg trygge grunnet regelmessige øvelser. Dette samsvarer med teorien ved at felles mentale modeller kan etableres ved hjelp av prosedyrer og øvelser (Eriksen, 2011). Flere av informantene trekker frem at erfaring og kunnskaper om systemer fører til at man føler seg forberedt på massetilstrømning. En informant sier at vedkommende ikke har erfaring i forhold til reelle hendelser, men vært med på flere øvelser, noe som fører til trygghet i rollen som koordinator og beredskapsansvarlig. Dette samsvarer med det som Cannon-Bowers og Salas (1998) skriver om mentale modeller, at mennesker med god erfaring har bedre forutsetning for å oppnå mentale modeller.

Informant med lederansvar i akuttmottak sier at det å stole på at andre utfører sin rolle har betydning for håndteringen av en massetilstrømning: *Det er av en ganske stor betydning det at man stoler på systemet og da må man kunne se at systemet fungerer for å kunne stole på det. Det er litt sånn at det stemmer jo at ingen kjede er sterkere enn det svakeste ledd og det er absolutt slik i beredskapsarbeid. For å kunne gjøre sin jobb så må man jo stole på at andre gjør sin jobb og da kun fokuserer på sin rolle, alle har egentlig mer enn nok å gjøre i sin rolle enn at de skal gå og bekymre seg for hva hvis ikke den gjør det den skal og da trenger man en forståelse i hele organisasjonen men også internt i avdelingen.* Sitatet ovenfor kan sees i sammenheng med gjensidig tillit, som er en av de koordinerende mekanismene til kjernekomponentene i teamarbeid. Salas et al (2005) skriver at gjensidig tillit handler om at teamet må ha tro på at hvert enkelt medlem vil utfylle sin rolle og jobbe etter teamets felles interesse.

En viktig faktor for at teamet skal oppnå felles mentale modeller er teamlederskap.

Teamlederskap er en av kjernekomponentene for effektivt teamarbeid (Salas et al, 2005). En informant forteller at møtet som skal gjennomføres etter at det er fattet beslutning om å iverksette prosedyren ofte mangler struktur og tydelig ledelse. Hvis teamlederen feiler i det å strukturere og guide teamet, samt koordinere og tilpasse handling basert på situasjon kan det være en nøkkelfaktor for at teamet presterer ineffektivt (Stewart og Manz, 1995 i Salas et al,

2005). Det at møtene har manglet en tydelig leder og struktur kan tolkes som en av årsakene til at prosedyren ikke har hatt effekt og dermed at teamet har prestert ineffektivt.

6.2.1 Oppsummering felles mentale modeller og felles situasjonsforståelse

Oppsummert kan det sies at resultatene viser at man i større grad benytter felles situasjonsforståelse og felles mentale modeller i forbindelse med håndtering av massetilstrømning enn ved overbelastning. Årsaken til dette tolkes å være at man i forhold til massetilstrømning er kjent med egne og andres roller i teamet, samt at teamet har utvist støttende adferd. Dette tilskrives at man har opparbeidet erfaring gjennom øvelser og kunnskap om systemet. Når det gjelder overbelastning viser funn at det er flere ganger teamet ikke oppnår felles forståelse av situasjonen fordi man ikke deler informasjon innad i teamet, grunnet at man ofte ikke avholder møter. Dette skaper et ulikt bilde av situasjonen, noe som fører til at teamet er uenige i en beslutning. Prosedyren ved overbelastning har vist seg å ofte ikke ha effekt. En av årsakene til dette kan være mangel på felles mentale modeller fordi teamet ikke vet hva som forventes av hverandre. Det som er skrevet ovenfor viser at det er helt sentralt at teamet har oppnådd felles situasjonsforståelse og felles mentale modeller for å kunne håndtere en overbelastning.

6.3 Hvor sentralt står aspekter fra høypålitelighetsorganisasjoner i teamets håndtering av overbelastning sammenlignet med massetilstrømning, og hvor godt samsvarer dette med gjeldende planverk?

Nasjonale prinsipper for beredskapsarbeid er som nevnt prinsippene som omhandler ansvar, likhet og nærhet. Den virksomhet som er ansvarlig i det daglige er også ansvarlig ved ekstraordinære hendelser. Håndteringen skal utøves så likt daglig praksis som mulig. Den som er nærmest hendelsen har de beste forutsetningene for å forstå situasjonen og er derfor også den som skal håndtere hendelsen (St.Meld 29, 2011-2012).

I planverket som omhandler massetilstrømning blir det presisert at planene er bygget på disse prinsippene. Informant med beredskapsansvar sier at planene er lagt opp til at de skal være runde i utforming, ved at man selv skal definere hvem som skal gjøre hva når en hendelse oppstår. På nivå 1, det overordnede planverket for sykehuset, står det skrevet at det er koordinator som skal stå for den generelle organiseringen i akuttmottaket ved en

massetilstrømning. I planverket på avdelingsnivå, altså akuttmottakets planverk for massetilstrømning, spesifiseres dette nærmere ved at det er koordinator og beredskapsansvarlig som har ansvar for organiseringen.

Likhetsprinsippet omhandler at ansvarsforholdene i en virksomhet ikke skal endres ved ekstraordinære hendelser (St.Meld 29, 2011-2012). Koordinator er som nevnt seksjonsleders stedfortreder, ved at koordinator har ansvar for sykepleierne når ledelsen har gått hjem. Koordinator er den som organiserer logistikken i akuttmottaket i samråd med beredskapsansvarlig ved massetilstrømning, men også i det daglige. I så måte kan man si at akuttmottaket praktiserer i tråd med likhetsprinsippet ved at koordinator eller seksjonsleder er den som organiserer akuttmottaket både i hverdagen og ved ekstraordinære hendelser.

Sagan (1993) skriver at når HROs er i rutinemodus er det sentralisert beslutningstaking som gjelder. I det man går over fra rutinemodus til å håndtere oppgaver under press med høyt tempo skifter man fra sentralisert beslutningstaking til desentralisert beslutningstaking. Dette for at personell som er nærmest hendelsen raskt kan respondere. Måten strukturen er lagt opp i akuttmottaket er i tråd med dette. Som planverket tilsier har koordinator myndighet til å fatte beslutning ved massetilstrømningshendelser. Dette sammenfaller også med hva som er nasjonale føringer for beredskap, ved at den som er nærmest hendelsen skal håndtere den, fordi det er den som har de beste forutsetninger for å forstå situasjonen. Som nevnt blir dette også presisert av informant: *Det her er jo et tidsproblem inni bildet og den personen som er nærmest informasjonen til hendelsen er jo koordinator og det er jo koordinator som sitter med tilgjengelig informasjon.* Som skrevet i avsnittene vedrørende tidligere håndtering av massetilstrømning så var det koordinator i samråd med traumeleder som besluttet beredskapsnivå 22.juli. I forbindelse med Harbour Ex øvelsen så fattet koordinator beslutning uten å konferere med beredskapssjef grunnet tidspress. Dette viser at aspektet vedrørende desentralisert beslutningstaking samsvarer godt med gjeldende planverk.

I planverket for overbelastning, nærmere bestemt prosedyren «Pasientflyt ut av Akuttmottak til klinikkene», står det skrevet at de som har beslutningsmyndighet er konfereringsvakt, traumeleder og koordinator. Ingen av informantene jeg spurte har opplevd at andre enn koordinator har fattet denne beslutningen. Flere av informantene mener dette er naturlig fordi både konfereringsvakten og traumeleder utøver sin jobb ved en annen avdeling, og har derfor ikke oversikt over situasjonen i akuttmottaket. Informant med lederansvar forteller beslutningsmyndigheten er riktig formelt sett i forhold til at konfereringsvakt har overordnet ansvar for medisinske pasienter i akuttmottaket, mens traumeleder har ansvar for de

kirurgiske pasientene. Det kan derfor sies at beslutningsaspektet er definert noe mer formalisert og sentralisert i planverket for overbelastning i motsetning til for massetilstrømning. Det tolkes derimot at man i praksis utøver med desentralisert beslutningstaking, ved at koordinator, som er nærmest situasjonen, er den som fatter beslutning ved overbelastning. Samtidig kan det sies å være riktig at det skal være en mer formalisert struktur ved et overbelastet akuttmottak. Som t`Hart et al (1993) skriver, at hvis man har en oppfattelse av at det handler om lavt tidspress vil man respondere basert på en mer formell og planlagt struktur. Ved overbelastet akuttmottak vil det være mindre tidspress i forhold til å fatte beslutning enn ved en massetilstrømning.

Som påpekt tidligere forteller flere koordinatorene at de opplever trygghet ved å kunne søke beslutningsstøtte hos beredskapssjef ved hendelser som kan føre til massetilstrømning. I planverket står det beskrevet at når tiden tillater det skal koordinator konferere med beredskapssjef før beslutning fattes. I planverket som omhandler overbelastning står det at koordinator ved en krevende fase skal vurdere hvorvidt det er behov for deltakelse av konfereringsvakt.

Det tolkes fra intervjuene at beslutningsaspektet ved overbelastning fører til at håndteringen blir noe mer utfordrende. Som beskrevet i intervjudelen føler koordinator at de mangler beslutningsstøtte på kveldstid når ledelsen i akuttmottaket har gått hjem. Som nevnt i intervjudelen har flere av informantene opplevd at de ikke har fått støtte til beslutning når de har ringt konfereringsvakten. Som sitat fra informant viser: *Ja, jeg har følt meg motarbeidet av konfereringsvakten, for eksempel når man tar kontakt og legger frem hvordan tilstanden er, at det må skje noen ting. Så blir du liksom bare møtt med spørsmål, ja men de (legene) må jo få lov til å gjøre seg ferdig, og gjøre det de skal gjøre, at de ikke forstår tilstanden og hvordan det egentlig er.* Det tolkes fra informantene at det har dreid seg om usikkerhet i forhold til prosedyren, samt at de ikke har oversikt over situasjonen i avdelingen.

HROs kjennetegnes som nevnt ved at de tilstreber redundante systemer. Dette gjøres blant annet gjennom multiple og gjensidig avhengige kanaler i forhold til kommunikasjon, beslutningstaking og implementering (Sagan, 1993). Basert på det som er skrevet ovenfor virker det som om at dette er mer gjeldende ved massetilstrømning enn overbelastning.

I intervjuet med en leder med beredskapsansvar kom det frem at det tidligere var slik at det var et team bestående av traumeleder, anestesilege, konfereringsvakt og koordinator som skulle beslutte beredskapsnivå ved en massetilstrømning. Dette så man både ved reelle

hendelser og øvelser at ikke fungerte, for man brukte for mye tid på å diskutere seg fram til hvilket beredskapsnivå man skulle legge seg på, noe som gjorde at pasientene allerede kom inn døren til akuttmottaket før man hadde klart å fatte en beslutning. På bakgrunn av dette ble beslutningsmyndigheten lagt til den som sitter nærmest med den totale oversikten i akuttmottaket.

En endring i planverket for overbelastning, tilsvarende endring som er gjort vedrørende massetilstrømning ville vært i samsvar med hvordan det håndteres i praksis. Dette er også i tråd med HRO prinsipp for desentralisering hvor den som er nærmest hendelsen kan fatte beslutning om hendelser som oppstår, og som krever en rask håndtering. Dette sammenfaller i tillegg med «Collective Mindfulness» og det ene steget i prosessen som omhandler underspesifisering av strukturer. Ved at man avviker fra den ordinære hierarkiske strukturen og tillater de som er nærmest problemet til å ta beslutninger og handle ut i fra hendelsen. De som umiddelbart kan oppfatte et potensielt problem kan også handle deretter for å redusere konsekvensene (Weick et al 1999).

Høypålitelighetsorganisasjoner kjennetegnes blant annet av at ledelsen fokuserer på å være forberedt på uønskede hendelser og ha evne til å håndtere disse hvis de oppstår (Sagan, 1993). Det oppfattes fra informantene som at dette er gjeldende ved massetilstrømning. De informantene som har jobbet i flere år i akuttmottaket forteller at det virker som om det i den senere tid har blitt lagt ned mye arbeid på å være forberedt på massetilstrømningshendelser. En informant sier: *Oppfatningen er at det er et helt annet fokus på det enn da jeg begynte, det virker som det er gjort veldig mye arbeid på den fronten.* Basert på det som er skrevet ovenfor tolkes det at dette aspektet står sentralt fra ledelsen i akuttmottaket. Det vil derimot ikke være tilstrekkelig at ledelsen har fokus på dette, det må som Sagan (1993) påpeker, kommuniseres ut til ansatte, noe som vil føre til at man over tid oppnår en pålitelighetskultur. Sitat fra informant kan sies å belyse dette: *Jeg synes avdelingen her har et fokus på det (massetilstrømning). Vårt fokus er at vi skal være drillet og våre ledere her tar det ansvaret veldig seriøst egentlig.*

Som skrevet innledningsvis har ledelsen den siste tiden hatt fokus på håndtering av overbelastning. Bakgrunnen for dette er som nevnt økt pasientantall og frustrasjon fra ansatte som har opplevd at prosedyren ikke har hatt effekt. Det oppfattes også fra informantene at de opplever at ledelsen i akuttmottaket har fokus på håndtering av overbelastning.

Som nevnt tidligere i drøftingen kan en av årsakene til at teamet ikke har fattet beslutning ved overbelastning være manglende eller unøyaktig situasjonsbevissthet. Det tolkes at en annen årsak er at det tidligere har blitt besluttet, men uten effekt. Dette kan ha ført til at man ikke ser hensikten med å utløse prosedyren fordi tidligere erfaringer har vist at effekten har vært mangelfull. Årsaken til manglende effekt kan, som nevnt være grunnet at teammedlemmene ikke har vært tilstrekkelig kjent med hverandres roller og hva som forventes av hverandre. Ved disse tilfellene har ikke teamutførelsen vært god. Jeg mener det er viktig å se hva som ligger bak disse utfordringene. Det tolkes at det dreier seg om det organisatoriske aspektet, nærmere beskrevet det Sagan (1993) skriver vedrørende lederskap med fokus på sikkerhet. Dette vil bli utdypet nærmere nedenfor.

Ved en massetilstrømning står det i planverket, som nevnt, at koordinator og beredskapsansvarlig skal stå for organiseringen i akuttmottaket. I forhold til håndtering av overbelastning består teamet av fem aktører, to av de av de fem er ansatt i avdeling for akuttmottak. Helsedirektoratet (2014) presiserer at det spesielt viktig å ha omforente standarder og rutiner i akuttmottak fordi det er mange aktører involvert. Kunnskapssenteret (2015) skriver at ledelsen av kliniske avdelinger og serviceavdelinger også er medansvarlig for pasientene i akuttmottaket og må bidra til en kultur som understøtter god pasientbehandling i hele sykehuset.

En informant med lederansvar forteller at håndtering av overbelastning er kompleks samt at det krever forståelse for iverksetting av prosedyren utover det som akuttmottaket rår over: *Nei, det ene er jo aksept for situasjonen og kjennskap til prosedyrer og rutiner i hele organisasjonen som gjør at det er vanskelig. Hvis man sammenligner en beredskapshendelse så ringer man bare og sier at det kommer tre pasienter. I en krevende fase må man bruke fem minutter på å argumentere for hvorfor de kommer, det er en mye mer tidskrevende prosess som er mye mer vanskelig.*

Dette viser at det ikke er tilstrekkelig at ledelsen i akuttmottaket fokuserer på håndteringen av overbelastning, det fordrer et fokus på ledelsesnivå ut over dette. For at teamet skal kunne håndtere en overbelastning godt, forutsetter det en kjennskap til, og en forståelse av prosedyren i hele organisasjonen. Først da kan man si, som Sagan (1993) påpeker om HROs, at prosedyrer, struktur og kontroll er i fokus.

Weick og Sutcliffe (2007) skriver at HROs kjennetegnes ved at de har evne til å utvise fleksibilitet under arbeidspress og stress. Weick et al (1999) skriver at planverket skal fungere

som grunnmuren, hvor tilpasninger skal gjøres ut i fra situasjonen. Fordi det er viktig å gi rom for fleksibilitet og improvisasjon. Under intervju med informant med lederansvar blir det sagt at planverket er lagt opp slik at man skal tilpasse seg situasjonen: *Jeg mener at planverkets ånd er å kunne gjøre tilpasninger. Planene er bevisst runde og skal legge opp for improvisasjon. Systemet er bygget opp slik at man må tilpasse hvordan man løser det.* Det fremkommer fra erfaringer fra 22.juli og Harbour Ex fulgte at man planverket, men improviserte der man anså det som nødvendig basert på situasjonen. En informant med beredskapsansvar sier: *Planverket legger et godt grunnlag for det som skal skje men fordi planverket skal ligne så mye på hverdagen så er det hverdagskompetansen som er det viktigste.* Dette viser at HRO aspektet som beskrevet ovenfor står sentralt ved massetilstrømning og at praksis samsvarer med planverk. Vedrørende overbelastning oppfattes det som om teamet ikke alltid er like fleksible. Som nevnt tidligere forteller en informant med lederansvar at det virker som om man ofte tenker at når man iverksetter prosedyren så er målet å få pasientene ut at akuttmottaket, men løsningen dreier seg ofte om at man i stedet burde gjøre interne tilpasninger for å komme ned til en normalbelastning.

Weick et al (1999) skriver at HROs fokuserer på at prosedyrer og rutiner må tilpasses ut i fra tidligere erfaring. Leder med beredskapsansvar sier i intervjuet at planverket for massetilstrømning har blitt endret både i forbindelse med erfaringer fra 22.juli håndteringen, og erfaringer fra Harbour Ex øvelsen. Dette sammenfaller med hva Weick et al (1999) skriver.

I følge Sagan (1993) er HROs oppmerksomme på hva som er svakhetene i systemet og fokuserer derfor på å øve på disse svakhetene. I forhold til massetilstrømning var som nevnt øvingsmålet ved Harbour Ex at man skulle øve på det man tidligere hadde sett kunne være svakheter i systemet, nemlig varslingen og teamet som skal foreta en hastegradsvurdering av pasientene. Som nevnt blir det sagt i intervju at varslingskjeden er komplisert og det er lett å gjøre feil. Det er også grunnen for at koordinator øver på dette en gang i uken: *Varslingen har ikke gått den runden den skal og hvis vi skulle se ut i fra akuttmottaket og ut i hele sykehuset så kan jeg ikke huske en eneste gang i verdenshistorien at vi har klart å varsle alle vi skulle varsle. Det stopper alltid opp et eller annet sted. Det er jo på det punktet at feilen oftest skjer, og det er lettest å se at stress påvirker, og det er og grunnen til at det terpes på hver eneste fredag nettopp for det er der det har sviktet. Det er så utrolig viktig at man får gitt beskjed ut også svikter det på det, og så koker det litt bort i kålen. Det som er viktig er å komme*

ordentlig i gang og få ropt om hjelp i tide. Det er det vi øver mest på og det har det sviktet på mange ganger.

Basert på sitatet ovenfor viser det seg at læringsaspektet, som er viktig for HROs, også står sentralt ved massetilstrømning. Man lærer gjennom en prosess med prøving og feiling hvor man ser hvilke tiltak som fremmer sikkerhet og hvilke som ikke gjør det (Sagan, 1993). Eksemplet ovenfor samsvarer også med det som Weick og Sutcliffe (2007) skriver, at prosessen bidrar til å skape forestillinger om hendelser som kan inntreffe. Med utgangspunkt i disse forestillingene om hva som kan inntreffe fokuserer de på å kontinuerlig trene, øve og gjennomføre realistiske simuleringer.

LaPorte (1996) skriver at ansatte i den skarpe enden i HROs føler et ansvar for å være forberedt på hvilke hendelser som kan skje. Flere av informantene påpeker at det er positivt av akuttmottaket har en beredskapsansvarlig på hver vakt. Det blir sagt at det fører til at man føler et ekstra ansvar på det å være forberedt på sine oppgaver hvis det skulle oppstå en massetilstrømning.

I følge Weick et al (1999) er HROs effektive ved at de forsøker å matche den eksterne kompleksiteten. Med dette menes at det kreves et komplekst system for å ha evne til å se kompleksiteten i miljøet. Det vil si kompleksiteten av de hendelsene som oppstår, med den interne kompleksiteten, som vil si menneskene som skal håndtere situasjonene som oppstår. Dette gjøres for eksempel ved å ha jevnlig møter, benytte sjekklister og trene på situasjoner som kan oppstå.

I forhold til massetilstrømning tolkes det fra informantene at man, i tråd med HROs, har gjort nettopp dette. Som sitatet illustrerer: *Grunnlaget er at det er dyktige fagfolk, at det er dyktige sykepleiere som har trygghet på seg selv, det er ikke noe frøkensport å jobbe i mottak, det krever at du er selvstendig og at du har kunnskap som holder. I tillegg til alle de her hjelpemidlene som vi har da, i forhold til liste, tiltakskort, struktur, og øvelser, det er det som gjør at vi er godt rustet.*

Flere av informantene uttrykker at håndtering av overbelastet akuttmottak er komplekst, samt at det oppfattes som mer komplekst enn håndtering av massetilstrømning. Sitat fra en informant belyser dette: *Man møter motstand fordi det er krevende og komplekst, det krever handling, det krever at man må gjøre mer.* Det tolkes fra intervjuene at grunnen til dette er at når det er kapasitetsproblematikk i akuttmottaket er dette også gjeldende på sengepostene, det fører til at det er krevende å få gjennomført tiltak: *Man må skille mellom massetilstrømning*

og daglig drift som er krevende. Hadde det vært massetilstrømning så ville vi tilkalt personell til våre sengeposter og da er det null problem at en sånn pasient går rett på post. Men når vi ikke har beredskap på sengeposten for den pasientgruppen så blir det farlig for pasienten.

Vi drifter sykehusene forsvarlig men så er det jo på grensen mot, ikke uforsvarlige men på grensen mot det krevende, det opplever vi ofte i det daglige, og det er igjen i sammenheng med de ressursene vi har i helsevesenet. Når det oppstår massetilstrømning på grunn av ulike hendelser, når man da utløser beredskapsnivå da blir det med en gang helt andre rammer, da tilkaller man ekstra personell og da blir alt dette mye enklere å håndtere.

Som nevnt har man tidligere ikke trent teamet i å håndtere overbelastning. I tillegg etterlyses det fra informanter et økt samarbeid. *Ja, også det at vi i det siste har tatt initiativ til samarbeidsmøter. Man må snakke sammen, begynne å snakke sammen også må vi tilpasse oss hverandre da. Jeg tror at hvis vi gjennomfører øvelser og diskuterer litt sammen i mer ordnede former i hverdagen så vil det fungere betydelig bedre.* En annen sier i forhold til dette: *Vi trenger noe form for økt samarbeid for og lettere få en sånn felles forståelse, hvor man snakker om hvorfor gjør vi dette og hva er problemstillingen.*

Ved overbelastning, basert på det som har fremkommet ovenfor, tyder det på at det er av stor betydning å matche kompleksiteten. Det tolkes at man i det siste har forsøkt dette, men at det fortsatt er en lang vei å gå.

HROs kjennetegnes som nevnt ved at disse organisasjonene har en kultur hvor prosedyrer, kontroll og struktur er i fokus (Sagan, 1993). På spørsmål om hvorvidt informantene er godt kjent med planverket som omhandler massetilstrømning, svarer informantene at de føler de kjenner det godt. Som nevnt i intervjudelen blir dette også bekreftet ved at flere kom opp med utdrag fra prosedyren i grove trekk, som medførte at jeg fikk bekreftet at det stemte. Leder med tilknytning til akuttmottaket forteller at det er en utfordring å få ansatte til å sette seg inn i planverk, og hvis man spør de ansatte tror vedkommende mange ville sagt at de ikke hadde lest planverket som omhandler massetilstrømning. Videre blir det sagt: *Jeg vet at de kjenner innholdet og hva man skal gjøre i disse situasjonene, det kjenner de godt så sånn sett så kjenner de også planverket.* En av informantene sa at årsaken til at dette er kjent i avdelingen er at man har regelmessige øvelser. Det tolkes derfor at man er kjent med planverket grunnet øvelser. Dette tyder på at prosedyrer, kontroll og struktur er i fokus.

Som nevnt anbefaler Helsedirektoratet (2014) at akuttmottak må ha klare måltall for normalbelastning og overbelastning og at dette må nedfelles i prosedyrer. Dette er klart

beskrevet i prosedyren «Pasientflyt ut av Akuttmottak til klinikkene». Videre står det at ledelsen i akuttmottak har ansvar for at disse er kjent og fulgt.

På spørreskjema var ett av spørsmålene: *I hvilken grad har du ved tidligere håndtering av overbelastet akuttmottak vært kjent med ditt ansvar og dine oppgaver i forhold til prosedyren.* Fem svarte i veldig stor grad og fem svarte i stor grad. Oppfatningen i forhold til dette vedrørende intervjuene er noe annerledes. På spørsmål om hvorvidt informantene er kjent med prosedyren, svarer samtlige at de føler de kjenner den godt. Når man videre begynner å snakke om kriteriene for krevende og kritisk fase fremstår det likevel som uklart hos de fleste. Det samme gjelder for tiltakene som skal iverksettes og hvem som skal utføre ulike oppgaver. Spørreundersøkelsen viste at flere ble bedre kjent med både egne og andres roller ved å lese prosedyrene og relevante dokumenter på forhånd. En spørreundersøkelse med avkrysningsalternativer gir ingen beskrivelse av hvor godt kjent man er med en prosedyre, så hvorvidt dette faktisk stemmer er vanskelig å si noe om. Det som derimot kan sies er at informantene ble bedre kjent med egne og andres roller ved å lese prosedyren på forhånd, dermed kan det tolkes at aktørene ikke var godt nok kjent med dette på forhånd.

Som nevnt tidligere fremkommer det både i intervju og spørreundersøkelse at man flere ganger har opplevd at akuttmottaket har vært overbelastet, men det har ikke blitt iverksatt tiltak. Dette viser at det ikke er tilstrekkelig å ha prosedyrer på tiltak ved overbelastning, man må også, som Helsedirektoratet (2014) skriver, sørge for at de blir kjent og fulgt. Det som er skrevet ovenfor viser at aktører i teamet ikke er godt nok kjent med prosedyren, derfor tolkes det at prosedyrer, kontroll og struktur ikke står like sentralt ved overbelastning som massetilstrømning.

Innenfor HROs står som nevnt redundans sentralt. Dette innebærer blant annet at man forsterker eller dublerer funksjoner der hvor det er behov (Sagan, 1993). I planverket for massetilstrømning står det at lokale ledere har et spesielt ansvar for å sørge for at man utnytter personell mest mulig effektivt, og styrker der hvor det er behov. Fra intervjuet fremkommer det at nøkkelfunksjoner ble forsterket under håndteringen av 22.juli hendelsen. Dette ble også gjort under Harbour Ex øvelsen. Videre står det at basert på erfaring vil det raskt ankomme så mye personell at det vil bli et overskudd enkelte steder og mangel andre steder. Det presiseres at det da er viktig at alle bidrar til å vurdere om det er hensiktsmessig å styrke med ytterligere personell enkelte steder. Forsterkning og dublering kan sees i sammenheng med det som er skrevet om støttende adferd. Som nevnt, viser intervju at dette er vanskelig å få til i perioder med høyt arbeidspress og spesielt på kveldstid når koordinator mangler beslutningsstøtte.

Aspektet som omhandler forsterkning og dublering står mer sentralt i teamet ved massetilstrømning enn overbelastning, fordi man har en bedre forutsetning for dette, grunnet at man etter kort tid vil ha økte ressurser.

Kontinuerlig trening og realistiske simuleringer står sentralt hos HROs (Sagan, 1993). Weick og Sutcliffe (2007) skriver at et annet sentralt aspekt er trygghet. Ledelsen skal sørge for at man reduserer usikkerhet hos de ansatte ved at de i den skarpe enden terper på oppgaver slik at det resulterer til trygghet i utførelse. Koordinator og beredskapsansvarlig utgjør som nevnt det teamet som skal organisere akuttmottaket ved massetilstrømning. Intervju med disse gir et inntrykk av at samtlige føler seg trygge på å kunne håndtere en massetilstrømning. Årsaken til dette blir sagt at er øvelser: *Jeg føler meg relativt trygg fordi jeg har mengdetrening i det, ikke for det at jeg har vært med på så mange ting. Men jeg har mengdetrening i forhold til øvelser. Og jeg vet hva min funksjon er som soneleder og koordinator og det gir trygghet så jeg føler meg egentlig forberedt sånn sett.* En annen informant forteller noe tilsvarende: *Jeg tror at regelmessighet i øving fører til at det integreres som en del av det vi holder på med her, for det fører jo til økt trygghet, som igjen fører til mestringsfølelse, at man ikke føler det er skummelt eller nifst, eller uvanlig, for det er jo en del av det vi holder på med her. Man er jo nær den her situasjonen som er optimalt, at når noe faktisk skjer så har vi øvet så mye at det er så integrert i oss at vi bare gjør det uten å begynne å tenke.* Dette sitatet er i tråd med det som Weick og Sutcliffe (2007) skriver, ved at man reduserer usikkerhet ved å terpe på oppgaver som resulterer i trygghet.

I planverket for massetilstrømning står det at ledere på alle nivå har ansvar for å forebygge, begrense og håndtere situasjoner som oppstår innenfor deres ansvarsområde. Basert på det som er skrevet ovenfor trekkes det slutninger til at HRO aspektet vedrørende læring står sentralt og dette samsvarer med det som er definert i planverket.

For å håndtere overbelastning anbefaler Kunnskapscenteret (2015), en lederstruktur som sørger for gjennomføringskraft. Fra intervjuene tolkes det at flere av koordinatorerne føler seg utrygge på å iverksette prosedyren: *Jeg tror at det handler om at det er ubehagelig.* En annen sier: *Jeg synes det er vanskelig å være den som sier at nå har vi den her situasjonen, nå må du gjøre sånn og du gjøre sånn.* Det blir også sagt om dette: *Jeg tror at koordinator mangler øvelser på å stå i og kommunisere i de her tøffe situasjonene.*

Basert på sitatene ovenfor tolkes det som om dette ikke handler om ineffektiv teamutførelse, men som påpekt av en informant tidligere, at det dreier seg om å få aksept for situasjonen og

kjennskap til prosedyrer og rutiner i hele organisasjonen. Det antas at det å ha kontinuitet i trening og simulering, som ved massetilstrømning, vil kunne bidra til mer trygghet for å iverksette prosedyren, tilsvarende det som Weick og Sutcliffe (2007) skriver, ved at ledelsen må redusere usikkerhet ved at man terper på oppgaver. Men det tolkes at trening og simulering ikke vil være tilstrekkelig, det må i tillegg, som informant påpeker, være aksept for situasjonen og kjennskap til prosedyren i hele organisasjonen.

Prosedypren ved overbelastning sier ikke noe om hvorvidt denne skal øves. Dette har heller ikke blitt gjort før nå, som simulering. Det oppfattes fra informantene at dette er et behov: *Jeg mener at vi alle har behov for trening, praktisk trening i forhold til akkurat denne prosedyren.* En annen sier: *Det har ikke blitt prioritert gjennomgang av funksjoner og roller, man trener ikke på det og man gjør ikke noe med det.*

På spørreundersøkelsen fremkom det at flesteparten av aktørene i teamet mente en simulering var nyttig. Ni aktører mente det var nyttig i veldig stor grad, to i stor grad og en i liten grad. Dette samsvarer med hva informantene uttrykker ovenfor, og viser at det er behov for å simulere denne prosedyren. Hamman (2004) skriver at ved å simulere tverrfaglige team kan man få frem forskjellige perspektiver og se sårbarheter i systemet relatert til prosesser og prosedyrer. En kommentar som var skrevet på spørreskjema var: *En simulering vil øke alles forståelse for situasjonen samtidig som alle får muligheten til å se hverandres problemområder.* Dette kan sees i sammenheng med hva Hamman (2004) skriver.

Håndtering av kriser og kriseberedskap kan ikke læres ved å lese seg til det, det må oppleves i form av øvelser eller reelle hendelser for å kunne gi den erfaring man trenger når man står i situasjonen (Weisæth og Kjeserud, 2011). Teorien viser at trening og simulering bidrar til å forbedre teamutførelsen. Rouse et al (1992) skriver at for å oppnå felles mentale modeller er det viktig at team trener på det som er teamets oppgave, med spesielt fokus på rolleforståelse og hva som kan forventes av hverandre. Endsley (1995) påpeker at trening kan føre til at man oppnår riktig situasjonsbevissthet. Eriksen (2011) understreker at felles mentale modeller kan etableres ved hjelp av prosedyrer og øvelser. Canon-Bowers og Salas (1998) skriver at teamtrening med fokus på teamledelse bidrar til å forbedre teamets utførelse, samt at teamet vil bli mer koordinerte og prestere bedre under stressende omgivelser.

Ved å implementere fokus på simulering og teamtrening i forbindelse med overbelastning vil dette bidra til å forbedre teamprosessene og utførelsen til teamet. En forutsetning for å få til

dette er et økt fokus på prosedyren på et overordnet nivå med samarbeid på tvers av avdelinger.

6.3.1 Oppsummering HRO aspekter og samsvar med gjeldende planverk

I denne delen av drøftingen viser funnene at håndtering av massetilstrømning i praksis, samsvarer i stor grad med gjeldende planverk. Dette har vist seg gjeldende ved både 22.juli og Harbour Ex. Dette gjelder desentralisert beslutningstaking, som kan sees i sammenheng med ansvar, likhets og nærhetsprinsippet. I tillegg står redundans sentralt i praksis, som også er beskrevet i planverket. Som nevnt vil det være vanskeligere å utøve forsterkning og dublering av roller ved overbelastning, fordi man ikke vil ha økte ressurser i motsetning til massetilstrømning. Prosedyren «Pasientflyt ut av Akuttmottak til klinikkene» blir ofte ikke iverksatt ved overbelastning. I så måte kan man si at man ikke praktiserer i tråd med planverket i disse situasjonene.

Det viser seg at HRO aspektet som omhandler struktur, kontroll og prosedyrer står mer sentralt i teamets håndtering av massetilstrømning, sammenlignet med overbelastning. Det kan sies å gjenspeiles i det informantene forteller vedrørende kjennskap til system og trygghet hvis det skulle oppstå en hendelse. I tillegg står fokus på trening og realistiske simuleringer sentralt i forhold til massetilstrømning. Det tolkes fra intervjuene at det er en beredskapskultur med fokus på læring, noe som har blitt godt integrert i avdelingen. Når det gjelder aspektet som omhandler ledelse med fokus på sikkerhet, viser resultatene at dette står sentralt i forbindelse med massetilstrømning. Ved overbelastning viser det seg at dette har tilkommet mer den siste tiden, ved at det er et økt fokus på prosedyren. Fordi håndteringen er kompleks og flere aktører fra andre avdelinger er involvert i teamet, krever det fokus på prosedyren utover akuttmottakets ledelse.

6.4 Avsluttende refleksjoner

Avslutningsvis i drøftingsdelen er det viktig å poengtere at teorien vedrørende prosessen om Collective mindfulness og HRO, ble vurdert til å bli drøftet under ett. Dette grunnet at de har flere likhetstrekk. Jeg valgte å drøfte disse hver for seg nettopp fordi jeg ønsket å drøfte Collective mindfulness i samme kontekst som situasjonsbevissthet, mens HRO sett fra det organisatoriske aspektet. For øvrig er det flere likhetstrekk mellom det å være mindful,

spesielt i forhold til sensitivity to operations, og Endsleys tilnærming til situasjonsbevissthet. Jeg mener likevel at det er ulikheter, som er viktige sett i sammenheng med overbelastning og massetilstrømning. Basert på dette mener jeg det er viktig at begge tilnærmingene blir drøftet. Som nevnt innledningsvis ønsket jeg å se på teamets håndtering i forhold til vurdering, beslutning, iverksetting og implementering av tiltak ved massetilstrømning og overbelastning. Dette for å finne ut hvilke faktorer som må være tilstede for at teamet skal håndtere disse situasjonene. Drøftingen som har omhandlet situasjonsbevissthet har i stor grad dreid seg om vurdering og beslutning ved massetilstrømning og overbelastning. Felles situasjonsforståelse har blitt drøftet i henhold til hovedsakelig beslutning og iverksetting. Felles mentale modeller har i stor del omhandlet iverksetting og implementering. Disse kognitive faktorene kan sies å ha overlappet hverandre, noe jeg mener er naturlig. Eksempelvis, som Endsley (1995) påpeker, at man ikke kan oppnå felles situasjonsforståelse uten å ha oppnådd situasjonsbevissthet. I lys av disse kognitive faktorene har betydningen av kjernekomponentene til effektivt teamarbeid blitt drøftet. Det organisatoriske aspektet har blitt drøftet fordi det legger føringer for teamprosessene.

7.0 KONKLUSJON

Formålet med denne oppgaven var å søke forståelse for hvilke organisatoriske og kognitive faktorer som må være tilstede for at team skal kunne håndtere overbelastning og massetilstrømning i et akuttmottak. Dette har blitt gjort ved at jeg har søkt kunnskap omkring håndteringen av disse situasjonene, ved å intervju ansatte som inngår i teamet og ledere med tilknytning til akuttmottaket. I forbindelse med håndteringen av overbelastning har det i tillegg blitt utført en spørreundersøkelse. I tillegg har det blitt sett på det organisatoriske aspektet, ved å se på planverk samt hvilke nasjonale føringer og anbefalinger som ligger til grunn. Teorien som har blitt valgt til å være grunnlaget for å svare på problemstillingen dreier seg om faktorer som må være tilstede når team skal arbeide i komplekse og dynamiske miljø, som for eksempel akuttmottak.

Som nevnt innledningsvis er det flere likheter i håndteringen av overbelastning og massetilstrømning. Likhetene er at begge situasjonene er komplekse å håndtere fordi de er uoversiktlige, preget av tidspress og uforutsigbarhet, samt at beslutninger om tiltak må tas i et dynamisk miljø i stadig endring. Derimot er massetilstrømning noe som skjer uforutsett og akutt, mens overbelastet akuttmottak kan man til en viss grad ha evne til å forutse, men det krever at man er bevisst på situasjonen.

Mine funn viser at teamet ofte har unøyaktig eller utilstrekkelig situasjonsbevissthet når akuttmottaket er overbelastet. I tillegg fremkommer det at situasjonsbevissthet er helt essensielt for at teamet skal kunne håndtere en overbelastning. Ved massetilstrømning vil det å være mindful være av stor betydning. Prosessen som omhandler sensitivity to operations er sentral for håndteringen, ved at man aktivt og engasjert må tilstrebe et høyere nivå av situasjonsbevissthet for å være forberedt på å håndtere det uforutsette. Funnene viser at teamet flere ganger ikke har oppnådd felles situasjonsforståelse og felles mentale modeller. Dette har påvirket teameffektiviteten, ved at det har ført til at teamet ikke er koordinerte mot et felles mål. For at teamet skal kunne håndtere en overbelastning vil det være helt sentralt at teammedlemmene har felles situasjonsforståelse. I tillegg må teamet ha oppnådd felles mentale modeller og en felles mental situasjonsmodell. Funnene tyder på at støttende adferd er av stor betydning for å kunne håndtere overbelastning, spesielt rettet mot koordinatorfunksjonen.

Det fremkommer at det er helt nødvendig at det praktiseres med desentralisert beslutningstaking ved massetilstrømning, dette gjelder også vedrørende overbelastning. Som

beskrevet i drøftingen viser funn at HRO aspektet som omhandler trening og simulering er viktig for teamets håndtering av begge situasjonene. Det tolkes at dette er spesielt viktig ved overbelastning, fordi funnene viser at teamet ikke har god nok kjennskap til teammedlemmenes roller og hva som forventes av hverandre. Når det gjelder HRO aspektet som omhandler lederskap med fokus på sikkerhet er dette av stor betydning for både håndtering av massetilstrømning og overbelastning, grunnet at det som nevnt er ledelsen som legger føringer for hvordan disse situasjonene skal håndteres. Dette vil være av størst betydning for håndtering av overbelastning, for som funnene viser er det en kompleks håndtering, som krever kjennskap til prosedyren i hele organisasjonen.

Resultatene fra intervju viser at flere av koordinatorene mener det er vanskelig å fatte beslutning om å iverksette prosedyren ved overbelastning. Dette viser seg spesielt på kveldstid, grunnet arbeidspress og manglende beslutningsstøtte. Helsedirektoratet har i disse dager et forslag ute på høring vedrørende en ny legespesialitet knyttet til akuttmottak. Helsedirektoratet (2016) skriver i forslaget at den nye legespesialiteten er ment til og blant annet bidra til at akuttmottak får tilpasset kompetanse, både i forhold ledelse samt det organisatoriske aspektet. Dette tror jeg ville hatt positive følger for håndtering av overbelastning. Legespesialiteten kunne ha vært en rådgivende funksjon til koordinator og beslutningsstøtte med tanke på iverksetting av prosedyren.

Funnene i denne oppgaven viser at man kan trekke lærdom fra hvordan man håndterer massetilstrømning til håndtering av overbelastning. Et tiltak kan være å utføre simulering jevnlig for å forbedre teamprosessene. Som Endsley (1995) påpeker vil det være spesielt viktig å trene på deling av informasjon for å oppnå felles situasjonsforståelse. Som nevnt tidligere er det en oppfatning av at møtene mangler struktur og en tydelig leder. Fokuset ved simulering bør derfor også være rettet mot teamlederskap, som ifølge Salas et al (2005) er den viktigste av de fem kjernekomponentene i teamarbeid. Eriksen (2011) skriver at lederen av statusmøter kan benytte disse møtene aktivt, noe som vil føre til mer effektivt teamarbeid, men det fordrer at man har trent på dette. Et annet eksempel er at man kan benytte tiltakskort, som har blitt gjort under simuleringen av overbelastning. Dette for å forbedre rolleforståelsen i teamet.

Det blir i denne oppgaven vist til at det er flere organisatoriske og kognitive faktorer som må være tilstede for at teamet skal håndtere en overbelastning og en massetilstrømning. Det fremkommer at utfordringene er klart størst ved håndtering av et overbelastet akuttmottak. Forhåpentligvis vil denne oppgaven kunne være et steg på veien til hvordan man kan

overkomme noen av de utfordringene man står ovenfor. Det fordrer, som Kunnskapssenteret (2015) påpeker, samarbeid på tvers av avdelinger med både felles forståelse av behov og ressursituasjon, og en lederstruktur som sørger for gjennomføringskraft.

LITTERATURLISTE

- Andersen, S. *Aktiv informantintervjuing*, Norsk statsvitenskapelig tidsskrift, vol 22, 278-298. 2006.
- Aven, T., et al. (2008) *Samfunnssikkerhet*. Universitetsforlaget. Oslo
- Baig, M.A., et al. (2015) *Overcrowding in the emergency departments: Challenges and opportunities for improvement*. Vol 65, No 12, Short communication.
- Blaikie, N. (2010). *Designing Social Research*. Malden: Polity Press. 2. Utgave.
- Boin, A., et al (2005) *The Politics of Crises Management. Public Leadership under pressure*. Cambridge University Press. New York.
- Cannon-Bowers, J. A and Salas, E. (1998). *Team Performance and Training in Complex Environments: Recent Findings From Applied Research*. American Psychological Society. Vol. 7, nr 3.
- Danemark, B., et al. *Generalisering, vetenskapliga slutledningar och modeller för förklarande samhällsvetenskap*, fra Danemark et al. (1997) *Att förklara samhället*. Lund: Studentlitteratur.
- Driskell, J.E., et al. (1999) *Does Stress Lead to a Loss of Team Perspective?* Group Dynamics: Theory Research and Practice. Vol 3, no 4, 291-302.
- Driskell, J.E., et al. (2006) *What Makes a Good Teamplayer? Personality and Team Effectiveness*. Group Dynamics: Theory, Research and Practice. Vol 10, Nr 4. p 249-271.
- Eid, J og Johnsen, B.H (2006) *Operativ psykologi*. Bergen. Fagbokforlaget. 2.utgave
- Ellefsen, B. *Triangulering- eller hvorfor og hvordan kombinere metoder?* Fra Lorensen, M (red.) (1998) *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleier og andre helsefag*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Endsley, M.R. (1995) *Toward a Theory of Situation Awareness in Dynamic Systems*. Lubbock, Texas. Texas Tech University, i Human Factors: The Journal of The Human Factors and Ergonomics Society, March 1995. Vol 37, no 1, 32-64.
- Eriksen, J. (2011) *Krise- og beredskapsledelse, Teamtrening* Cappelen Damm Akademisk. Latvia.
- Flin, R., et al. (2009) *Human Factors in Patients Safety: Review of Topics and Tools*. World Health Organization. April 2009.
- Greenberg, T., et al (2013) *An after-action review tool for Eds: learning from mass casualty incidents*. American Journal of Emergency Medicine, 31:798-802
- Guldvik, I (2002) *Troverdighet på prøve. Om gruppeintervju som metode for å produsere valide data om politiske diskurser*. Tidsskrift for samfunnsforskning. Nr 1.

- Hamman, W.R (2004) *The complexity of team training: what we have learned from aviation and its applications to medicine*. BMJ Quality & Safety. Volume 13: i72-i79
doi:10.1136/qshc.2004.009910
- Hart, P., et al (1993): *Crises Decision Making: The Centralisation Thesis Revisited*. In Administration and society, Vol.25, No.1, May 1993
- Jacobsen, D.I. (2003). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand. Høyskoleforlaget.
- Kaber, D.B og Endsley, M.R. (1998). *Team Situation Awareness for Process Control Safety and Performance*. Process Safety Progress. Vol 17, No 1, 1998.
- Kruuse, E. (2007) *Kvalitative forskningsmetoder- i psykologi og beslægtede fag*. Danmark. Dansk psykologisk Forlag. 6 utg.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk. 2. utg. Oslo.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Interviews. Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. USA. SAGE Publications, Inc. Second edition.
- LaPorte, T.R (1996). *High Reliability Organisations: Unlikely, Demanding and at Risk*. Journal of Contingencies and Crises Management. Vol 4, Issue 2, p 60-71. June 1996.
- Lim, B-C og Klein, J.K. (2006). *Team mental models and team performance: A field study of the effects of team mental model similarity and accuracy*. Journal of Organizational Behaviour. Vol 27, 403-418. 2006.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo, Universitetsforlaget. 1. utg. Oslo : Tano Aschehoug, 1996
- Paris, C.R., et al (2000). *Teamwork in multi-person systems: a review and analysis*. Ergonomics, Vol 43, No 8.
- Rouse, W.B., et al (1992). *The Role of Mental Models in Team Performance in Complex Systems*. Ieee Transactions on systems, man and cybernetics, Vol 22, No 6. November/December 1992.
- Sagan, S. D. (1993). *The Limits of Safety. Organizations, Accidents, and Nuclear Weapons*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press
- Salas, E., et al (2005) *Is There a "Big five" in Teamwork?* Small Group Research. Vol 36, No 5, October 2005. P 555-599. Sage Publications.
- Silverman, D. (2000) *Doing qualitative research: a practical handbook*. London: Sage Publications
- Somma, S., et al (2014) *Overcrowding in emergency department: an international issue*. Intern Emerg Med 10: 171-175.

Weisæth, L. og Kjeserud, R. (2011). *Ledelse ved kriser- en praktisk veileder*. Gyldendal Akademisk, Oslo

Weick, K.E., et al (1999) *Organizing for High Reliability: Processes of Collective Mindfulness*. Research in Organizational Behavior. Stanford: Jai Press, 1999, p 88-123.

Weick, K.E and Sutcliffe, K. (2007) *Managing the Unexpected. Resilient Performance in an Age of Uncertainty*. San Fransisco. John Wiley and Sons, Inc. Second edition

Yin, R.K. (2014) *Case Study Research. Design and Methods*. Fifth Edition. Thousand Oaks: Sage

Offentlige dokumenter, lover og forskrifter:

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, DSB (2016) *Rapport Harbour Ex*. Utgitt av DSB.

Forskrift 2001 nr. 881: *Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv.* etter lov om helsemessig og sosial beredskap

Helsedirektoratet (2014) *Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak*. Oslo: Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer.

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/789/Faglige-og-organisatoriske-kvalitetskrav-for-somatiske-akuttmottak-IS-2236.pdf>

Helsedirektoratet (2016) *Høring- Forslag om ny spesialitet knyttet til akuttmottakene i sykehus*. Oslo. 16.03.16.

<https://helsedirektoratet.no/Documents/Høringer/Ny%20legespesialitet%20knyttet%20til%20akuttmottakene%20i%20sykehus/Høring%20-%20Ny%20spesialitet%20knyttet%20til%20akuttmottakene.pdf>

Helsedirektoratet (2012) *Læring for bedre beredskap; Helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22.juli 2011*. Oslo.

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/364/Lering-for-bedre-beredskap-helseinnsatsen-etter-terrorhendelsene-22-juli-2011-IS-1984.pdf>

Kunnskapssenteret (2015) *Akuttmottak-risikosone for pasientsikkerhet*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Oslo. November 2015.

LOV 2000-06-23 nr 56: *Lov om helsemessig og sosial beredskap* (helseberedskapsloven)

NOU 2012:14 *Rapport fra 22.juli-kommisjonen*. Departementenes servicesenter Informasjonsforvaltning. Oslo

Stortingsmelding 29: 2011-2012 *Samfunnssikkerhet*, Justis- og beredskapsdepartementet

<https://www.regjeringen.no/contentassets/bc5cbb3720b14709a6bda1a175dc0f12/no/pdfs/stm201120120029000dddpdfs.pdf>

Sykehusets planverk

Beredskapsplan OUS- Generell del (2016), http://ehandbok.ous-hf.no/Modules/Module_136/handbook_view.aspx

Massetilstrømning av pasienter (2016), http://ehandbok.ous-hf.no/Modules/Module_136/handbook_view.aspx

Beredskap- Massetilstrømning- Akuttklinikken (2015), http://ehandbok.ous-hf.no/Modules/Module_136/handbook_view.aspx

Beredskap- Massetilstrømning av pasienter (2015), http://ehandbok.ous-hf.no/Modules/Module_136/handbook_view.aspx

Pasientflyt ut av Akuttmottak til klinikkene (2014), http://ehandbok.ous-hf.no/Modules/Module_136/handbook_view.aspx

VEDLEGG

Vedlegg 1: Intervjuguide, ledelse

Første del av intervjuet omhandler planverk i forhold til massetilstrømning. Andre del håndteringen i initialfasen ved en massetilstrømning eller øvelser, da spesielt i forhold til nøkkelpersonell som koordinator, beredskapsansvarlig, traumeleder, konfereringsvakt.

I hvilken grad er planene som omhandler massetilstrømning basert på krav og lovverk?

I hvilken grad er planene basert på ansvars, likhets- og nærhetsprinsippet?

Har planene som omhandler massetilstrømning hatt risiko og sårbarhetsanalyser som utgangspunkt?

Hvor ofte blir planene som omhandler massetilstrømning revidert og hva ligger til grunn for en revidering?

Hvordan blir det informert ut til avdelinger og klinikker når Nivå 1 planer i forhold til beredskap er revidert

I hvilken grad mener du de underliggende planene er basert på Nivå1 planen som omhandler massetilstrømning?

Er det klart definert ansvars- og oppgavefordeling i planverket?

- Har du opplevd man noen gang endret på dette når man står i situasjonen, og hva var eventuelt årsakene til dette?

Hvorvidt mener du erfaring og kompetanse er av betydning for håndteringen i forhold til den initiale organiseringen?

Hvor ofte har man øvelser i forhold til massetilstrømning?

Hvorvidt mener du planene blir utøvd i praksis på klinikk og avdelingsnivå i forhold til øvelser?

En av grunnene til at 22.juli håndteringen gikk bra var at beredskapsplanene fungerte tilfredsstillende. Planene var adekvate og i tråd med lovverket. Har du noen tilføyende kommentarer til dette?

Har du opplevd at vi har utført andre tiltak enn hva planverket tilsier og vet du å så fall hvorfor?

Hvilken betydning mener du en forståelse av hverandres roller har å si for håndteringen av en massetilstrømning?

- Har du eksempler på nå vi har hatt god rolleforståelse?
- Har du eksempler på når vi ikke har hatt god rolleforståelse

Har du opplevd at de i teamet har fått bistand i deres roller i initialfasen?

Fra ditt ståsted, mener du det er fokus på det å være forberedt på massetilstrømning fra toppen av organisasjonen til de i «den skarpe» enden?

Hvor mener du Ullevål og akuttmottaket står nå med tanke på håndtering av massetilstrømning i forhold til håndteringen av 22. juli terroren?

Er du av oppfatning at akuttmottaket er en avdeling med fokus på læring i forbindelse med beredskap?

Hva tenker du rundt det faktum at koordinator i akuttmottaket har beslutningsmyndighet til å iverksette beredskapsnivå ved en massetilstrømning?

Har du opplevd noen utfordringer rundt ledelsesdelen som koordinator skal ha ved en massetilstrømning eller en øvelse?

- Utfordringer i forhold til beslutning, iverksetting av tiltak?

Hvorvidt mener du vi har felles forståelse av situasjonen ved øvelse eller reell massetilstrømning

Har du vært av en oppfatning at vi har vært koordinerte mot et felles mål?

Er du av en oppfatning at vi raskt kan tilpasse oss situasjonen hvis det skulle oppstå en hendelse?

Hvorvidt mener du stress påvirker håndteringen av en massetilstrømning?

- Har du eksempler på når stress har påvirket
- Hva tror du er årsakene til at man har opplevd stress?

Er du av en oppfatning at man har vært klar over egne og andres roller i forbindelse med en øvelse eller en reell hendelse?

- I forhold til oppgaver og ansvar?

Mener du vi har en kultur hvor man sier ifra hvis det er forhold rundt øvelser eller hendelser som ikke har fungert? Har du eksempler på dette?

Hvis man ser bort ifra planverket, hvilke andre faktorer mener du må være tilstede i initialfasen for nøkkelpersonell for å oppnå en vellykket håndtering?

Er det noen områder du mener vi ikke håndterer i godt i initialfasen når det kommer til øvelser eller hendelser rundt massetilstrømning?

Er det noen områder du mener vi håndterer godt i initialfasen når det kommer til øvelser eller hendelser rundt massetilstrømning? Trekk frem eksempler.

Vedlegg 2: Intervjuguide, aktører i team

Første del av intervjuguiden omhandler massetilstrømning i akuttmottaket og dine opplevelser og erfaringer rundt beredskap i forhold til dette eller eventuelt i forhold til reelle hendelser. Andre del av intervjuet omhandler overbelastet akuttmottak, det vil si når det har vært høyt pasientantall i akuttmottaket at det går ut over den totale kapasiteten. Jeg ønsker å høre dine opplevelser og erfaringer rundt håndteringen, hva du tenker som kan være utfordringer ved å håndtere et overbelastet akuttmottak. Jeg ønsker spesielt å høre om håndteringen i forhold til teamet som skal organisere i initialfasen. Ved massetilstrømning vil dette hovedsakelig gjelde koordinator, beredskapsansvarlig, beredskapssjef og konfereringsvakt. Ved overbelastet akuttmottak vil dette gjelde koordinator, soneleder, plasseringsansvarlig, sekundærvakt og konfereringsvakt.

Del 1:

Har du vært med på å håndtere en større hendelse eller øvelse i forhold til massetilstrømning?

- Kan du fortelle litt om det
- Hva fungerte bra
- Hva fungerte mindre bra

Vet du hva som er ditt ansvar og dine oppgaver hvis det skulle oppstå en massetilstrømningssituasjon?

I hvilken grad føler du deg trygg på din rolle hvis det skulle oppstå en massetilstrømning?

På hvilken måte sørger du selv for å være forberedt hvis det skulle oppstå en massetilstrømning

Vet du hva som er de andre i teamet sitt ansvar og oppgaver hvis det skulle oppstå en massetilstrømningssituasjon?

Har du opplevd at det har vært usikkerhet rundt roller og oppgaver i forbindelse med håndteringen ved en massetilstrømning eller øvelse og i så fall hvilke konsekvenser har det fått?

Har du noen gang bistått andre i deres roller i forhold til håndteringen eller fått bistand selv, og i så fall hvorfor?

Hvilken betydning mener du en forståelse av hverandres roller har å si for håndteringen av en massetilstrømning?

- Har du eksempler på nå vi har hatt god rolleforståelse?
- Har du eksempler på når vi ikke har hatt god rolleforståelse

I hvilken grad er du kjent med prosedyrene som omhandler massetilstrømning?

I hvilken grad oppfatter du at dine kollegaer er kjent med prosedyren som omhandler massetilstrømning?

Fra ditt ståsted, mener du det er fokus på det å være forberedt på massetilstrømning fra toppen av organisasjonen til de i «den skarpe» enden?

Hvor mener du akuttmottaket står nå med tanke på håndtering av massetilstrømning i forhold til håndteringen av 22. juli terroren?

Er du av oppfatning at akuttmottaket er en avdeling med fokus på læring i forbindelse med beredskap?

Er du av en oppfatning at vi raskt kan tilpasse oss situasjonen hvis det skulle oppstå en hendelse?

Hvorvidt mener du vi har felles forståelse av situasjonen ved øvelse eller reell massetilstrømning

Hvorvidt mener du stress påvirker håndteringen av en massetilstrømning?

- Har du eksempler på når stress har påvirket
- Hva tror du er årsakene til at man har opplevd stress?

Hva tenker du rundt det faktum at koordinator i akuttmottaket har beslutningsmyndighet til å iverksette beredskapsnivå ved en massetilstrømning?

Har du opplevd noen utfordringer rundt ledelsesdelen som koordinator skal ha ved en massetilstrømning eller en øvelse?

Er det noen områder du mener vi ikke håndterer godt nok når det kommer til øvelser eller hendelser rundt massetilstrømning?

Er det noen områder du mener vi håndterer godt når det kommer til øvelser eller hendelser rundt massetilstrømning? Trekk frem eksempler.

Del 2:

Har du vært med på håndteringen av et overbelastet akuttmottak ved å iverksette kritisk eller krevende fase?

- Kan du fortelle litt om det
- Hva fungerte bra
- Hva fungerte mindre bra

Vet du hva som er ditt ansvar og dine oppgaver hvis akuttmottaket blir overbelastet

I hvilken grad føler du deg trygg på din rolle hvis akuttmottaket blir overbelastet?

Vet du hva som er de andre i teamet sine ansvar og oppgaver hvis akuttmottaket blir overbelastet?

På hvilken måte sørger du selv for at du er forberedt på din rolle hvis akuttmottaket blir overbelastet?

Har du opplevd at det har vært usikkerhet rundt hva som har vært ansvar og oppgavene til de involverte i teamet ved håndteringen av et overbelastet akuttmottak?

Hvilken betydning mener du en forståelse av hverandres roller har å si for håndteringen av et overbelastet akuttmottak?

Opplever du at teamet som skal håndtere at akuttmottaket er overbelastet er koordinerte mot et felles mål?

Hvor kjent er du med prosedyren «Pasientflyt ut av akuttmottaket til klinikkene», også kalt Nivå 1?

Har du selv besluttet å iverksette Nivå 1 prosedyren?

I så fall var dette en «krevende» eller «kritisk» fase?

Har det vært vanskeligheter relatert til å fatte beslutningen

I så fall hvilke vanskeligheter har dette dreid seg om?

Har du opplevd vanskeligheter i forbindelse med kartlegging av situasjonen?

Har du opplevd vanskeligheter med å se hva som er løsning på situasjonen?

Har du vurdert hva som er konsekvensene av valgt løsning?

Utførte de involverte tiltak som er beskrevet i prosedyren?

Hva er dine tanker i forhold til risiko med et overbelastet akuttmottak?

Hvilke styrker mener du vi har som gjør oss rustet til å håndtere et overbelastet akuttmottak?
Trekk frem eksempler.

Hvilke styrker mener du vi har for å redusere konsekvensene av at akuttmottaket blir overbelastet?

Hvorvidt mener du stress påvirker teamet som skal håndtere et overbelastet akuttmottak?

- Har du eksempler på når stress har påvirket håndteringen
- Hva tror du er årsakene til at man har opplevd stress?

Hva tenker du rundt det faktum at det er koordinator eller konfereringsvakt som kan beslutte å iverksette en kritisk eller krevende fase?

Har du opplevd noen utfordringer rundt ledelsesdelen som koordinator skal ha når akuttmottaket blir overbelastet?

I hvilken grad mener du ledelsen har fokus på håndtering av et overbelastet akuttmottak?

Hvorvidt mener du tidspress påvirker håndteringen av et overbelastet akuttmottak?

Har du opplevd usikkerhet relatert til håndteringen av et overbelastet akuttmottak?

Har du noen gang bistått andre i deres roller i forhold til håndteringen eller fått bistand selv, og i så fall hvorfor?

Har du noen gang opplevd at du eller andre i teamet har vært uenig i at man har iverksatt tiltak for kritisk eller krevende fase?

Har du noen gang vært i en situasjon hvor akuttmottaket var overbelastet uten at det har blitt fattet tiltak? Og i så fall vet du hvorfor?

Hvorvidt mener du man har en felles forståelse av situasjonen når akuttmottaket er overbelastet?

- Har du eksempler når man ikke har hatt felles forståelse av situasjonen

Avslutningsvis, er det noe som omhandler det vi har snakket som du har lyst til å tilføye?

Takk for at du tok deg tiden med å stille til intervju.

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til informanter

Informasjonsbrev til informant

Forespørsel om å delta i en vitenskapelig undersøkelse

En studie i hva som er utfordringer rundt håndteringen av overbelastet akuttmottak, kan man trekke lærdom fra katastrofeberedskap med utgangspunkt i hvordan vi er forberedt på massetilstrømning til akuttmottaket.

Jeg heter Hilde Kristin Morfjord. Jeg jobber som teamleder i akuttmottaket Ullevål sykehus. Dette semesteret skal jeg skrive en Masteroppgave i Samfunnssikkerhet ved Universitetet i Stavanger.

Hva innebærer det å delta

Jeg ønsker å intervju deg for å finne ut hvilke tanker og erfaringer du har rundt situasjoner hvor vi har overbelastet akuttmottak i form av høyt pasientantall. Faktorer som jeg ønsker å høre mer om er dine opplevelser rundt beslutning, iverksetting og effektivering av tiltak når akuttmottaket er overbelastet. I tillegg ønsker jeg å høre hvilke erfaringer du har rundt beredskap i forhold til massetilstrømning i akuttmottaket. Dette gjelder både i form av øvelser og hvis du har vært involvert i reelle hendelser med massetilstrømning til akuttmottaket. Jeg ønsker å høre din oppfatning av hvordan du tror vi i akuttmottaket ville ha håndtert en massetilstrømningssituasjon.

Intervjuet vil ta ca 45-60 minutter. Jeg vil benytte båndopptaker under intervjuet. Deretter vil intervjuet bli skrevet ord for ord i anonymisert form. Det du sier vil bli ytterligere anonymisert gjennom analysen av samtlige intervjuer og i selve presentasjonen av masteroppgaven. Det vil derfor ikke være mulig å spore noe av det du har sagt tilbake til deg. Opplysningene som kommer frem vil kun bli håndtert av meg og bare bli benyttet i sammenheng med studien. Lydfilene fra opptakene vil ikke være tilgjengelig for andre enn meg og min veileder, Sindre Høyland ved Universitetet i Stavanger.

Konfidensialitet og personvern

All informasjon fra intervjuet vil bli behandlet konfidensielt. Studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) og av Personvernombudet ved sykehuset. Resultatene vil fremstå som en del av min masteroppgave i Samfunnssikkerhet som skal slutføres 15.juni 2016. All informasjon som fremkommer av intervjuet vil bli oppbevart/lagret i henhold til gjeldende lover og forskrifter. Lydopptakene vil bli slettet etter slutføringen av oppgaven. Du vil få mulighet til å lese igjennom utskriften av intervjuet og lese oppgaven hvis du ønsker det. Du kan når som helst trekke deg fra studien.

.....

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottak skriftlig informasjon om prosjektet og er villig til å delta som informant.

Signatur..... Dato.....Telefonnummer.....

Takk for at du stilte til intervju!

Dersom du har spørsmål er det bare å kontakte meg på telefon 23020710

Mvh Hilde Kristin Morfjord

Vedlegg 4: Spørreundersøkelse overbelastning

Spørreskjema Simulering overbelastet akuttmottak

Del 1

Har du tidligere vært med på å håndtere overbelastet akuttmottak ved å iverksette prosedyren «Pasientflyt ut av akuttmottaket til klinikkene»? Hvis nei, gå videre til del 2.

Ja Nei

Hvis ja, opplevde du at teamet oppfattet situasjonen ulikt?

Veldig liten grad Liten grad Stor grad Veldig stor grad

Var du i den/de situasjonene kjent med ditt ansvar og dine oppgaver i forhold til prosedyren «Pasientflyt ut av akuttmottaket til klinikkene»

Veldig liten grad Liten grad Stor grad Veldig stor grad

I hvilken grad oppfattet du i den/de situasjonene at hele teamet har vært enig i at man skulle iverksette prosedyren «Pasientflyt ut av akuttmottaket til klinikkene»?

Veldig liten grad Liten grad Stor grad Veldig stor grad

I hvor stor grad har du opplevd at akuttmottaket har vært i en krevende eller kritisk fase uten at det har vært fattet beslutning om å iverksette prosedyre?

Veldig liten grad Liten grad Stor grad Veldig stor grad

Del 2

I hvilken grad mener du det er nyttig med pulsmøtene vi har i akuttmottaket før akuttmottaket blir overbelastet?

Veldig liten grad

Liten grad

Stor grad

Veldig stor grad

I hvilken grad opplevde du at det var nyttig med simulering for en bedre forståelse av hvordan systemet fungerer?

Veldig liten grad

Liten grad

Stor grad

Veldig stor grad

I hvilken grad mener du det var nyttig å benytte tiltakskort i forbindelse med simuleringen?

Veldig liten grad

Liten grad

Stor grad

Veldig stor grad

Hvorvidt tror du det vil være nyttig å benytte tiltakskort i en reell situasjon når akuttmottaket er overbelastet?

Veldig liten grad

Liten grad

Stor grad

Veldig stor grad

I hvilken grad mener du det var nyttig for deg å lese igjennom dokumentene jeg sendte på forhånd?

Veldig liten grad

Liten grad

Stor grad

Veldig stor grad

Medførte det at du fikk bedre kjennskap til egne oppgaver og ansvar ved håndtering av et overbelastet akuttmottak?

Veldig liten grad

Liten grad

Stor grad

Veldig stor grad

Medførte det at du fikk bedre kjennskap til de andre teammedlemmenes oppgaver og ansvar ved håndtering av overbelastet akuttmottak?

Veldig liten grad

Liten grad

Stor grad

Veldig stor grad

I hvilken grad opplevde du at simulering var nyttig for deg?

Veldig liten grad

Liten grad

Stor grad

Veldig stor grad

Hvorvidt tror du det er nyttig for håndtering av overbelastet akuttmottak å gjennomføre en tilsvarende simulering jevnlig?

Veldig liten grad

Liten grad

Stor grad

Veldig stor grad

Har du noen kommentarer du ønsker å tilføye?

Takk for at du tok deg tid til å svare på spørreskjema!

Vedlegg 5: Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hørløges 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: 985 221 884

Sindre Høyland
Institutt for medie-, kultur- og samfunnsfag Universitetet i Stavanger
Postboks 8002 Postterminalen
4068 STAVANGER

Vår dato: 16.03.2016

Vår ref: 47294 / 3 / HJP

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.02.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

47294	<i>Er det enklere å håndtere katastrofeberedskap enn "hverdagskriser" i akuttmottak</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Sindre Høyland</i>
<i>Student</i>	<i>Hilde Kristin Morfjord</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller 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, 15.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Hanne Johansen-Pekovic

Kontaktperson: Hanne Johansen-Pekovic tlf: 55 58 31 18

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. ind@uiso.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kym-svansa@kvitrim.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. ndmaa@svuif.no



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 47294

INFORMASJON OG SAMTYKKE

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

INFORMASJONSSIKKERHET

Vi legger til grunn at behandlingen av personopplysninger er i samsvar med interne retningslinjer for informasjonssikkerhet ved Universitetet i Stavanger.

PROSJEKTLUTT OG ANONYMISERING

Vi forstår det slik at du har lagt opp til å anonymisere datamaterialet innen 15.06.16. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes.

Vanligvis vil anonymisering innebære at:

- direkte personidentifiserende opplysninger slettes (inkludert koblingsnøkkel)
- indirekte personidentifiserende opplysninger slettes eller grovkategoriseres (f.eks. bakgrunnsopplysninger som arbeidsplass, stilling, alder og kjønn)
- lydopptak slettes.