

Masteroppgave i Samfunnssikkerhet

Universitetet i Stavanger

Våren 2017



Universitetet
i Stavanger

Samfunnssikkerhet i en middels stor norsk kommune

Og hvordan systemteori kan bidra til å øke fokus på
samfunnssikkerhet

Av Christian Sommer og Anja Valland Tolo

**MASTERGRADSSTUDIUM I
SAMFUNNSSIKKERHET**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Våren 2017

FORFATTER: Christian Sommer og Anja Valland Tolo

VEILEDER: Ove Njå

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE: Samfunnssikkerhet i en middels stor norsk kommune – og hvordan systemteori kan bidra til å øke fokus på samfunnssikkerhet

EMNEORD/STIKKORD: Samfunnssikkerhet, systemteori, system safety, best practice, kontrollstruktur, kommune, resiliens, safety II.

SIDETALL: 143 inkl. vedlegg.

STAVANGER: 15.juni 2017

Forord

Denne masteroppgaven er det avsluttende kapittelet på to spennende og lærerike år på masterstudiet i samfunnssikkerhet ved Universitetet i Stavanger. Arbeidet med oppgaven har vært en svært lærerik prosess for oss. Vi har fått anledning til å studere et område innenfor fagfeltet samfunnssikkerhet som vi synes er veldig interessant.

Vi vil først og fremst rette en stor takk til den aktuelle kommunen som brukes som case i vår oppgave. Her har vi møtt mange positive, flinke og engasjerte mennesker. Vi vil rette en spesiell takk til alle de som har stilt opp på intervju, i samtaler og diskusjoner, og ikke minst de vi har samarbeidet med i ROS-prosjektet i kommunen. Vi har blitt møtt med åpenhet og velvilje fra første stund, noe vi setter stor pris på. Vi håper og tror at oppgaven kan være interessant og nyttig lesing for kommunen!

En stor takk må også rettes til vår veileder Ove Njå som har bidratt med mange gode innspill og konstruktive tilbakemeldinger underveis i arbeidet.

Til slutt vil vi få takke kone, kjæreste og barn for tålmodigheten de har vist når vi har sittet opptatt med oppgaven. Til tross for travle tider har dere hjulpet oss til å gjøre dette arbeidet mulig. Tusen takk!

Sammendrag

Dagens nyhetsbilde viser hvor eksponert kommunene er i forhold til mange typer hendelser, alt i fra terror til trafikkulykker til mobbing i skoler. Dette stiller store krav til kommunen som det laveste og mest omfattende myndighetsorganet i forhold til ivaretagelse av samfunnssikkerhet. Det stilles ikke bare lovmessige krav fra myndighetene, men også fra kommunenes innbyggere som forventer et trygt lokalsamfunn.

Med utgangspunkt i kommunen som en sentral aktør i arbeidet med samfunnssikkerhet søker vi i oppgavens del I å finne svar på hva samfunnssikkerhet i en kommune *er*. Her viser funn fra vår case-kommune at det mest tydelige er evnen til å håndtere beredskapsmessige hendelser. Det er i høy grad en evne til å tilpasse seg når hendelser skjer. Indre sårbarheter som generes av kompleksiteten i kommunen preges mer av en evne til å tilpasse seg forhold som fungerer fordi man har kompetanse, erfaring, og er således personavhengig og situasjonsavhengig. Funn viser også en manglende systematikk i arbeidet med samfunnssikkerhet og dette henger sammen med prioritering av ressurser.

Den manglende systematikken har dannet utgangspunkt for oppgavens del II der vi søker å belyse hvordan prinsipper fra systemteorien kan bidra til å øke fokus på samfunnssikkerhet i kommunen. Her viser funn at det er basis for å tydeliggjøre en kontrollstruktur i kommunen som skal omsette overordnede samfunnssikkerhetsmål utover i sektorene og videre sikre en tilpasning av kommunen til et samfunn i kontinuerlig utvikling. I denne tilpasningen er det foreslått en resiliens-tilnærming der det fokuseres på hva som fungerer fremfor et fokus på feil. For at systemteorien skal ha best virkning i en kommunesammenheng er det anbefalt en samfunnssikkerhetskoordinator som kan ivareta kommunens overordnede kontrollfunksjon. En slik stilling vil sørge for at systemteoriens prinsipper kan bidra til å øke fokus på samfunnssikkerhet utover i kommunens sektorer.

Nøkkelord: Samfunnssikkerhet, systemteori, system safety, best practice, kontrollstruktur, kommune, resiliens, safety II.

Innhold

1.0 Innledning.....	1
1.1 Oppgavens oppbygning.....	3
1.2 Valg av kommune	4
1.3 Beskrivelse av kommunen	4
2.0 Del I - Forstudie	7
2.1 Problemstilling Del I – Forstudie	7
2.2 Avgrensning	7
2.3 A-teoretisk case studie.....	8
2.4 Bearbeiding av data.....	10
2.5 Observasjoner, beskrivelser og historier om samfunnssikkerhet i kommunen	12
2.5.1 Helhetlig ROS-analyse i kommunen.....	12
2.5.2 Kurs i helhetlig ROS	14
2.6 Funn fra kommunens sektorer.....	16
2.6.1 Anvendelse og gjennomføring av ROS-analyser	16
2.6.2 Kvalitetsstyringsverktøyet QM+	19
2.6.3 Evaluering	20
2.6.4 Møteaktivitet	23
2.6.5 Uformell kommunikasjon	23
2.6.6 Bruker-, medarbeider- og innbyggerundersøkelser.....	24
2.6.7 Håndtering av hendelser.....	25
2.6.8 Prioriteringer	27
2.6.9 Nøkkelpersoner	28
2.6.10 Samarbeid.....	30
2.6.11 Forebyggende arbeid	34
2.7 Hva er samfunnssikkerhet i denne kommunen?.....	38
2.8 Vår forståelse av samfunnssikkerhet.....	41
3.0 Del II - Hovedstudie	43
3.1 Problemstilling Del II - Hovedstudie	45
3.2 Foretatte valg.....	45
3.3 Beskrivelse av sektoren	45
3.3.1 Førrende dokument – sektorplan	47
3.3.2 Omorganisering.....	47

3.3.3 Omstilling.....	47
4.0 Teori	49
4.1 Begrepsforklaring.....	49
4.2 Risiko- og sikkerhetsstyring.....	51
4.3 Systemteori.....	51
4.4 Emergence og hierarki	53
4.5 Kommunikasjon og kontroll.....	54
4.6 System Safety.....	54
4.7 Systemteori og System Safety.....	56
4.7.1 Sikkerhetsbegrensninger	57
4.7.2 Hierarkisk sikkerhetskontrollstruktur.....	57
4.7.3 Prosessmodeller.....	58
4.8 Resiliens	60
4.8.1 Resiliens i helsevesenet – fokus på ‘best practice’	61
4.8.2 Reaktiv versus proaktiv tilnærming til sikkerhet	62
4.8.3 Kontrollstruktur.....	63
5.0 Metode.....	65
5.1 Forskningsdesign.....	65
5.1.1 Valg av forskningsdesign	65
5.2 Forskningsmetode	66
5.2.1 Valg av forskningsmetode.....	66
5.3 Forskningstilnærming.....	66
5.3.1 Generalisering	67
5.4 Fremgangsmåte og gjennomføring av forskningen.....	68
5.4.1 Datakilder	68
5.4.2 Deltagende observasjon.....	68
5.4.3 Intervju	69
5.4.4 Dokument	70
5.4.5 Utvalg og gjennomføring av intervju - del II	71
5.5 Klargjøring av data for analyseformål	73
5.5.1 Presentasjon av resultater	74
5.5.2 Analysemodell.....	74
5.6 Evaluering av forskningens kvalitet.....	75
5.6.1 Reliabilitet	75
5.6.2 Validitet.....	76

5.6.3 Etske hensyn og vurderinger	78
6.0 Empiri.....	80
6.1 Helse- og omsorgssektoren	81
6.2 Strukturen	83
6.3 Gode tjenester.....	86
6.4 Grenser og krav	89
6.5 Kontrollfunksjoner	92
6.5.1 Verktøy.....	93
6.5.2 Avvik.....	95
6.5.3 Rutiner.....	100
6.6 Samarbeid.....	103
6.7 Informasjonsflyt	105
6.8 Tilpasninger.....	107
6.9 Læring	110
7.0 Drøfting	114
7.1 Hvilken type organisasjon representerer en kommune?.....	114
7.2 Systemperspektiv	116
7.3 Hvilke mål har man i kommunen og i sektoren?	118
7.4 Hvordan ivareta systemperspektiv?	120
7.4.1 ROS-analyser	122
7.4.2 Avvik.....	125
7.5 Tilpasning.....	127
7.6 Hvorfor systemteori?.....	129
7.7 Hva er utfordringene ved å bruke systemteori i denne sammenhengen?.....	132
7.8 Anbefaling	133
8.0 Konklusjon	135
8.1 Videre forskning.....	136
Litteraturliste	137
Vedlegg	141
Vedlegg 1 – Intervjuguide.....	141
Vedlegg 2 – Dokumentoversikt.....	143

1.0 Innledning

Gjennom masterstudiet i samfunnssikkerhet har vi tilegnet oss mye vitenskapelig teori om hvordan utfordringer med sikkerhet og risiko kan og bør ivaretas. Mye av det teoretiske grunnlaget har tatt utgangspunkt i styring av sikkerhet og risiko i større organisasjoner som opererer med risikofylte aktiviteter med potensiale for stor-ulykker. Aven et al. (2004) poengterer i boken *Samfunnssikkerhet* at når ulykker skjer har de ofte én ting til felles – de skjer innenfor rammene av en kommune. Det er kommunenes ansvar å ivareta samfunnssikkerheten gjennom å redusere muligheten for at uventede hendelser inntreffer, og gjennom å redusere skadevirkningene når det skjer (Aven et al., 2004). I denne sammenhengen undrer vi oss over hvilken organisasjon en kommune representerer og hvilke uønskede hendelser det er som kan ramme en kommune?

Som myndighetsorgan representerer kommunen det laveste og mest omfattende styringsnivået, og består av et politisk og et administrativt styringssystem. Kommunen kan ikke instrueres, men styres gjennom lovgivning og budsjettpolitikk. Kommunens virksomhet omfatter tjenesteproduksjon og forvaltning, og har samtidig en viktig rolle som samfunnsaktør. Som tjenesteproducent har kommunen blant annet ansvar for drift av barnehage, skole, eldreomsorg, helse- og sosialtjenester og utbygging og drift av veier, vann og avløpsanlegg. Det betyr samtidig at kommunen er en viktig arbeidsgiver med ansvar for mange ansatte innenfor de ulike tjenesteområdene. I forvalterrollen er kommunen myndigheten som eksempelvis gir byggetillatelse og sosial støtte. Som samfunnsaktør har kommunen en viktig rolle for å styre og påvirke utviklingen innenfor kommunegrensene. Det betyr at kommunen er tilrettelegger for næringsutvikling, samferdsel, fritidsaktiviteter og integrering for å nevne noe. Samtidig er kommunen en del av et større samfunn og er i mange tilfeller en viktig samarbeidspartner for næringsliv, omkringliggende kommuner og øvrige myndighetsorgan som stat og fylke. Kommunen er således en kompleks organisasjon med mange grenseflater når det gjelder ansvarsområder.

Forsiden på Aftenbladets nettside en tilfeldig dag viste hvor eksponert en kommune er i forhold til uønskede hendelser, direkte eller indirekte: ”Siste nytt om terror”, ”Stengte vei uten å informere”, ”Farlige forhold i kommunale boliger”, ”Kampen mellom syklist og bilister”, ”Bussjåfører forteller om trafikkaos og skremmende situasjoner” (Aftenbladet.no, 2017). Dette øyeblikksbilde gir bare et lite inntrykk av hva som kan ramme en kommune og

som er med på å påvirke hvordan innbyggerne opplever samfunnssikkerheten. Men, hvordan arbeider kommunene med samfunnssikkerhet? Hvordan ivaretas dette arbeidet i den komplekse organisasjonen som kommunen er? Denne nysgjerrigheten var utgangspunktet for valg av tema i oppgaven, der vi ønsker å finne svar på hvordan kommunen ivaretar sikkerheten i tjenestene som de leverer og samfunnet de har ansvar for.

«Forventningene til hva kommunene skal levere på dette området skal være store. Innbyggerne forventer et trygt lokalsamfunn. De forventer at kommunene er i forkant, slik at alvorlige hendelse ikke oppstår». (Jan Tore Sanner, kommunal- og moderniseringsminister, 2015).

Ifølge DSB viser kommuneundersøkelsen fra 2016 at kommunene ivaretar samfunnssikkerhet- og beredskapsarbeidet på en god måte, og at arbeidet er i positiv utvikling. Kommuneundersøkelsen er en vurdering av kommunenes systematiske arbeid for å ivareta den lokale samordningsrollen innen samfunnssikkerhet og beredskap (DSB, 2016). Her føres det blant annet statistikk over hovedelementene til den kommunale beredskapsplikten. Kommunene rapporterer selv inn om de har gjennomført en helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse (heretter H-ROS), om de har en overordnet beredskapsplan, en plan for oppfølging av arbeidet med samfunnssikkerhet og beredskap, og om man har øvet sin overordnede beredskapsplan. Statistikken viser at 93 prosent av kommunene oppgir å ha gjennomført en H-ROS, mens man ved kontroll for utvalgte krav fra den kommunale beredskapsplikten ender opp med 48 prosent som tilfredsstillende kravene (DSB, 2016).

I en nylig publisert studie utfordrer Njå og Vastveit (2016) inntrykket som fremkommer i eksempelvis kommuneundersøkelsen og fokuserer på hvordan kommuner utvikler, bruker og oppdaterer ROS-analyser og risiko-forestillinger i sitt samfunnssikkerhetsarbeid. De henviser til Kommuneundersøkelsen fra 2014 (DSB) som beskriver en positiv utvikling og at kommunene rapporterer tilbake en omfattende bruk av ROS-analysene. I kommunene som deltok i studien synes det å være enklere å konkretisere hvordan de arbeidet med beredskap enn med samfunnssikkerhet. Det var en generell trend i alle kommunene at ingen kommenterte samfunnssikkerhetsbegrepet. Den største utfordringen og det viktigste funnet i rapporten til Njå og Vastveit (2016) er at prinsippene i risikobasert styring er nærmest fraværende i kommunene. Funksjonelle krav til sikkerhet mangler, en levende diskusjon om samfunnssikkerhet og beredskap mangler, og analysene brukes i svært liten grad.

Kommunene har et grunnleggende ansvar for å ivareta befolkningens sikkerhet og trygghet.

Det krever systematikk og helhetlig tenking, og det berører store deler av den kommunale virksomheten. ROS-analyser er et nyere verktøy som kommunene er lovpålagt å gjennomføre for å håndtere dette ansvaret. Bruk av ROS-analyser er forankret i arbeidsmiljøloven §3-1, sivilbeskyttelsesloven §14, forskrift om kommunal beredskapsplikt §2 og plan- og bygningsloven §3-1 (Lovdata, 2017). Når man ser på tallene fra kommuneundersøkelsen (2016) der 48 prosent av kommunene tilfredsstillt kravene til en H-ROS, og samtidig ser på nevnte funn i rapporten til Njå og Vastveit (2016) er det tydelig at H-ROS er et nytt og delvis fremmed verktøy for mange. Så hvilke arbeidspraksiser finnes i kommunene for å ivareta samfunnssikkerheten? Hvilke prosesser er det som foregår internt og på tvers av sektorer? Vi ønsker å vite mer om hvordan kommunen identifiserer og håndterer utfordringer, hvordan de lærer av hendelser og hvem de er avhengige av. Er arbeidet preget av enkelte nøkkelpersoner og mye taus kunnskap, eller ser vi tydelig et eksplisitt samfunnssikkerhetsarbeid?

Kommunene skal levere tjenester fra vugge til grav under ulike former for påkjenninger og arbeidet med samfunnssikkerhet er derfor et viktig arbeid for at kommunens egne innbyggere, samtidig som det er nødvendig i et større samfunnsperspektiv. Det synes derfor hensiktsmessig og interessant å gå i dybden på hvilke gode praksiser det finnes i kommunen og hvordan samfunnssikkerhetsarbeidet i kommunen kan konseptualiseres. Målet å forstå hvilke begreper som tas i bruk, hvem som er nøkkelpersoner, hva som er utfordringene og styrkene og hvilket fokus samfunnssikkerhetsarbeidet har i kommunen. Vi kjenner ikke til at det er gjort så mye forskning på dette området, men har på bakgrunn av funn i kommuneundersøkelsen 2016 og rapporten til Njå og Vastveit (2016) funnet at vi trenger mer kunnskap på dette området.

1.1 Oppgavens oppbygning

Hensikten med forstudiet (del I) er å avdekke *hva* samfunnssikkerhet i en kommune er. Å finne noen svar på dette anses også som hensiktsmessig for å velge teoretiske tilnærmingen til oppgavens del II. I hovedstudien (del II) avgrenses kommunen til én sektor, der vi ved bruk av de teoretiske prinsippene forsøker å si noe om hvordan man kan skape et økende fokus på forebyggende samfunnssikkerhetsarbeid i en middels stor norsk kommune. Forstudien bygger på en a-teoretisk eksplorativ tilnærming der vi gjennom fortellinger og beskrivelser fra observasjoner, samtaler og dokumenter forsøker å gi et bilde av viktige elementer i samfunnssikkerhetsarbeidet i kommunen. Hovedstudien bygger på en teoretisk induktiv tilnærming der funn fra forstudien har vært bestemmende for valg av teori. Funn fra intervju,

deltagende observasjon og dokumenter ses i lys av de teoretiske prinsippene. Resultatene fra forstudiet og hovedstudiet drøftes samlet i kap. 7.

Oppgaven bygger på et case-studie bestående av et forstudie og et hovedstudie med hver sin problemstilling. Denne inndelingen er et resultat av funn som ble tydelige ganske tidlig i prosessen: lite systematisk samfunnssikkerhetsarbeid med operasjonell beredskap i fokus, og en svært kompleks organisasjon. Funnene bidrog også til innspill til teori i oppgavens del II, der systemteori og resiliens tar for seg komplekse organisasjoner og gir bidrag som er interessante å se på i en kommunesammenheng. Målet er å se om man kan tilpasse de teoretiske prinsippene til direkte anvendelse i den konkrete kommune-konteksten.

1.2 Valg av kommune

Stake (1995) sier at det første kriteriet for utvelgelse av case bør være at man maksimerer hva man kan lære. Det er muligheten for å lære som er av største betydning. Gitt formålet med studien må man finne ut hvilket case som sannsynligvis vil lede oss til forståelse, til påstander og som muligens kan modifisere generalisering (Stake, 1995). Vi har forsøkt å oppfylle dette kriteriet ved å velge en middels stor norsk kommune med omlag 15 000 innbyggere for at funnene skal kunne være representative for flere kommuner. Størrelsen på kommunen mener vi kan belyse utfordringer som både større og mindre kommuner har når det gjelder arbeidet med samfunnssikkerhet. Kommunen er stor nok til å gi et rikt datagrunnlag for analyse, men liten nok til at man klarer å få en oversikt som gjør det mulig å gjennomføre et studie i en avgrenset tidsperiode. Stake (1995) påpeker at tid og adgang til feltarbeid alltid er begrenset og at det derfor er viktig å velge et case som er tilgjengelig. For oss bidrog deltagelse i et ROS-prosjekt i kommunen til en slik tilgjengelighet. Prosjektet var et frivillig engasjement etter initiativ fra kommunen. I dette arbeidet fikk vi anledning til å delta i et pilot-prosjekt innenfor skolesektoren i forbindelse med revidering av H-ROS. Gjennom prosjektet ble vi kjent med organisasjonen, strukturen og flere relevante aktører som gjorde “adgangen” til studieobjektet lettere.

1.3 Beskrivelse av kommunen

Kommunen som er valgt ut for dette casestudiet er en middels stor norsk kommune. Den ligger i KOSTRA kommunegruppe 10: Mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter. KOSTRA står for Kommune-Stat-Rapportering og gir statistikk om ressursinnsatsen, prioriteringer og måloppnåelse i kommuner, bydeler og fylkeskommuner (statistisk sentralbyrå, 2017). I KOSTRA er alle

landets kommuner inndelt i 16 sammenlignbare grupper som er basert på folkemengde, økonomiske rammebetingelser og frie disponible inntekter, dvs. de inntektene som er til disposisjon når minstestandarder og lovpålagte oppgaver er dekket.

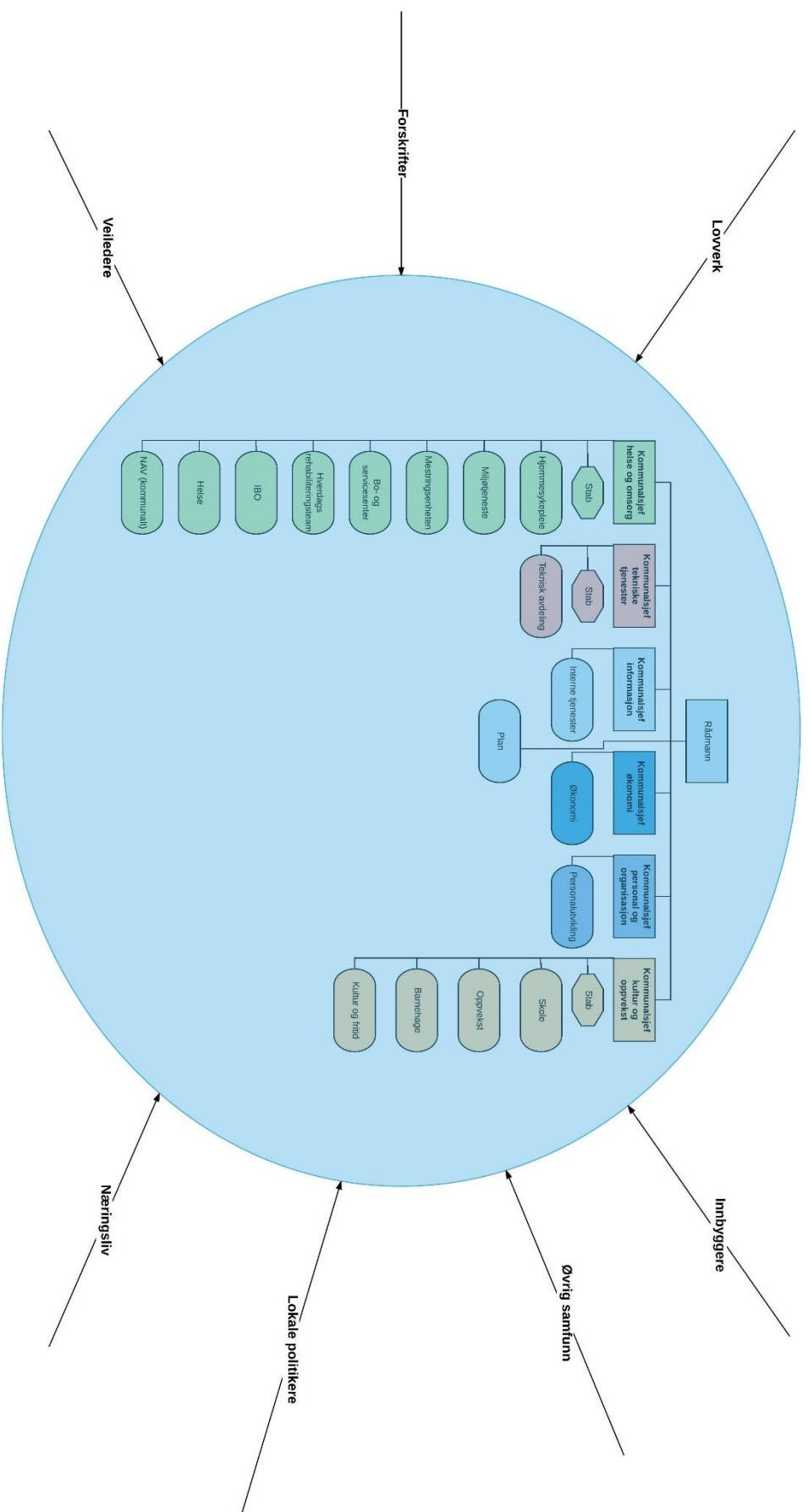
KOSTRA-tall viser at denne kommunen bruker minst ressurser på administrasjon. Ifølge kommunens egen planstrategi gjør dette administrasjonen driftsorientert og sårbar fordi det kan redusere muligheten til helhetlig og langsiktig planlegging. Kommunen ligger i Sør-Norge og har om lag 15 000 innbyggere. Kommunen har en bykjerne og mange større og mindre tettsteder. Kommunens tjenester og forvaltning er spredt over et større geografisk område. Kommunen omfatter fire sektorer: Sentraladministrasjon, Tekniske tjenester, Helse og omsorg, Kultur og oppvekst.

Kommunen har en målsetting om å styrke evnen og kapasiteten til å mestre og tilpasse seg samfunnsutviklingens vanskeligheter og hverdagens krav. Dette skal ifølge kommunen oppnås gjennom målrettet innsats og stadig utvikling innenfor hovedområdene en kommune arbeider, her er rollen som tjenesteprodusent sentral (Kilde: Kommuneplanen, samfunnsdel).

Kommunen har i starten av inneværende år begynt en større omstillingsprosess. Bakgrunnen for dette er et behov for å spare inn 3,7 prosent av kommunebudsjettet. Prosessen er planlagt som en kontinuerlig forbedring frem mot 2020. Målet er å sikre en solid drift i kommunen med forutsigbare tjenester og kontinuerlig omstillingskraft. I dette inngår å kartlegge gevinstpotensialet i alle kommunens tjenester. I tillegg ønsker kommunen å få fokus på innovasjon og skape noe nytt. Her er blant annet tidlig innsats og tverrfaglighet nøkkelord i kommunens arbeid med omstillingsprosessen.

Vi ser anonymisering av kommunen som hensiktsmessig for å få mest mulig usminkede beskrivelser og fortellinger, samt at muligheten vår for innsikt blir større.

Figur 1. Organisasjonskart inkludert påvirkninger. Laget med utgangspunkt i kommunens eget org.kart.



2.0 Del I - Forstudie

For å kunne forstå hvordan en kommune arbeider med samfunnssikkerhet er det nødvendig å ha en forståelse av hva som ligger i begrepet. Som Njå og Vasstveit (2016) finner i sin rapport er det en utfordring for kommunene å definere sitt eget arbeid med samfunnssikkerhet utover beredskapsarbeidet. Samfunnssikkerhet kan forstås ulikt avhengig av hva begrepet brukes om, eksempelvis informasjonssikkerhet eller graden av tillit mellom myndigheter og befolkning. Det er et tverrfaglig felt og dermed vanskelig å komme frem til en entydig forståelse av hva begrepet er og hva det bør omfatte (Engen et al., 2016). I oppgavens del I forsøker vi å finne svar på hva samfunnssikkerhet i en kommune er. Det vil være ulikt hva som driver de ulike kommunene. Men hva er denne kommunens egenart, hva er dens styrker? Hva er det vi vil finne av prosesser og aktiviteter i kommunen som kan relateres til samfunnssikkerhet? Disse spørsmålene legger grunnlaget for problemstillingen. Datamaterialet består av beskrivelser og fortellinger fra kommunen, der forståelse av konteksten er viktig. Dette bygger på en kvalitativ forskningsmetode, der deltagende observasjon, ustrukturerte intervju og dokumentanalyser er brukt i datainnsamlingen. Del I avsluttes med en drøfting rundt samfunnssikkerhetsbegrepet i lys av av funn fra forstudien.

2.1 Problemstilling Del I – Forstudie

Følgende problemstilling danner grunnlaget for oppgavens del I:

“Hva er samfunnssikkerhet i en middels stor norsk kommune?”

2.2 Avgrensning

Å avdekke hvordan det jobbes med samfunnssikkerhet i en middels stor norsk kommune er en utfordrende og tidkrevende oppgave. Den største avgrensninger som er gjort er å utelate det arbeidet som ligger under areal og arealplanlegging. Det betyr at all kartlegging og tiltak i forhold til arealplanlegging ikke er inkludert i oppgaven. På grunn av oppgavens omfang gjorde vi et valg om å ikke gå i dybden på all dokumentasjon som kommer frem i forstudie. Grunnen til dette er at det i kommunen er mye dokumentasjon som prosedyrer, rutiner, planverk, saksbehandling og lignende. En gjennomgang av all dokumentasjon for å finne det som kan være relevant for samfunnssikkerhet hadde vært en oppgave i seg selv. Dokumentene

som er gjennomgått er derfor de som tydelig er relevante, som evalueringer etter hendelser og overordnet kommuneplan og beredskapsplan. Vårt fokus har ikke vært å avdekke hva som nødvendigvis står i planverket, men heller å forstå arbeidspraksis; eksempelvis fokus, bevissthet, verktøy og samarbeid, som kan relateres til samfunnssikkerhet. Fokus i oppgaven blir på samfunnsdelen av kommuneplanleggingen, med størst fokus på utfordringer og arbeidsprosesser i kommunesystemet. Utover dette har vi vært nødt til å sette flere begrensninger, blant annet ved å utelate alle andre relevante aktører i datainnhenting. I noen fortellinger blir andre aktører nevnt, men da av kommunens ansatte og ikke som vår direkte kilde. Dette inkluderer blant annet nødetatene og frivillige organisasjoner, som vi vet er en viktig del av samfunnssikkerhetsarbeidet. Det samme gjelder politiske prosesser og økonomiske prioriteringer – selv om dette er forhold av betydning. Likevel mener vi at det øyeblikksbilde som gis av kommunen også er et resultat av politiske- og økonomiske valg som er gjort i kommunen og således ligger implisitt i de funn som fremstilles. Arbeid med samfunnssikkerhet er en dynamisk prosess som kan endre seg etter hvert som det skjer utskiftninger blant personalet, når det kommer nye lovpålagte krav eller når det skjer hendelser i samfunnet som bidrar til å skifte fokus i en eller annen retning. I denne sammenhengen bør det nevnes at kommunen er i starten av en omstillingsprosess, samtidig som det nylig har vært utskifting av ansatte i sentrale posisjoner. Likevel har målet vært å forstå kommunen i det tidsrommet det har blitt studert, under de forutsetningene og forholdene som er tilstede i denne avgrensede perioden.

Når det gjelder kommunens sektorer er alle inkludert i oppgavens del I. Det må likevel påpekes at noen sektorer har vært grundigere studert enn andre. En grunn til dette er at vi fikk muligheten til å bidra i et ROS-prosjekt i skolesektoren, samt at helse- og omsorgssektoren ble valgt ut som studieobjekt i oppgavens del II. Disse to sektorene har derfor vært grundigere studert enn de resterende sektorene der hovedvekten av informantene har vært på leder- og mellomledernivå. Med de valgene som er tatt mener vi å ha belyst viktige momenter innenfor de rammene som er satt for oppgaven.

2.3 A-teoretisk case studie

Forstudien i oppgaven kan kalles et a-teoretisk case-studie som er valgt for å belyse problemstillingen gjennom økt kunnskap og innsikt om fenomenet (Andersen, 1997). Selv om det er gjort mye forskning rundt samfunnssikkerhetsbegrepet har vi fortsatt til gode å finne studier som sier noe om hvordan det faktisk jobbes med samfunnssikkerhet i en kommune, spesielt om man ser utover det som omhandler beredskap. A-teoretiske case studier er

motiverte ut ifra fenomen der idealet er å la egenskaper ved fenomenet styre studien og være beskrivende i sin reneste form (Andersen, 1997). Dette er nødvendig da eksisterende teori, lover og forskrifter sier noe om hva som bør ligge i samfunnssikkerhetsarbeidet, men lite om hvordan det foregår i praksis – spesielt i en kommune som er av vår interesse. Ut i fra vår problemstilling anses det derfor som mest hensiktsmessig med et *eksplorerende design* som ifølge Ghauri og Grønhaug (2010) er utforskende og passer godt til forskning hvor selve problemet er dårlig forstått. Eksplorativt design er spesielt egnet for problemstillinger som er av vid karakter (Ghauri og Grønhaug, 2010), noe som er tilfelle for problemstillingen i oppgavens del I.

Selv om kommunen ble undersøkt med et “åpent sinn”, der vi lot det teoretiske bakteppe ligge, var det særlige sider ved kommunen som var interessante. Her var det for eksempel stikkord som forebygging, samarbeid og risiko/farer. Som Andersen (1997, s.65) poengterer *«Det er imidlertid ikke mulig å studere ... «rett og slett». Man må ha en forestilling om hvilke sider ved disse sakene man ønsker å fokusere på»*. Forestillingene fungerte som et hjelpemiddel for å sikte oss inn på det som var relevant for studien, og som var nødvendig for å definere og avgrense caset. Case studie er valgt for å kunne trekke slutninger ut ifra egen empiri. Ifølge Stake (1995) skal et case studie fange kompleksiteten i et enkelt case der man ser etter detaljene i samspill med konteksten. Målet er at man gjennom case studie kan bidra til å belyse viktige elementer i samfunnssikkerhetsarbeidet i en middels stor norsk kommune. Vi mener at dette ikke kan ses uavhengig av den konteksten kommunen befinner seg i.

Målet er å gi en økt forståelse av hvilke elementer som definerer arbeidet med samfunnssikkerhet i en middels stor norsk kommune. Det krever fleksibilitet i forhold til datainnsamling og fleksibilitet i forhold til metode for innsamling. Eksplorativt design åpner opp for at forskeren endrer retning etterhvert som ny informasjon blir tilgjengelig (Ghauri og Grønhaug, 2010). Det var en nødvendig forutsetning i denne oppgaven siden vi på forhånd ikke hadde kunnskap om eller klare forventninger til hva vi ville finne. Vi hadde en forestilling om at det ikke ble arbeidet eksplisitt med samfunnssikkerhetsarbeid, utover beredskap, i kommunen. Derfor valgte vi en annen tilnærming til arbeidet med samfunnssikkerhet enn den beredskaps-fokuserte tilnærmingen som preger mye av tidligere forskning, og vi mener derfor at et eksplorativt design egner seg fordi den *utforsker* et ukjent fenomen. Vi utforsker gjennom innsamling av direkte informasjon (deltagende observasjon) og annenhåndsinformasjon (ustrukturerte intervju og dokumenter). Samlet er dette kilder til beskrivelser, der vi søker å forstå underliggende betydning av disse.

Deltagende observasjon er i samsvar med studiens eksplorative design og gir oss direkte erfaringer som styrker vår forståelse og fortolkning av kommunen. I tillegg fikk vi som nevnt en unik mulighet til å komme på ”innsiden” som deltakere i et H-ROS prosjekt i den aktuelle kommunen. Fangen (2004) sier at det overordnede formålet med deltagende observasjon er å forstå mennesker i sammenhenger som ikke er strukturert av forskeren, og uten at man nødvendigvis stiller dem spørsmål. Metoden ble som nevnt kombinert med ustrukturerte intervju og samtaler. Dette ble nødvendig da innsikt i ulike forhold krevde mer informasjonsinnhenting enn det observasjon eller dokumenter kunne gi, spesielt siden vi hadde en tidsbegrenset periode til rådighet. Dokumentene vi har benyttet oss av er i stor grad offentlige dokumenter som kommuneplaner, sektorplaner, temaplaner og tilsynsrapport som i ulik grad beskriver det eksplisitte arbeidet med samfunnsikkerhet. I tillegg har vi fått innsikt i evalueringsrapporter og rutiner i kvalitetssikringssystemet QM+. Dokumentene som anvendes i hovedsak i lys av det som blir fortalt og observert, og har vært viktige for å stille relevante og oppklarende spørsmål. Grunnen til at dokumentene ikke gis større plass er at vi primært ikke ønsket å se på “oppskriften”, men var mer interessert i hvordan “oppskriften” følges. Bruk av primær-, sekundær- og tertiærdata står nærmere beskrevet under kap. 5 i hovedstudie.

2.4 Bearbeiding av data

Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967/1970) er brukt som rammeverk for bearbeiding av data som skal bidra til å besvare problemstillingen i oppgavens del I. Selv om denne studien kanskje ikke klarer å frembringe ny teori, mener vi at en Grounded Theory-inspirert metode egner seg som tilnæringsmåte for å løse den første problemformuleringen som er fremsatt i oppgavens forstudie. Utgangspunktet i Grounded Theory er en tilnæringsmetode der data som samles inn hele tiden leder en videre i utspøringsfasen (Glaser & Strauss, 1967/1970). I praksis betydde det at observasjoner og samtaler løpende la grunnlaget for det som ble fokus i neste steg. Dette passer godt overens med det eksplorative forskningsdesignet som er benyttet i del I.

I arbeidet med datainnsamling stiller Grounded Theory krav til metning av data. Dette kan relateres til to faser innenfor tilnærmingen: 1) Ved innsamling av data innebærer det at man når et punkt hvor det ikke lenger er hensiktsmessig å innhente mer data. 2) I forbindelse med koding av data innebærer det at man når et punkt der det ikke lenger vil være hensiktsmessig å gjennomgå data for å vurdere hvor godt de samsvarer med kategorier og konsepter (Bryman, 2008).

Det er utfordrende å møte disse forventningene i oppgaven. For det første vil metning av data være en subjektiv vurdering. Oppgaven har i tillegg klare begrensninger når det gjelder tid, ressurser og omfang. På bakgrunn av disse betraktningene er data sannsynligvis ikke mettet i studien og videre forskning rundt dette emnet er nødvendig. Vi vil likevel hevde at funn i oppgaven vil kunne bidra positivt i videre forskning.

I prosessen med datainnsamling ble observasjoner og beskrivelser fortløpende nedskrevet. I takt med at datainnsamlingen økte ble det tydelig at enkelte begreper og mønster gikk igjen, og det viste seg flere sammenhenger mellom disse. Etterhvert som mønstrene ble tydelige i det som ble observert og fortalt ble det laget kategorier for det som ble ansett som relevant for arbeidet med samfunnssikkerhet. Disse kategoriene danner videre grunnlag for å gå mer i dybden på visse områder under nye intervju og observasjoner, samtidig som det åpne blikket ble forsøkt ivaretatt. Datainnsamlingen ga et rikt datagrunnlag som måtte analyseres og komprimeres for å få frem essensen. Utfordringen er at man ved å se på arbeidspraksiser, interaksjoner, kommunikasjon og lignende prosesser får en del informasjon som ikke nødvendigvis gir relevante funn for oppgavens problemstilling. Siden vi er ute etter å finne praksis som kan relateres til samfunnssikkerhet, utover det som er eksplisitt (eksempelvis arbeid med ROS-analyse), mener vi at den Grounded Theory-inspirerte tilnærmingen har vært til stor nytte i ”utsilingsprosessen” fordi det har bidratt til å avdekke utfordringene i kommunens arbeid med samfunnssikkerhet i takt med at mer data er blitt tilgjengelig. Under følger beskrivelser som skal bidra til å svare på problemstillingen i oppgavens del I og gi empirisk grunnlag for den avsluttende drøftingen i kap. 7.

Hvordan skal dette forstudiet forstås av leseren? Vi har gjort bruk av observasjoner og beskrivelser der vi prøver å gjengi informantenes forklaringer og fortellinger om hendelser så langt som mulig med informantenes egne ord, i den forstand at vi bevarer anonymiteten. Her knytter vi i tillegg kommentarer fra våre observasjoner som skal være med til å understøtte eller stille spørsmål til de utsagn som kommer opp i løpet av forstudien. De fleste utsagn sier noe om hva de ansatte mener er arbeidspraksis, mens de konkrete eksemplene som kommer opp sier noe om hvordan det faktisk foregår i praksis. Begge deler mener vi er interessant å få frem. Vi har fått tilgang til å snakke med alle ansatte i kommunen, men ikke til å delta i det daglige arbeidet utover arbeidet med ROS-prosjektet og møter. Forstudiens fortellinger og observasjoner avspeiler dette. Nedenstående skal derfor leses som en fortelling av

arbeidspraksis og fokus utover i kommunen, der vi løpende knytter våre kommentarer ut fra observasjoner og samtidig drar sammenhenger mellom forskjellige fortellinger.

Siden observasjoner og samtaler rundt arbeidspraksis viste seg å være en ambisiøs oppgave for denne tidsavgrensede studien valgte vi å fremstille beskrivelsene i en oppsummert form og dele de inn i kategorier. Det er disse som fremstilles i neste kapittel.

2.5 Observasjoner, beskrivelser og historier om samfunnssikkerhet i kommunen

Dette forstudie tok sin begynnelse i starten av februar 2017 med et større introduksjonskurs til helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse (heretter H-ROS) i regi av Nasjonalt utdanningscenter for samfunnssikkerhet og beredskap (heretter NUSB). På kurset deltok rundt 60 ansatte med lederfunksjon og annen relevant funksjon på ulike nivå i kommunen. I tillegg ble det avholdt et særskilt metodekurs dagen etter med praktisk gjennomgang av Direktorat for samfunnssikkerhet og beredskap (heretter DSB) sin veileder til H-ROS i kommunen (2014). Forfatterne til denne oppgaven deltok på begge deler som aktive observatører. Det ble også deltatt på diverse møteaktivitet i kommunen særlig knyttet til et pilotprosjekt i forbindelse med den pågående H-ROS og en fagdag med ressursanalyse av helse- og omsorgssektoren i forbindelse med omstillingsprosjektet i kommunen. I forstudien er det blitt innhentet informasjon og observasjon fra alle fire sektorer i kommunen og på de ulike nivåene.

Et av de tydeligste verktøyene og noe av det mest “synlige” arbeidet i forhold til samfunnssikkerhet i kommunen er arbeid med ROS-analyser. For å få en forståelse for hvilke forutsetninger de kommuneansatte har for å gjennomføre og anvende ROS anses det som relevant å starte med en presentasjon av hvordan ROS arbeidet i kommunen har vært og hvilke tiltak som i dag skal bidra til å drive dette arbeidet.

2.5.1 Helhetlig ROS-analyse i kommunen

Høsten 2016 besluttet kommunen at en revidering av H-ROS skal gjøres i løpet av 2017. Den eksisterende H-ROS er fra 2013. Den gang ble det benyttet en ekstern konsulent som rådgiver og drivkraft i prosessen. Konsulenten skrev også selve ROS-analysen, inkludert vedlegg. I den analysen er det analysert 52 hendelser. H-ROS-analysen har videre dannet utgangspunkt for beredskapsplanen til kommunen.

Etter tilsyn med samfunnssikkerhet og beredskap fra Fylkesmannen i desember 2016 ble det avdekket to avvik i kommunen. Den foreløpige tilsynsrapporten konkluderer med at kommunens H-ROS ikke oppfyller alle kravene etter sivilbeskyttelsesloven og forskrift om

kommunal beredskapsplikt. Kommunens H-ROS er blant annet for generell når det gjelder flere viktige analyseområder, eksempelvis på kritisk infrastruktur som strømforsyning. Det betyr at det kan stilles spørsmål ved om kommunens eksisterende H-ROS avspeiler de risikoer og sårbarheter som finnes i kommunen. Ved et møte vi deltok på hos Fylkesmannen kom det frem at flere av hendelsene samt utvalget av hendelser ikke reflekterte lokal forankring. Kommunen hadde eksempelvis ikke tatt med risiko for storulykker i forbindelse med en konkret type industri som ligger nær sentrum av kommunen. Videre påpekes det av Fylkesmannen at fremtidig risiko som klimaendringer burde hatt et større fokus i analysen. Det andre avviket går på et manglende systematisk arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap. Den foreløpige tilsynsrapporten fra Fylkesmannen sier at det ikke er utarbeidet langsiktige mål, strategier og prioriteringer med utgangspunkt i H-ROS verken i kommuneplanens samfunnsdel eller i andre strategiske dokument.

Kommunen har besluttet å ikke bruke ekstern konsulent til den nåværende prosessen med revidering av H-ROS. Ønsket er at kommunen selv skal ha kontroll og drive prosessen. Målet er at prosessen skal foregå i sektorvise prosjektgrupper og deretter samles i en felles sektorovergripende H-ROS. Denne skal føres i ROS-modulen til krisestøtteverktøyet DSB-CIM som tilbys alle kommuner. Hensikten med å føre denne i DSB-CIM er ifølge beredskapskoordinator å skape et levende digitalt dokument som enkelt kan knyttes opp mot konkrete oppgaver til ansatte og funksjoner i organisasjonen. Fordelen med dette er at man eksempelvis skal kunne gi påminnelser til den enkelte som er ansvarlig for implementering av tiltak om å oppdatere status eller gi tilbakemelding på effekten av tiltaket.

Som utgangspunkt til H-ROS prosessen har man i kommunen forsøkt å heve kompetansen blant ansatte ved å invitere NUSB til kommunen for avholde kurs i H-ROS. Alternativet hadde vært å sende 2-3 nøkkelpersoner på kurs hos NUSB, som ifølge beredskapskoordinator og NUSB selv er den mest vanlige kursformen for kommuner. Interessen for kurset var stor i kommunen og deltakerlisten endte på nesten 60 personer med ulikt lederansvar og plassering i organisasjonen.

Kurset var interessant for oss å observere og delta på for å forstå hva det er kommunens ansatte kurses i når det gjelder H-ROS. Dette er en sentral prosess og et sentralt verktøy i arbeidet med samfunnssikkerhet og beredskap i kommunen. Kurset er et tiltak for å gi kommunens ansatte kompetanse, og for å øke fokuset på det som menes å være relevant i en

slik prosess, blant annet fokus på tverrfaglighet, sektorovergripende hendelser og lokal forankring.

2.5.2 Kurs i helhetlig ROS

Kurset ble ifølge en ansatt i beredskapsteamet avholdt i lokalene til Røde Kors for å markere kommunens gode samarbeid med frivillige organisasjoner. Her åpnet Rådmannen kursdagen med å si at formålet for kurset var et ønske om å sette arbeidet med samfunnssikkerhet og beredskap i system. Dette ble ikke utdypet nærmere. Videre ble det sagt at man med utgangspunkt i dette kurset kunne skape en felles forståelse og fundament for det kommende arbeidet med H-ROS. Det ble videre poengtert at kommunen vektlegger tillit som en særlig viktig verdi og at arbeidet med å avdekke sårbarheter i kommunen er nødvendig for å opprettholde denne tilliten. I tillegg ble det sagt at H-ROS skal være et levende dokument som skal resultere i kontinuerlig oppdatering av beredskapsarbeidet. Her ble samhold og tverrfaglighet nevnt som viktig, i tillegg til en holdning om at kommunen kan lære av denne prosessen. I forhold til beredskap er målet i kommunen at det skal være en klar rolle- og ansvarsfordeling i kriseledelsen som skal ligge intuitivt i organisasjonen. Videre ble det uttrykt ønske om å rette et fokus på fremtidige uønskede hendelser som eksempelvis klimaendringer vil kunne medføre, der målet skal være å opprettholde kritiske samfunnsfunksjoner i kommunen.

Etter introduksjonen tok kursholderne fra NUSB over og startet kurset. Det ble poengtert at fokus på dagens kurs var den delen av risiko og sårbarhet i kommunen som går på *safety*. Begrepet ble ikke utdypet. Videre ble det snakket om et mål om trygghet og robusthet i kommunen i den forståelse av evnen til å motstå negative konsekvenser og samordne på tvers av sektoren. Det ble av kursholderne henvist til Stortingsmelding 10 (2016-2017) og forklart at bakgrunnen for arbeidet med H-ROS i kommunen er at samfunnssikkerhet på nasjonalt nivå er avhengig av kommunenes innsats. Deretter ble forskrift om kommunal beredskapsplikt gjennomgått der det ble fokusert på at den blant annet stiller krav til H-ROS og systematisk arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap i den forstand at kommunen må utarbeide langsiktige mål, strategier, prioriteringer og planer for oppfølging av samfunnssikkerhet- og beredskapsarbeid. Det ble understreket at arbeidet med H-ROS er særdeles viktig i et stadig mer kompleks og sårbart samfunn. Bakgrunnen for dette ble forklart med at analyseprosessen er med på å la kommunen ta stilling til hvilke risikoer som aksepteres, og i den forbindelse vurdere hvordan innbyggernes tillit kan bevares. NUSB definerte *redundans* i kommunen som alternativer, og *resiliens* som det å tåle, håndtere,

gjenopprette og tilpasse. Målet med å oppnå eller ivareta redundans og resiliens var ifølge kursholderne fra NUSB å sikre kritiske samfunnsfunksjoner og bli bevisst den gjensidige avhengighet i kommunen.

Selve H-ROS-analysen ble forklart som hendelsesfokusert og at kommunen skulle tenke scenarioer med hvem, hva, hvor og når. Videre var det viktig at kommunens særtrekk og kontekst kom tydelig frem i de scenarioer og hendelser som blir analysert. Som verktøy til analysen ble en såkalt 'bow-tie' modell gjennomgått for å illustrere hvordan man kan tenke både sannsynlighetsreduserende og konsekvensreduserende barrierer og tiltak. Videre ble det forklart at analysen skal gi konkrete forslag til skadeforebyggende og skadebegrensende tiltak og prioritering av disse, hvorpå utarbeidelse av en plan skal sikre implementeringen etter endt analyseprosess.

I løpet av kursdagen ble det gjort bruk av gruppediskusjoner for å sikre aktiv deltakelse og for å sette i gang tanker rundt risiko og sårbarheter hos deltakerne. Diskusjonene skapte engasjement og det kom frem mange eksempler på både sårbarheter, risikoer og opplevde hendelser. Det ble blant annet fortalt om en episode med en bombetrussel på en skole, der flere var enige om at det kun var én ansatt som hadde fulgt rutinene i håndteringen, til tross for at man hadde rutiner på den type krisesituasjoner. Det kom også frem at det var kommunale bygninger som ikke var sikret med sprinkleranlegg, og samtidig var bygget i tre og at en brann her ville kunne utvikle seg raskt. I tillegg var det flere som tok opp potensialet for en stor-ulykke med ammoniakktlipp fra en sentrumsnær bedrift.

Gjennom hele kursdagen ble ordet beredskap konsekvent brukt av kursholderne når det ble snakket om formål og forskjellige aspekter i H-ROS prosessen. Konfrontert med dette av oss (beredskap versus samfunnssikkerhet) i en sen pause var svaret at «*resultatet av beredskap er samfunnssikkerhet*». Samfunnssikkerhetsbegrepet ble kun nevnt helt i starten av kurset i forbindelse med de lovmessige krav og forskrifter til H-ROS.

Vår observasjon i forhold til denne kursdagene var at beredskapskoordinator i kommunen var en sentral pådriver for å få NUSB til kommunen og for å skape et engasjement utover i organisasjonen for det kommende arbeidet med H-ROS. I tillegg fikk vi et inntrykk av at svært mange ansatte ble engasjert, og flere ansatte som ikke hadde deltatt ved forrige H-ROS

prosess «la inn ønske» om å få bli med i den kommende prosessen. Det fremstår også som et svært viktig arbeid for kommunens overordnede ledelse.

Ved datainnsamlingens slutt tre måneder etter at kursene ble avholdt var arbeidet med H-ROS ikke kommet i gang ute i kommunens sektorer. Ifølge flere ansatte skyldes dette blant annet arbeidet med omstilling tar mye fokus og ressurser. En sentral aktør uttrykte videre sin tvil om man opp i dette ville klare å komme i mål med H-ROS innen utgangen av 2017. Flere andre ansatte på mellomledernivå sier også at de forstår viktigheten med ROS-analyser, men at dette arbeidet kommer «på toppen» av alt annet som må gjøres for at driften skal gå rundt og at det blir vanskelig å prioritere.

2.6 Funn fra kommunens sektorer

I tillegg til observasjoner knyttet til kommunens H-ROS prosess ble det gjort observasjoner og samtaler med ansatte i alle kommunens sektorer. Her var det observasjon og samtaler av både formell og uformell karakter i tillegg til deltakelse på flere møter.

Noen beskrivelser, fortellinger og observasjoner kan tilhøre flere av kategoriene, eller ha elementer i seg som tilhører en annen kategori. De er likevel forsøkt plassert der de gir størst mening, men funnene bør uansett ses på i sin helhet.

2.6.1 Anvendelse og gjennomføring av ROS-analyser

En leder i administrasjonen forklarer at man bruker *Rådmannens internkontroll* (KS, 2013) som nøkkeldokument i kommunen. Dette er et veilednings-/idéhefte som skal sikre betryggende kontroll og gi innspill til å samordne driften i kommunen. Et av de viktigste rådene i dette heftet er at internkontroll og kontrollaktiviteter må være basert på risikoanalyser (KS, 2013, s.8). Her konstaterer lederen at det mangler systematikk på eksempelvis ROS-arbeidet i kommunen. Dette stemmer overens med våre observasjoner der vi rundt i kommunens sektorer ser at bevisstheten rundt bruken av ROS-analyse som verktøy er varierende.

Bruken av ROS-analyser finner vi svært avhengig av hvilken sektor og hvilke arbeidsoppgaver man har, i tillegg til det personlige engasjementet og kunnskapen. Hva bruken av ROS-analyser eller mangelen på det betyr for samfunnssikkerheten i praksis er vanskelig å si, men det er så langt vi kan finne det eneste verktøyet i kommunen som

eksplisitt behandler fremtidige risikoer og uønskede hendelser som ikke utelukkende baserer seg på allerede opplevde hendelser.

Når vi eksempelvis spurte ansatte om de hadde ROS-analyser i kommunens kvalitetssikringssystem QM+ gav det ulike reaksjoner; noen mellomledere fant det raskt frem og bekreftet at disse ble brukt aktivt, andre trodde de hadde liggende ROS-analyser her, mens andre ikke kjente til om det var ROS-analyser i QM+. En av mellomlederne sa i denne sammenhengen at man gjerne skulle jobbet mer med risikoanalyser på enheten, men at de manglet kompetansen og forståelsen og at det derfor var vanskelig å «sette i gang».

En annen mellomleder sier at når man skal gjøre ting som man ikke gjør daglig, eksempelvis ROS-analyser, er man avhengig av å få noen føringer fra overordnet nivå. Når det samtidig er opp til den enkelte leder, fordi ingen på overordnet nivå sier noe om hvordan det skal være - eksempelvis en mal - *“da blir det litt sånn at man spør hverandre: har du gjort det? Nei, jeg har ikke gjort det, det er ingen som spør etter det”*.

Under våre samtaler fant vi to konkrete personer som beskrev en del av sine arbeidsoppgaver som å bistå i veiledning til ROS-arbeidet ut i sektorene.

En mellomleder i helse- og omsorgssektoren forteller om interessen for å gjøre bruk av ROS-analyse som verktøy, spesielt hverdags-ROS som går på uønskede hendelser i forbindelse med brukere som røyker i serviceboliger, vedlikehold og turer. Lederen selv har ikke hatt opplæring i ROS-analyse, men bruker en mal fra QM+ laget i sektorens stab. I mellomlederens enhet har man en nyere overordnet analyse for enheten, og det ønskes nå å gå mer i dybden på analysene, men forklares som en utfordring å få alle med og engasjert i denne prosessen; *«Dette blir fort et spørsmål om prioritet i hverdagen for de ansatte og her kan ROS-analyser virke for stort og omfattende. Resultatet blir da heller at man nedprioriterer det»*.

Innenfor teknisk avdeling er det en enhet som har ansvar for en kritisk samfunnsfunksjon og som er styrt av mange statlige krav og tilsyn. Her er det blant annet tydelige krav til beredskapsplaner, rutiner og ROS-analyser. De ansatte har mye erfaring og kompetansen suppleres med mye kursing og sertifisering. QM+ brukes aktivt i enheten både til rutiner, prosedyrer og ROS-analyser, i tillegg til loggfunksjon blant driftsoperatørene. Man har et tydelig mål om å bygge opp et driftssikkert system i enheten der man kan luke vekk småfeil underveis før de medfører uønskede hendelser. Dette diskuteres aktivt på driftsmøter, og mellomleder påpeker at det er god risikoforståelse i enheten og at samtlige ansatte er raske

med tilbakemeldinger på feil, mangler eller andre ting som ikke fungerer. I denne enheten gjør man mange ROS-analyser basert på felles diskusjoner og involvering av operatører. Mellomleder for denne enheten sier at det ledes etter en «bottom-up» strategi der man er avhengig av tilbakemeldinger fra de ansatte og at det meste av læringen skjer nedenfra og opp. Dette bidrar til innspill til ROS-analyser og iverksetting av tiltak som løpende evalueres. ROS-analyser omtales i denne enheten som et aktivt dokument. Under samtale med denne mellomlederen ble det vist til diverse analyser og prosedyrer i QM+ og fremviste dokumentasjon på det som var kjerneoppgaver i enheten.

Et svar som går igjen når det blir samtale rundt arbeid med ROS-analyser er at det er et *“på toppen arbeid”*. For mange skyldes dette at det blir lagt på enhetsledere som i utgangspunktet har svært mange ansvarsoppgaver og ansvarsområder. Den flate strukturen i kommunen (se organisasjonskart, fig.1) gjør at enhetsledere sitter med alle administrative oppgaver som saksbehandling, vedtak og klage- og tilsynssaker, samtidig som de har personalansvar og fagansvar. En del ansvarsområder er ivaretatt gjennom eksempelvis faglige koordinatører, men det er likevel flere ledere som uttrykker at ansvarsområdet sitt oppleves som for stort. Som en enhetsleder uttrykte; *«...så kommer dette arbeidet med kommunens helhetlige ros-analyse, og selv om vi vet at det er viktig og at det er krav til dette så blir det litt sånn, åh' enda flere oppgaver vi skal ivareta»*.

Under arbeidet med pilot-prosjektet ble det arrangert et møte med lærere på en barneskole der målet var å få innspill på hvilke utfordringer og farer de opplevde eller fryktet på skolen. Her kom det frem en felles bekymring over en snuplass for buss på skolens område. Bakgrunnen for bekymringen var blant annet at man hadde hatt en nesten-ulykke her i nyere tid. I tillegg opplevdes det utrygt for mange av lærerne å skulle passe på mange små barn samtidig når flere busser, i tillegg til taxi og privatbiler, kjørte inn og ut av snuplassen. Dette innspillet ble grunnlaget for en av hendelsene som ble analysert i prosjektet. I den forbindelse ble det arrangert et tverrfaglig møte med skolens rektor og tillitsvalgt, driftsoperatør (vaktmester, hører til teknisk avdeling), ansvarlig for vei- og trafikksikkerhet i kommunen, politi og to representanter fra busselskapet som leverer skoleskyss. For det første kom det frem mange gode innspill på tiltak for å løse problematikken med snuplassen og skyss. Her var spesielt politiet sterkt på banen med konkrete forslag. I tillegg ble det en del oppklaringer mellom skolen og busselskapet i forhold til hva som var mulig å få til i forhold til å stå klare med bussene når barna kom ut fra skolen. Med så mange ulike representanter tilstede kom det også opp mange andre diskusjoner i forhold til utfordringer med veisikkerhet og skoleskyss i

kommunen. Den ene representanten fra busselskapet gav uttrykk for at han var glad for en anledning til å komme å møte representanter fra kommunen, fordi han hadde flere ting han ville ta opp i forhold til busslommer som var tatt bort i forbindelse med veiarbeid fordi dette skapte utfordringer når man skulle slippe av passasjerer.

En av de andre hendelsene som tok utgangspunkt i innspill fra de ansatte var trakassering av lærere på skolen. Dette opplevdes som et problem på skolen, der 44 prosent av lærerne opplevde dette fra tid til annen. 3/4 av disse opplevde psykiske belastninger i forhold til dette, noe som blant annet resulterte i at man vegret seg for samarbeid med foreldre. Rektor uttrykte bekymring overfor dette og fryktet at det på sikt kunne bidra til lærermangel, da rekruttering allerede var en problemstilling. I denne forbindelse viste det seg at det finnes flere forebyggende og konsekvensreducerende tiltak som er iverksatt innen kultur- og oppvekstsektoren; 'skole-hjem samarbeid', kollegastøtte, rådgivningstjeneste fra bedriftshelsetjenesten, tidlig involvering av ledelse (rektor eller kommunalsjef), rådgivning fra arbeidslivssentralen og rådgivning fra IA-representant (inkluderende arbeidsliv). Rådgivning ble brukt i mindre grad, mens kollegastøtte oftest ble brukt i slike sammenhenger.

2.6.2 Kvalitetsstyringsverktøyet QM+

QM+ er kommunens web-baserte verktøy for kvalitetsstyring og HMS. Det benyttes blant annet som oppslagsverk for planer, prosedyrer, rutiner og lovverk samt avviksrapportering og avvikshåndtering. QM+ skal alltid være oppdatert med de nyeste rutinene. I QM+ finnes også maler for ROS-analyser, der kommunen selv kan utforme sine egne sektorspesifikke maler. Alle ansatte i kommunen har tilgang til QM+ og det er en rutine som tilsier at alle skal få opplæring i systemet og at nærmeste leder skal påse at dette blir gjort.

Kvalitetssikringsprogrammet QM+ brukes ifølge våre observasjoner til å melde inn avvik og danner således et grunnlag for læring i forhold til hendelser ved at man endrer rutiner, planer eller setter i verk nye tiltak dersom avviket tilsier det ut i fra alvorlighetsgrad eller hyppighet. Flere mellomledere oppgir at man gjennomgår rutiner og prosedyrer etter hendelser og endrer dersom det er mangelfullt. Hvilken type avvik det er snakk om er også avgjørende for hvor avviket lukkes, men den generelle målsetningen er at avvik skal lukkes på lavest mulig nivå.

Bruken av QM+ som oppslagsverk og avviksrapportering finner vi varierende i de ulike sektorene, spesielt på utøvende nivå. En leder på administrasjonsnivå som har ansvar for HMS på overordnet plan sier at verktøyet QM+ brukes aktivt til både utarbeidelse av rutiner, avvikshåndtering og ROS-analyser på et overordnet nivå i forhold til personalrelaterte saker

som ikke kan håndteres på enhetsnivå utover i organisasjonen. Lederen her jobber mye med avvik, men poengterer at man generelt har lite rapporteringer om avvik i kommunen. Strukturen til avviksrapportering er på plass (i QM+), men det er en bevissthet om at det i kommunen underrapporteres når det gjelder avvik. Derfor har man hatt et særlig fokus på trussel og vold, hvilket har medført at to "forsterkede" skoler nå er blitt bedre på avviksrapportering. Denne lederen poengterer at det er viktig å vise at man tar avvik på alvor, hvis man vil ha de ansatte til å rapportere. Avvik brukes av denne lederen blant annet til å lage rutiner og prosedyrer når det gjelder sikkerheten til de ansatte i kommunen. Her brukes det også ROS-analyser til å fremme tiltak som kan bedre sikkerheten til de ansatte. Det bistås også med veiledning av bruken i QM+ utover i kommunens sektorer. Under våre samtaler og observasjoner har ingen av sektorene nevnt at de har gjort bruk av denne veiledningen.

I en sektor blir det også uttrykt at man "savner" avvik som går på systemsvikt fordi man vet at det skjer, men at det ofte er vanskelig å fange opp dersom det ikke meldes inn. I tillegg fremkommer det ved internkontroll, ifølge en ansatt på ledernivå, at det er ansatte som aldri har logget seg inn i systemet. Den største utfordringen som oppgis fra flere ledere og mellomledere er å sikre at vikarer og helgearbeidere er oppdaterte på rutiner. Det samme gjelder for avvik, der det blir forklart at det for vikarer som er inne for en kort periode ikke nødvendigvis føles like «nyttig» å melde inn eller at man ikke har den samme forståelsen for hvilket system man er en del av. Både i skolesektoren og helse- og omsorgssektoren brukes det mye vikarer.

I en teknisk enhet der det jobbes med vedlikehold av vei sier en ansatt at det man frykter mest i forhold til sikkerhet er at ansatte velter med maskiner. Ved rutinesvikt som går på HMS meldes disse i QM+. Det gis likevel uttrykk for at det er lite hendelser som skjer og at det er stort fokus på HMS på grunn av mange lovpålagte krav i forhold til fallsikring og arbeid langs vei. HMS er alltid tema på det månedlige seksjonsmøte med de ansatte i enheten der de ansatte kommer opp med ulike problemstillinger.

2.6.3 Evaluering

Etter uønskede hendelser og øvelser gjøres evalueringer, skriftlige eller muntlige avhengig av omfanget av hendelsen og hendelsens plassering. Et sentralt spørsmålet er om evalueringene medfører læring og korrigeringer på systemnivå. Ifølge en leder i administrasjonen mangler det systematisk arbeid for å sikre dette. Dette må gjøres via klare rolle- og ansvarsfordelinger

som per i dag ikke anses som gode nok. Det er samtidig et ønske fra lederen i administrasjonen at man ikke venter på hendelser, pålegg eller tilsyn før det gjøres tiltak.

Det er tydelig, via evalueringsdokumenter og samtaler, at det for hendelser der operativ beredskap er involvert gis forslag til konkrete forbedringstiltak og at man setter opp tydelige læringsmomenter. Det er blant annet utarbeidet en egen mal for evaluering som blant annet stiller spørsmål som;

- *Hvordan fungerte egne krise-/beredskapsplaner i forhold til å håndtere situasjonen?*
- *Har hendelsen vist at det er behov for endringer i gjeldende planverk og rutiner, herunder om det er områder som ikke dekkes i planverket?*
- *Hvilke aktører var de viktigste å være i kontakt med for å håndtere situasjonen? Passer det med virksomhetens planverk?*
- *Hvordan opplever virksomheten at kommunikasjonen fungerte? (Internt og ut til innbyggerne)*

Utfyllende evalueringer der disse punktene gjennomgås ses etter hendelser som uvær, brann og flom. Samtidig blir det uttrykt fra en beredskapsaktør at det er ulikt hvordan disse evalueringene gjennomføres (personavhengig) og derfor varierende hvordan læringsutbyttet blir. Det gis eksempel med evalueringer som skrives av en enkelt aktører uten at resten av de involverte aktørene tas med. Dette forklares med en manglende forståelse av hva formålet med evalueringen er.

Det poengteres fra en leder i administrasjonen at man i kommunen er gode på det operasjonelle når det oppstår hendelser, men at man kan bli bedre på planverk. Dette bekrefter vårt inntrykk etter å ha fått beskrevet ulike hendelser fra de senere årene i kommunen. Som følge av en hendelse ble det eksempelvis nødvendig med fraflytting av en brukerenhet innenfor helse- og omsorgssektoren (omtales i evalueringsrapporten som kontrollert fraflytting og ikke evakuering). To mellomledere presenterte etter dette en evaluering for kommunens ledere der det kom frem at det var store mangler i forhold til skriftlige rutiner og "sjekklister". Dette overrasket flere i ledelsen; *"var det virkelig ikke noe skriftlig? Var det virkelig ikke noe dere kunne hente ut og bruke?"*. Mange var også overrasket fordi de ikke ante hvor mye en slik fraflytting innbefattet, fordi *"det høstes så enkelt ut"*. På tross av disse manglene gikk fraflyttingen bra og en mellomleder forklarer at det alt i alt ble en OK opplevelse for de involverte. Begge de to involverte mellomlederne hadde lang erfaring som

ledere og hadde mye samarbeid ellers, slik at de i denne situasjonen utfylte hverandres roller godt og tenkte på ting som den andre ikke hadde tenkt på.

En ansatt med lederfunksjon innenfor helse- og omsorgssektoren legger vekt på systematikk i planlegging og viser til utfordringer når man går fra 1.linjetjeneste til 2.- og 3.linjetjenester. Her er man avhengig av avklaring og systematikk i disse overgangene ellers blir det bare et spørsmål om penger, i tillegg har alle i utgangspunktet nok å gjøre med sitt. Ansatte på utøvende nivå sier i denne sammenhengen at det har vært mye avvik når pasienter kommer inn og ut av sykehus eller flyttes mellom avdelinger, og gir eksempel som; man har glemt å skrive rapport, journaler er ikke blitt overført og pasienter som ikke har fått med seg medisiner. En enhet har i denne forbindelse utarbeidet egne sjekklister for når pasienter skal ut og inn av ulike avdelinger og når de skal inn og ut fra sykehus. Sjekklister er et resultat av initiativ som er tatt på enheten, og den ansatte sier at det ikke finnes formelle forum i sektoren for å dele den type praksis.

En leder innenfor helse- og omsorgssektoren legger vekt på å bruke tidligere hendelser som scenario for å lære, men sier at det ikke er et systematisk arbeid i forhold til læring i sektoren. I denne forbindelse vises det til en trusselepisode der to ansatte møtte en pasient med en farlig gjenstand i pasientens hjem. Da gjenstanden ble oppdaget gikk de ansatte ut og tilkalte politiet, men gikk inn igjen før politiet ankom i håp om å løse situasjonen selv. Dette endte i en ny situasjon da pasienten fortsatt truet med gjenstanden og de ansatte måtte trekke seg ut igjen. Lederen sier at det hadde vært en gjennomgang på ledernivå i forhold til situasjoner med truende brukere, men at dette ikke nådde helt ut i organisasjonen. Travle arbeidsdager foreslås som mulig årsak. Den samme lederen sier videre at slike hendelser gir grunnlag for å ha en systematisk tilnærming til å se på trusler i sektoren. Det må blant annet avdekkes om det er tilstrekkelig med prosedyrer og om disse blir brukt som tiltenkt. En ansatt i staben i samme sektor forteller ved en senere anledning at det har vært mye arbeid med denne episoden i etterkant fordi mye ikke var gjort i forkant.

Læring av feil tas også opp som et tema med en administrativ leder. Lederen forteller at det i noen tilfeller oppleves som at det er en barriere for å lære av feil, og at det til tider kan se ut som at skyld og frykt dekker over feil og avvik. Dette er en kulturutfordring og strategien for å håndtere dette er å ta det på alvor, ufarliggjøre feil og løfte opp problemet. Her har lederen vært opptatt av hvordan avvikshåndtering ble oppfattet blant ansatte. Leder understreker at alle bør være med i prosessen når det skal korrigeres og læres av feil, ellers oppstår det lett misforståelser og læringen uteblir. Under våre observasjoner har dette spesielt blitt tydelig i

helse- og omsorgssektoren der det er underrapportering av avvik som ikke går på legemiddelhåndtering. Når vi har spurt nærmere inn til dette sier flere at det er vanskelig å “melde” en kollega når det skjer svikt i systemet ved at rutiner ikke blir fulgt eller lignende.

2.6.4 Møteaktivitet

Møtevirksomhet er ifølge våre observasjoner det som fremstår som de viktigste formelle forumene for å ta opp systemiske sårbarheter som utfordringer med samarbeid, ansvarsfordeling og andre utfordringer som man ser i forhold til de ulike tjenestene som skal leveres i kommunen. Møtene brukes også til å informere om nye rutiner, både på overordnet nivå og på enhetsnivå. Gjennom våre observasjoner og samtaler klarer vi ikke finne tydelige strukturer for å sikre at eksempelvis informasjon, beskjeder og rutiner når frem utover i organisasjonen. Møtene er også det formelle forumet for å komme med tilbakemeldinger og evalueringer, selv om det løpende skjer kommunikasjon mellom ansatte. Ut ifra våre funn er det opp til den enkelte enhetsleder å formidle og implementere informasjon og nye rutiner til ansatte.

Det er blant annet ledermøter på overordnet nivå (kommunens ledergruppe), møter for mellomledernivå (kommunalsjef og enhetsledere), avdelingsmøter for de ulike enhetene og møter innenfor de ulike avdelingene (teamtid for lærere, sykepleier/fagarbeider-lunsj). I tillegg er det mye samarbeidsmøter mellom ulike tjenester og sektorer, eksempelvis møter i boligutvalg, møter med verneombud og tillitsvalgte og ulike tiltaksteam innenfor skole/barnehage for å nevne noen.

2.6.5 Uformell kommunikasjon

Viktigheten av den uformelle kontakten blir nevnt svært ofte på alle nivå i organisasjonen. Den flate strukturen gjør at man er “nær” sin overordnede leder og den uformelle kontakten anses derfor som enkel å opprettholde. Flere enhetsledere sier at det er gjennom den uformelle kontakten, i tillegg til avdelingsmøter, at man får et innblikk i hva som “rører seg” ute i avdelingene og enhetene. På overordnet nivå er det blitt uttrykt at den geografiske nærheten til øverste leder eller andre sektorledere er verdifull fordi man i enkelte tilfeller lett kan videreføre informasjon eller få raske avklaringer. Ved større hendelser og i alvorlige saker er det klare retningslinjer for varsling. I mindre saker der det av ulike grunner ikke meldes avvik

er det den uformelle kontakten man i stor grad er avhengig av. Dette er eksempelvis tilfeller der rutiner ikke overholdes uten at det får direkte konsekvenser.

Den uformelle kontakten med innbyggerne omtales også som viktig. Dette anses som verdifullt både fordi man får innspill på konkrete mangler, eksempelvis på vei og gang/sykkelvei. Kafedialog er en nyere kommunikasjonsstrategi som skal brukes i omstillingsprosessen. Hensikten er å skape en dialog for innbyggere, politikere og fagpersoner om situasjonen kommunen befinner seg i. Ønsket er en toveis kommunikasjon der det kan gis informasjon og kommunen kan få innspill. Målet er å kunne spisse kommunens mål og strategier og få frem nye muligheter for effektiv og innovativ drift. I tillegg skal det kartlegges gevinstpotensialet i alle tjenestene og fremmes forslag til tiltak som gir innsparing på budsjettet totalt sett. Et eksempel på et tema til en kafedialog var forslag om nedleggelse av en mindre skole. I slike tilfeller ønsker man innspill fra lokalsamfunnet på mulige konsekvenser som kommunen eller politikerne ikke selv har fanget opp eller har kunnskap om. Samtidig kan det være med på å forberede innbyggerne på fremtidige endringer.

2.6.6 Bruker-, medarbeider- og innbyggerundersøkelser

Gjennom våre observasjoner og samtaler blir det nevnt flere undersøkelser som er brukt i kommunens kartleggingsarbeid. Under følger en oversikt over undersøkelser som gir innspill til kommuneplanens samfunnsdel, folkehelseprofilen i kommunen og som gir grunnlag for å iverksette tiltak for å bedre arbeidsforhold og tjenester som kommunen leverer. I tillegg er det kartleggingsverktøy for å få oversikt over sårbarheter og utfordringer, både i samfunnet og innad i kommunen.

Innbyggerundersøkelsen: Som et ledd i medvirkningen til kommuneplanen, ble det gjennomført en åpen spørreundersøkelse som kommunens innbyggere kunne delta i. I alt kom det inn ca. 420 svar.

UngData: Undersøkelse blant ungdom på ungdomsskolenivå og Vg1 og Vg2 på videregående nivå. Har vært et viktig bidrag i kommunens folkehelseprofil.

Medarbeiderundersøkelse: Undersøkelse blant alle ansatte i kommunen. Enhetslederne i kommunen hadde en egen undersøkelse.

Bruker-/pårørendeundersøkelse: Gjennomført i noen enheter innenfor helse og omsorg.

Disse undersøkelsene brukes som grunnlag for planer, både i forhold til tiltak innenfor folkehelse når det eksempelvis gjelder barn og unges psykiske helse og i kommuneplanen der

innbyggerundersøkelsen gir innspill til hvilke fokusområder kommunen skal fokusere på. Her er særlig et område som har slått negativt ut i forhold til en kategori som kalles ‘mellommenneskelige forhold’. Utifra de negative resultatene her ønsker kommunen å fokusere på omdømme både innad og utad og foreslår et utredningsarbeid i denne sammenheng. Medarbeiderundersøkelsen skal opp til politisk høring når den er evaluert, og danner således et grunnlag for politiske beslutninger.

2.6.7 Håndtering av hendelser

Vi har fått beskrevet håndteringen av flere større hendelser. Blant annet tuberkulosesmitte, diaréutbrudd, flyktningskrisen og kommunens innbyggere som var berørt etter terrorangrepet 22.juli. Felles for disse er at man har klart å håndtere hendelsene tilfredsstillende på tross av at det ikke har ligget noen spesifikke planer til grunn. To av tilfellene har vært smitte eller frykt for smitte i stort omfang, med henholdsvis tuberkulose og diaré, der barn i stor grad har vært rammet.

Kommunens smittevernplaner kunne ikke brukes på tilfelle med tuberkulosesmitte på grunn av det store omfanget og typen av smitte. Det var vanskelig å overføre de eksisterende planene fordi *“måten man skal iverksette tiltak på er jo så forskjellig etter typen av smitte”*. En sentral person fra håndteringen av denne hendelsen sier at det viktigste i en slik situasjon er å vite hvilke ressurspersoner man har å spille på i organisasjonen og man må ha en god oversikt over hvordan man kommer i kontakt med de. Denne oversikten hadde man og det konkluderes av den ansatte at man ikke ser hvordan situasjonen kunne vært løst annerledes. Samtidig blir det sagt at kommunen ikke hadde et godt overordnet system på hvem som gjør hva i forhold til smitte. Det er retningslinjer på hvordan man skal ivareta enkelte, men her var det et stort antall personer involvert og man måtte iverksette mange ressurser med kommuneoverlegen i spissen. Arbeidet innebar kartlegging for å få en oversikt siden det var ulike grupper, noen mer sårbare enn andre. I tillegg krevdes ulike tiltak avhengig av alder. I tillegg måtte testingen skje lokalt *«vi hadde aldri gjort det før, hadde ikke utstyr eller noen ting til å få dette gjennomført. I tillegg var det tidsaspektet...Alt som poppet opp måtte man bare håndtere»*.

Et annet fellestrekk som fremkommer ved beskrivelse av disse hendelsene var at samarbeidet mellom de involverte aktørene fungerte bra og at alle involverte tok mye ansvar. I forbindelse med terrorangrepet 22.juli var det stedfortredere i flere lederstillinger i administrasjonen. En av disse beskriver at en «tilfeldighet» førte til at noen delte tanken om at kommunens innbyggere kunne være involvert. Det var uformelle samtaler og uformelle bekymringer, men

det som ble avgjørende den dagen og de påfølgende dagene var at de involverte i ledelsen var svært tilgjengelige og hadde løpende dialog fordi «*man ante jo ikke hvordan dette utspilte seg og hvor stort det ville bli*». Det gis eksempel med en ansatt i administrasjonen som reiste til hotellet der de berørte etter Utøya var innlosjert. Dette ble en stor styrke for kommunen fordi man fikk førstehåndsinformasjon som man stolte på. Videre blir det fortalt «*Utover det ble det her hjemme (i kommunen) improvisering uten sidestykke – har aldri vært borti noe lignende*». Røde Kors åpnet opp møtested for ungdommer, førstehåndsinformasjon ble tilgjengelig for innbyggerne og det var tett samarbeid med det lokale partilaget (Ap) som ble ressursen i nettverket rundt denne hendelsen. I tillegg var det tett samarbeid med kriseteam i kommunen som sies å være et solid kriseteam med kjempelang erfaring. Det var en styrke at de ansatte som var på jobb i kommunen kjente kommunen, ressursene og situasjonen godt. Det har i etterkant av hendelsen vært mye positiv tilbakemelding fra innbyggerne der folk har følt seg godt ivaretatt, «*når alt kommer til alt er det det det handler om*». Situasjonen gav også læringsmomenter, blant annet en tydeliggjøring av hvem som er stedfortreder for hvem. I tillegg kom ny beredskapsplan i etterkant av dette der pårørendesenter var et nytt element i planen, men det ble påpekt at det ikke nødvendigvis bare var til inntekt for denne hendelsen.

Felles for håndteringen av disse hendelsene var at eksterne aktører var viktige bidragsyttere. Både Røde Kors, det lokale partilaget og andre frivillige var som nevnt viktige for ivaretagelsen av innbyggerne i kommunen i forbindelse med 22. juli. I forhold til håndtering av tuberkulose var det et tett samarbeid med nærmeste regionssykehus som ble svært viktig for å håndtere en ukjent situasjon. Ved diaréutbruddet skulle det tas blodprøver på rundt 100 involverte og her stilte lokale legekontor sine lokaler og personell til rådighet.

Ved flyktningkrisen var det en bedrift i kommunen som innkvarterte et høyt antall flyktninger og rollen til kommunen ble å ivareta behovet for nødvendig helsehjelp. Dette skjedde rett før en sommerferie der mange av de mest erfarne innenfor helsesektoren var på ferie. Det blir fortalt at man tenkte på ulike scenario; «*man visste jo ikke helt hvilke helsemessige utfordringer disse hadde. Og dette med sikkerhet – hvor psykisk syke er de? Er det trygt for de som jobber der ute, vis vi sender en sykepleier kan den være alene?*». Dette ble løst ved å gjøre risikoanalyser, «*vi har en ressursperson på dette området i staben som gjorde en kjempejobb*». Det har vært en positiv evaluering i etterkant, men en ansatt i staben til helse-

og omsorgssektoren sier at man var avhengig av at det var mange som sa ja og at det var improvisering med hyppige møter, ROS-analyser og positive ansatte.

2.6.8 Prioriteringer

Når det gjelder prioriteringer i kommunen vil det alltid være en kamp mellom administrasjonen og det politiske styre og det medfører ifølge en leder i administrasjonen en utfordring i forhold til sikkerheten. Det er tidvis vanskelig å skape en felles forståelse mellom politikere og kommunens ansatte. Her kan det være politiske saker som får oppmerksomhet og som administrasjonen må forholde seg til. En annen ansatt innenfor teknisk sier at de som forvalter midler, både i administrasjonen og politikere, mangler feltforståelse og sier at dette gir et stort etterslep i forhold til vedlikehold av vei. Den ansatte sier at dette fører til mye brannslukkingsarbeid og sier videre at man gjerne skulle tatt politikerne med på en busstur rundt i kommunen for å overbevise om viktigheten av å prioritere vedlikehold av vei.

En utfordring når det gjelder sikkerhet i en av de tekniske enhetene er, ifølge en mellomleder, den lave bemanningen som gir utfordringer når det gjelder prioriteringer. Mellomlederen forteller at ting som vil medføre vedlikeholdsetterslep prioriteres, og at det derfor går ut over tiltak som er med på å skape attraktive uteområder, eksempelvis sommerblomster i sentrum. I tillegg er det blant annet vanskelig å holde lekeplassene trygge da det stilles strenge krav til lekeplasser med en årlig kontroll. I en slik sammenheng må man prioritere uteområder på skoler og barnehager.

Politiske vedtak og prioriteringer betyr også at organisasjonen kontinuerlig skal være i stand til å endre og tilpasse seg. En leder i administrasjonen forklarer at endringskapasitet ikke bare gjelder i organisasjonen, men også i samfunnet. Endringer kan skape usikkerhet og utrygghet både blant de ansatte og blant kommunens innbyggere. Denne usikkerheten kan ifølge lederen gå på bekostning av følelsen av sikkerhet i kommunen. Det poengteres at det for kommunen er viktig å skape forutsigbarhet for innbyggerne. En sentral leder sier man er opptatt av den tillit kommunen har fra befolkningen og det omdømme som skal gjøre kommunen til en attraktiv kommune fremover. I denne sammenheng har vi i forhold til omstillingsprosessen deltatt på prosjektgruppemøte og ser at det er veldig fokus på å gjøre denne endringen så trygg og brukervennlig som mulig. I forskjellige prosjektgrupper som jobber med omstillingsprosessen er det fokus på dette. Eksempelvis er det innenfor hjemmebaserte tjenester igangsatt kartlegging av eksisterende tjenester og i tilfeller der man har «for friske» brukere har man allerede begynt å antyde at behovet for tjenesten ikke nødvendigvis er der. På denne måten skal brukeren gradvis venne seg til tanken om at tjenesten blir redusert eller

bortfaller. Målet er at man på sikt stiller større krav til egenomsorg for de brukerne som etter faglig vurdering er «for friske» til å motta tjenester, slik at man kan frigjøre ressurser til å ivareta brukere som har større behov.

2.6.9 Nøkkelpersoner

Etter å ha vært i kommunen over tid, i tillegg til involvering i kommunens prosess med revidering av helhetlig ROS-analyse, er det tydelig for oss at kommunen har viktige nøkkelpersoner innenfor beredskapsarbeidet. Det er aktører i beredskapsteamet som fyller rollene sine godt med hver sine styrker innenfor praktisk og faglig kompetanse. Det er både personer som har lang erfaring med operativt beredskap innenfor brannvesenet. I tillegg finnes det en beredskapskoordinator med mer teoretisk kompetanse innenfor samfunnssikkerhet og beredskap. Det er samtidig personer som har vært med på håndtering av større hendelser og gjort seg mye erfaring og har god oversikt over andre ressurspersoner i kommunen. Det er også en ydmykhet i forhold til svakheter og det er tydelig gjennom samtale og arbeid at man bruker disse som læringsmomenter i det forebyggende beredskapsarbeidet. I tillegg er det tydelig at økonomi og prioriteringer gjør at noe arbeid stopper opp, eksempelvis prosessen med H-ROS. I tillegg er det uttrykt noe fortvilelse i forhold til systematisk beredskapsarbeid ut mot de enkelte sektorene fordi man ikke har mandat til å legge føringer for de enkelte sektorene. Selv om det jobbes for å skape et økende fokus er det vanskelig å sikre gjennomføring uten klare føringer fordi alle har «mer enn nok med sitt». Det blir også fortalt at det ikke ligger noen spesifikke føringer for beredskapsleder og beredskapskoordinator.

Beredskapskoordinatoren har en 20 prosent stilling og denne er særlig rettet mot samfunnssikkerhetstiltak i kommunen. Tanken her har vært å supplere beredskapslederens operasjonelle erfaring med en mer faglig dimensjon og samtidig kunne fokusere mer systematisk på samfunnssikkerhet. Koordinatoren er gjennom våre observasjoner en nøkkelperson i kommunens arbeid med samfunnssikkerhet. Koordinatoren er blant annet en pådriver i kommunens H-ROS prosess. Denne har også ansvar for kommunes krisestøtteverktøy, CIM, og leder en superbruker-gruppe der man samles månedlig for å diskutere samfunnssikkerhet og beredskap rettet mot konkrete utfordringer i sektorene. På et slikt møte kom det eksempelvis frem at det i helse- og omsorgssektoren er mange varslingslister i QM+ og at det i noen tilfeller kan være usikkerhet hvilken man skal velge.

Videre ble det nevnt at det i barnehagene kan være en utfordring med bruken av CIM da ansatte ikke nødvendigvis har tilgang til en pc, hvis lederen ikke er tilstede.

Av de forskjellige ansatte vi har snakket med fremgår det tydelig at det personlige fokus og erfaring preger arbeidet i den forstand at noen er særlig opptatt av det systematiske og strategiske arbeidet mens andre er mer opptatt av den daglige driften. En mellomleder forklarer her at den ved oppstarten i kommunen selv tok kontakt med driftsoperatøren som hadde ansvar for bygget for å få en oversikt over sårbarhetene i bygget. Andre mellomledere har større fokus på det praktiske rundt den daglige driften, ofte forklart med at det er for mange arbeidsoppgaver til at man kan tenke strategi og utvikling.

Gjennom observasjoner, samtaler og skriftlige evalueringer er det tydelig at det jobbes godt med informasjonsformidlingen i kommunen. Eksempelet med håndteringen av berørte etter terrorangrepet 22.juli viser forståelsen for viktigheten av god informasjonsformidling, samtidig som det viser et personlig engasjement for kommunens arbeid og ansvar. Et annet eksempel er ved håndtering av en større naturskapt hendelse i kommunen der man løpende oppdaterte innbyggerne og øvrige samfunn gjennom alle typer medier. Målet med strategien var å være tilgjengelige for pressen og relevant for publikum. Informasjonsstrategien hadde også som hensikt å gi kommunes kriseledelse arbeidsro og publikum nødvendig informasjon. I evalueringen oppleves det som at dette arbeidet har vært vellykket og at kommunen har fått mye positive tilbakemeldinger. Informasjonsstrategien gjorde at de som hadde behov for det også kom gjennom på sentralbordet. Ifølge evalueringen er det flere nøkkelpersoner som står til inntekt for dette arbeidet.

I tillegg har vi gjennom samtaler og arbeid med ROS-prosessen observert mange ansatte som fremstår som viktige nøkkelpersoner i kommunen. Noen på grunn av sin lange erfaring som gjør at de kjenner kommunen og ressursene godt og mange på grunn av sin faglige kompetanse og engasjement for arbeidet de gjør. Spesielt på ledernivå er det mye bevissthet om utfordringene som finnes i enhetene og i kommunen generelt. Gjennom samtaler kom det frem mange refleksjoner rundt både risikofaktorer og mulige tiltak. Samtidig møtte vi også en «oppgitthet» over de begrensede ressursene man har eller prioriteringene som er gjort. Når de da konfronteres med at «*Det ser jo ut til å gå bra? Dere har jo håndtert dette (i forhold til eksempler som er kommet i forhold til større og mindre avvik/hendelser)*» har svarene blant annet vært «*ja vi har hatt flaks*», «*tilfeldigheter*», «*heldigvis har jeg lang erfaring og kjenner*

til forholdene», «Ja, jeg har jo heldigvis mange flinke som jobber her», «vi har samarbeidet mye og kjenner hverandre godt».

Under prosessen med pilot-prosjektet var man avhengig av samarbeid og innspill fra flere ledere og ansatte fra samtlige sektorer. Opplevelsen her reflekterte den velviljen og positive holdningen som har blitt omtalt av flere i samtaler underveis i studien. Mange gjorde sitt ytterste for å bidra, til tross for tidvis knappe tidsfrister. Det har også vært møte med ledere som er relativt nye i kommunen, men som har lang ledererfaring bak seg og som har bidratt til å endre fokus på noen områder. Et eksempel er en leder på overordnet nivå som har gått inn og stilt spørsmål ved en del forhold i sektoren. Blant annet etterspurt vurderinger som er gjort i forkant av utenlandsreise med brukere innenfor helse- og omsorgstjenesten og med dette skapt et fokus som ikke har vært så tydelig til stede tidligere på flere områder (ifølge andre ansatte i sektoren).

Det er ikke gjennomført direkte observasjon av håndtering av hendelser, men gjennom samtaler og evalueringer er det tydelig at dugnadsånden i kommunen er stor. Svært mange på leder og mellomledernivå har nevnt innbyggerne som viktige ressurser *«når noe skjer»*. Dette har eksempelvis vært tilfeller der innbyggere har hatt lokalkunnskap om viktige forhold, hatt nødvendig utstyr og som har tatt stort ansvar som pårørende i tilfeller der det har vært nødvendig.

2.6.10 Samarbeid

Når det gjelder håndtering av uønskede hendelser er det meste innarbeidet blant de ansatte ifølge en leder innenfor teknisk avdeling. Det forklares at man henger etter med alle kravene på grunn av manglende tid og få ressurser, men at det ikke påvirker sikkerheten; *«det er ofte bare det skriftlige som mangler og dette blir et på toppen arbeid»*. Det poengteres videre at man har stabil bemanning i driften og at det her ligger mye taus kunnskap som tas i bruk, og at dette er nødvendig fordi man innenfor disse tjenestene i stor grad er avhengig av å kjenne til de ulike områdene og byggene i kommunen. Det fortelles at det i enheten er en blandet gjeng, der lederen har et inntrykk av at de ansatte tar ansvar for sikkerheten i sitt daglige arbeid. Dette gjøres blant annet ved å leve opp til HMS-krav. Det finnes som nevnt mye taus kunnskap i sektoren og nyansettelser av yngre arbeidsstyrke har krevd at man har laget nye lister som inneholder en del av denne kunnskapen.

En leder innenfor teknisk avdeling understreker at det er et behov for regelmessig gjennomgang av den helhetlige ROS-analysen i kommunen og at man bør bli bedre på å

samarbeide i forkant mellom sektorene. Dette bekrefter andre observasjoner fra andre sektorer, spesielt i forhold til helse- og omsorgssektoren, der det i mange tilfeller diskuteres og avgjøres fra sak til sak hvem som har ansvar for ulike forhold. Et eksempel som ble gitt fra en ansatt i helse og omsorg er i tilfeller der sektoren har ansvar for sikkerheten til brukere i kommunale boliger, mens teknisk sektor har ansvar for brannsikkerheten i bygget. I slike sammenhenger har det vært vanskelig å skape en felles forståelse på grunn av relevante taushetsbelagte opplysninger. Ifølge en mellomleder på teknisk sektor har man særlig i forhold til beredskap etablert et samarbeid med helse og omsorg og sier at dette samarbeidet ikke oppleves som vanskelig.

Lignende gråsoner finner man også mellom helse- og omsorgssektoren og barnevernet. En leder innenfor helse og omsorg forteller at når det gjelder samarbeid med barnevernet kan det være en utfordring å definere hvem som eksempelvis har ansvar for å skrive individuelle planer. Dette er saker der helse og omsorg kan være involvert med avlastningstjeneste for mindreårige som også er under barnevernet. Løsningene i disse tilfellene blir enighet via møter med individuelle møter fra sak til sak. Ifølge lederen er det ingen systematikk og det oppleves vanskelig å definere ansvarsforhold på forhånd.

En leder fra teknisk sektor forteller også at det nylig er blitt større fokus på systematisk arbeid fra kommunens ledergruppe og at arbeidet nå oppleves som bedre koordinert. Det er fra kommunens øverste ledelse satt mål om at man skal jobbe mer sammen i kommunen for at sektorene skal dra i samme retning og at dette skal organiseres via ledergruppen som består av rådmann og ledere for de ulike sektorene. Likevel sier denne lederen at sektoren fortsatt bærer preg av et manglende systematiske perspektiv i kommunen, og at dette er svært synlig når man ser på vedlikeholdsetterslepet på kommunale områder, veier og bygg. Innad i sektoren har dette vært utfordrende fordi de drifter med knappe ressurser og fordi det, ifølge en leder, historisk sett har vært en nedprioritert sektor.

En leder i administrasjonen beskriver kommunen som en kompleks organisasjon fordi det er et mangfold av ulike faggrupper som skal levere et bredt spekter av tjenester både innad i organisasjonen og ut mot borgerne. Samtidig dreier det seg om fordelingen av knappe ressurser. Denne leders hovedoppgave er å jobbe sektorovergripende med plan og strategi for kommunen. Her er det mye som skal falle på plass underveis i planprosesser og det med å

skape felles forståelse og enighet mellom sektorer er ofte en utfordring; ingen vil stå igjen med et dårligere utgangspunkt etter nye planprosesser.

En leder i teknisk sektor beskriver også kommunen som en kompleks organisasjon. Bare i denne sektoren har man et bredt ansvarsområde som blant annet inkluderer brann og redning, veier, utemiljø, bygg og vann og avløp. Man er tydelig styrt av lover og forskrifter i sektoren i tillegg til føringer fra kommuneplanen og sektorplaner. Samtidig samarbeides det med et mangfold av eksterne aktører så som NVE, Statens Vegvesen, Fylkesmannen og Jernbaneverket med flere. Det forklares videre at man er knapt bemannet og at sektoren er avhengig av politikerne for midler og prioriteringer. Det oppleves av lederen som at det ikke er kultur for å prioritere denne sektoren og at avvik ofte er årsaken til prioriteringer. Samtidig gir den lave bemanningen utfordringer når man skal omsette tildelte midler. Her er det begrenset med kapasitet til prosjektledere og prosessen med å få omsatt midler kan ta lang tid. Her forklares det at de tildelte midler oftest er betinget og låst til konkrete prosjekter og tiltak og ikke kan brukes til å bemanne opp staben med flere prosjektledere. Det betyr også at det er begrenset med ressurser til eksempelvis utarbeidelse av ROS-analyser. I denne sektoren avdekkes risiko og sårbarheter blant annet ved tilbakemeldinger fra innbyggerne i kommunen. Her prioriteres forebyggende tiltak når det gjelder liv og helse. Dessuten gjør man bruk av et kvalitetssystem (QM+), men lederen presiserer at det er ulik bruk av dette utover i sektoren.

Sektoren samarbeider mye med helse- og omsorgssektoren og kultur- og oppvekstsektoren. Her oppleves det mange gråsoner i forhold til ansvar. Man har eksempelvis ikke lengre faste vaktmestre på kommunens bygg grunnet nedbemanning og en typisk problemstilling blir da hvem som skal feie foran bygg. De nye driftsoperatørene har flere bygg å tilse og ikke nødvendigvis det samme overblikket som en fast vaktmester hadde. Her har man forsøkt å løse ansvarsfordeling ved "tippelapp", der tekniske tjenester og byggets brukere kommer frem til en fordeling. En mellomleder i den operasjonelle driften bekrefter bruken av slike tippelapper, men sier det fortsatt oppleves som vanskelig.

En leder innenfor kultur og oppvekst sier at bevisstheten blant sine ansatte når det gjelder samfunnssikkerhet og beredskap ofte er ulik og oftest knyttet mot hendelser. Her kan man alltid bli bedre mener kommunalsjefen. Tema rundt sikkerhet og beredskap tas derfor opp i ulike forum og lederen forklarer at det gjerne formidles gjennom de månedlige rektormøtene. På et rektormøte i slutten av januar var en representant fra barnevernet invitert til å holde et kort innlegg i forbindelse med nye rutiner som var iverksatt i forhold til samarbeidet mellom skole og barnevern. Her var tilbakemeldingen at man hadde opplevd en markant forbedring

etter at en nyere varslingsrutine hadde trådt i kraft. Rutinen har blitt utviklet etter at det kom frem en usikkerhet blant mange ansatte i skolene i forhold til varsling mot barnevernet. Barnevernet var positive til det nye varslingsiltaket og bad rektorene opprettholde fokus utover organisasjonen og årlig gjenoppfriske rutinen. Flere rektorer på møtet meldte også positivt tilbake til samarbeidet, men understreket overfor representanten fra barnevernet at det i hastesaker kunne være vanskelig å kvalitetssikre det som ble oversendt til barnevernet.

Helse- og omsorgssektoren er involvert i mye tverrsektorielt samarbeid. Samarbeidet med teknisk angis som viktig fordi teknisk har ansvar for de kommunale byggene og boligene som enhetene befinner seg i. I tillegg er blant andre hjemmesykepleien og jordmødrene avhengig av informasjon om stengte veier og andre forhold som gjør fremkommeligheten vanskelig. En rådgiver i sektorens stab forteller at man har opplevd eksempler der man ikke har vært orientert om gravearbeid og stenging av vei. Det har medført utfordringer for hjemmesykepleien i å nå frem til pasienter. Det har aldri oppstått alvorlige hendelser som følge av dette, men det er nødvendig med rutiner for varsling. En leder i hjemmesykepleien bekrefter problematikken og forklarer at det er mange tiltak man ikke får gjort ved manglende varsling. Det poengteres dog at hjemmesykepleien i de fleste tilfeller varsles.

Det beskrives et samarbeidsprosjekt der det søkes midler sammen med brannvesenet i kommunen for å identifisere sårbare grupper i forhold til valg av kommunal bolig. Disse midlene skal brukes til å opprette en prosjektstilling der en *miljøvaktmester* skal ta for seg utfordringer i samhandling mellom helse- og omsorg, teknisk og brannvesenet. Prosjektstillinger brukes ifølge lederen ofte som verktøy i sektoren når man står overfor nye utfordringer. Her har man tidligere opprettet prosjektstilling som kreftkoordinator og nå en miljøvaktmester. En rådgiver i staben forklarer at man med denne stillingen eksempelvis vil ta opp problemstillingen om taushetsplikt mellom helse, teknisk og brannvesenet. Her kan som nevnt helse- og omsorgssektoren sitte på taushetsbelagt informasjon i form av diagnoser og historikk som gjør det farlig i forhold til brannsikkerhet og som kan påvirke valg av bolig til pasienten. Man ønsker derfor å lage system og rutiner for at samhandling kan skje på tvers i sektoren og dermed løse det som er en nåværende utfordring.

Et annet eksempel på samarbeid foregår mellom helse- og omsorgssektorens forskjellige enheter i det de kaller for hverdagsrehabilitering. Dette er et tverrfaglig team innen helse som med intensiv hjelp over fire uker skal få en pasient frisk nok til å klare seg selv. Her er sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut viktige medspillere til å sikre en helhetlig tjeneste. Dette samarbeid har ifølge flere ansatte vi har talt med hatt en svært positiv effekt. Noe av

denne effekten menes å kunne måles i kroner og øre og særlig med et litt lengre tidsperspektiv vil man kunne spare penger ved at få folk ut i arbeid igjen eller være selvhjulpne.

Alle avdelingene eller enheten i de ulike sektorene har ansvar for egen beredskap og målet er at det skal utføres på lavest mulig nivå til enhver tid. Likevel skal beredskapsleder informeres om hendelser. Det blir i denne sammenheng fortalt at det er svært ulikt hvor gode de ulike sektorene er på å gi tilbakemelding om hendelser, og dette forklares med at de sektorene som ikke har håndtert så mange hendelser er dårlige på å gi tilbakemelding når noe skjer. Det fortelles også at når man eksempelvis skal gjøre befaring i kommunale boliger i forhold til risikovurderinger så skal dette arbeidet gå i linjesystem via ledelsen før det kan iverksettes. Her oppleves det at dette tar lang tid fordi det ofte stopper en eller annen plass i systemet.

2.6.11 Forebyggende arbeid

På administrativt nivå lages det sektorplaner og temaplaner i form av eksempelvis barnehageplan og trafikksikkerhetsplan. En leder her forklarer at det arbeides i prosjektgrupper der 6-8 personer fra relevante sektorer deltar. Det er viktig at disse personene har myndighet til å treffe beslutninger ellers stopper prosessen for ofte opp. Målet er å ha planer som kan gjennomføres fordi prosessen har vært et samarbeid. Det er i tillegg denne leders filosofi å dra inn forskjellige ansatte i kommunen så det ikke er de samme folkene som står bak alle planer. Dette er for å ansvarliggjøre og gi de ansatte eierskap til planene og for å sikre nye tanker og ideer som kan utfordre systemet. På dette nivået lages også kommuneplanen. Denne er ifølge lederen førende for kommunens forebyggende arbeid. Flomsonekart fra NVE gis her som begrunnelse for at det i kommuneplanen kan føre det byggeforbud i en utsatt sone. Innspill til kommuneplanen registreres tematisk og vurderes etter en grovanalyse der man sier ja, nei eller delvis til innspill. Ved delvis er det typisk at det fremmes konkrete krav som forutsetning for en videre vurdering. Her opereres det etter *føre var* prinsippet. I kommunens planstrategi står det at hensynet til samfunnssikkerhet skal inngå i alle kommunens planer. Vi har forsøkt å få redegjort av kommunen hvordan dette faktisk gjøres i praksis da dette ikke utdypes i planstrategien. I kommuneplanens samfunnsdel er det ingen treff på søkeordet samfunnssikkerhet. Hvorvidt hensynet til samfunnssikkerhet bare ivaretas gjennom sektorens grovanalyser i forbindelse med kommuneplanen gjenstår som uklart.

En mellomleder i teknisk med ansvar for drift i forbindelse med vei og utemiljø sier at budsjettet begrenser tjenestene og at etterslepet har vært stort på grunn av tidligere sparepakker i kommunen. Det er mer vedlikehold enn forebygging i sektoren og mest av alt er

det «brannslukking» som foregår. Det er mye som man skulle ønske å gjøre i den daglige driften og de fleste oppgaver og henvendelser prøves løst på dette nivået først, men man er begrenset av ressursene. Det oppleves som en utfordring hvordan man får forståelse hos overordnede ledere og politikerne i kommunen.

En leder innen kultur- og oppvekstsektoren forklarer at man nettopp har hatt en større runde med identifisering av utfordringer i barnehagene. Til det hadde man satt en prosjektgruppe med tverrfaglig kompetanse der barnehagene var representert i tillegg til kommunens faglige leder for barnehager og politi. Dette ble forklart som en prosess med systematisk gjennomgang. Resultatet av barnehageprosjektet er en plan for uønskede hendelser. Samme fremgangsmåte og systematikk er nå tiltenkt skolesektoren. Det ble forklart at planen er en del av det forebyggende arbeid i sektoren. Samtidig fikk eksempelvis leder i barnehager avklaring på ansvar og roller i forhold til disse utfordringene. Lignende klare roller og ansvar skal man også ha i skolesektoren. Varsling oppleves som et problem i denne sektor. Man er for eksempel usikker på hvordan man skal varsle i en slik situasjon som skoleskyting. Her fungerer det ikke nødvendigvis med brannevakueringsrutinene og man kan lede alle elevene rett imot en trussel. Lederen har kontakt med beredskapsleder i kommunen, men det finnes ingen klar løsning.

I kultur- og oppvekstsektoren har man etablert et utvidet ressursteam som har 3-4 møter i skoleåret. Dette er et tverrfaglig team rettet mot elever som trenger ekstra hjelp for å fungere i skolesammenheng. Det er ulike saksbehandlere, men fokus er på barnet presiserer lederen. Tiltak og vedtak bør bli bedre samstemt og det uttrykkes at man kan bli bedre til å snakke sammen på system- og individnivå. Kommer det forskjellige råd og veiledning ut til innbyggerne kan det skape forvirring. Manglende tid er ifølge leder i sektoren en vesentlig faktor i det tverrfaglige og tverrsektorielle samarbeidet.

I forbindelse med omstillingsprosessen ønsker man i kultur- og oppvekstsektoren å ha fokus på tidlig innsats til så mange som mulig. I arbeidet med pilot-prosjektet fikk vi innsikt i en del forebyggende samarbeidstiltak innenfor skolesektoren hvor man eksempelvis har SLT-koordinator (I forbindelse med samordningsmodellen for Samordning av lokale tiltak mot rus og kriminalitet) som jobber med forebyggende tiltak der eksempelvis mobbing er et av områdene. Koordinatoren involveres i mobbesaker der skolene ønsker ytterligere bistand, råd og veiledning. Lignende tiltak har man i forbindelse med mistanke eller oppdagelse av

seksuelle overgrep der konsultasjonsteamet KUTT, en tverrfaglig sammensatt gruppe, kan bistå med råd og veiledning i saker som gjelder spørsmål om vold og overgrep.

En leder i helse- og omsorgssektoren er opptatt av beredskap i hverdagen og ved utfordringer oppfordres det å "ta en ROS" på det. Det kan føre til forebyggende tiltak så som å kjøre ut til en pasient/pasientgruppe som man har identifisert som sårbar. Videre er det viktig å se på systemet og vurdere hva man har og om det er godt nok. Systemet knyttes mot kommunens planstrategi og folkehelseprofil. Her kan man på systemnivå se hvor mange av utfordringene ligger ifølge statistikken. Statistikken gir ikke hele svaret og derfor bør man ta en ROS på det som fremstår som utfordringene. Det gjelder på dette nivået og nedover i organisasjonen.

I helse- og omsorgssektorens stab er det en rådgiver som er ressursperson i forhold til beredskap og koordinering av ROS-arbeid i sektoren. Samtidig er denne rådgiveren pådriver og motivator av HMS-arbeid mot ledere utover i sektoren. Det har ifølge denne vært et reaktivt preg på å håndtere utfordringer, men nå prioriteres det fra høyere hold i organisasjonen å være i forkant. HMS og beredskap har vært nedprioritert. Helse og omsorg er ifølge rådgiveren involvert i stort sett alle hendelser som skjer i kommunen og siden det jobbes med mennesker vil skjønn ofte bli brukt i håndtering av hendelser. Det brukes mye lokal kunnskap i hverdagen rundt i sektoren, men man er en del av et avklart system med rutiner. Utfordringen i organisasjonen er at man ikke ser gulroten i mye av det forebyggende arbeid.

På grunn av omstillingsprosjektet i kommunen er det gjennomført en driftsanalyse innenfor helse- og omsorgssektoren (omtales mer under del II). I analysen pekes det på "minusfaktorer" i kommunen der det er for høyt antall/økende grad av; uføretrygdet i aldersgruppen 18-44 år, mistriivsel på skolen i 10.klasse, økt grad av overvekt/fedme blant 17 åringer og ensomhet blant unge. Konsulenten som har laget analysen poengterer i sin presentasjon av analysen at fokus på folkehelseperspektivet må opp.

I forhold til lovverket er det pålagt å ha en folkehelsekoordinator stilling i minimum 20 prosent. Her har kommunen tildelt 25 prosent til sin. I kommunen er det etablert et folkehelseforum med representanter fra alle etater. Kommunens folkehelsekoordinator leder dette forumet. Her er folkehelseprofilen et utgangspunkt for mye av det som jobbes med. Dette forum møtes 2-3 ganger per halvår og målet er å lage en folkehelseprofil som skal kartlegge og danne en oversikt over folkehelsen og påvirkningsfaktorer i kommunen. I denne prosessen er det involvert kommunens plansjef, oppvekstkoordinator, kultursjef,

kulturhussjef, leder for fysio, frivilligsentralen, helsesøster og kommunelege i tillegg til folkehelsekoordinatoren. Folkehelsekoordinatoren skal ha oversikt over folkehelsen i kommunen. Mange i kommunen jobber med folkehelse, men det oppleves vanskelig å få med seg hva som skjer ute i de ulike sektorene. Oppgaven er videre å lede og koordinere folkehelse tiltak utover i kommunen. De 25 prosent som koordinatorstillingen er tildelt skal ivareta dette ansvaret i kommunen. Ifølge lovkrav er det pålagt kommunene å ha en folkehelsekoordinator i minimum 20 prosent stilling. En ansatt i helse- og omsorgssektoren lufter tanken om at stillingen kunne vært organisert direkte under rådmannen, i stedet for helse og omsorg, for å gi et sterkere mandat i samarbeidet med etatene. Det anses per i dag som vanskelig å få slagkraft i sine forslag ut mot de ulike sektorene.

Mye av jobben som folkehelsekoordinator består i å skaffe midler og å få noen til å ta dem i bruk. Det brukes her mye tid på å søke prosjektmidler, men utfordringen er å skaffe ressurser i kommunen til å omsette disse midlene. Målet med stillingen er en reduksjon i helseutgifter og sykefravær som et resultat av forebyggende arbeid. Dette kan være vanskelig å måle, men indikatorer kan være bra trivsel og stabilitet som blant annet fremkommer i innbyggerundersøkelser som UngData (ref. folkehelseprofilen). I tillegg er det økonomiske perspektiv en av grunnene til at folkehelse er viktig, at man i det lange løp sparer penger. Her ser vi at kommunens folkehersedokument legger vekt på at det er et gjensidig forhold mellom god folkehelse og en god samfunnsutvikling.

Folkehelsekoordinatoren samarbeider med eksterne aktører om helsefremmende tilbud i kommunen. Eksempler på dette er lokale treningssenter, friluftsråd og kommunens tekniske sektor for å sikre trafiksikkerhet når det eksempelvis oppfordres til mer sykling i kommunen. Men ønsker særlig å nå sårbare grupper og de som ikke selv tar initiativ til slike tilbud om blant annet fysisk aktivitet. Det er et mål om å få til samarbeid mellom sektorene, men det oppleves vanskelig å få til på grunn av lav stillingsprosent og dermed manglende tid. Samarbeid er viktig, men sektorene mangler ressurser og det er vanskelig å få umiddelbare resultater. Her er koordinatoren avhengig av at de rundt er «gira» i forhold til folkehelse og tilhørende prosjekter.

Disse fortellingene og beskrivelsene av kommunen er med på å danne et bilde av hva samfunnsikkerhet er i kommunen.

2.7 Hva er samfunnssikkerhet i denne kommunen?

Etter å ha vært i kommunen en lengre periode og gjort observasjoner og snakket med ansatte har vi samlet inn data og fortellinger som beskriver en del av de praksiser som kan ha betydning for kommunens arbeid med samfunnssikkerhet. Vi ser at kommunen er særlige gode på å håndtere hendelser som oppstår som følge av *ytre* påvirkning. Dette er naturskapte hendelser og hendelser som skjer utenfor kommunen, men som påvirker kommunen. Det er også sykdomssmitte, flyktningkrise, brann og tilsiktede hendelser. Kommunen har håndtert alle disse typer hendelser i nyere tid. De fleste håndteringene har ut ifra evalueringer og våre samtaler med ansatte vært vellykkede, til tross for at man har vært mer eller mindre forberedt på noen typer hendelser.

Evnen til tilpasning og håndtering av hendelser bygger på mange nøkkelpersoner med høy faglig og praktisk kompetanse og lang erfaring. Kommunen har også opplevd mange ulike typer hendelser som har gitt erfaring og grunnlag for læring. Her har kommunen i beredskapsarbeidet vært gode på å bruke evaluering til læring. Det er også tydelig at kommunen er gode på informasjon i forbindelse med hendelser, noe som har vært med på å trygge innbyggerne. I tillegg er dugnadsånden i kommunen en styrke, samtidig som ansatte under hendelser tar mye ansvar.

Helhetsinntrykket er at kommunen er gode på å håndtere uønskede hendelser til tross for at det ikke alltid foreligger noe form for kjennskap eller forberedelse til hendelsene. Man er her særlig gode til å stå sammen om håndteringen av de ytre påvirkningene som rammer kommunen.

Når det gjelder forebyggende arbeid ser vi at bevisstheten rundt at dette kan kobles til samfunnssikkerhet er mindre tydelig. Likevel har vi avdekket en del arbeid og praksiser som ivaretar dette, blant annet tidlig innsats i skole og barnehage, samarbeidstiltak i helse- og omsorg, kartleggingsarbeid gjennom undersøkelser, tiltak for å skape åpen dialog og medvirkning blant innbyggerne samt avvikshåndtering, HMS arbeid og ROS-analyser. Et eksempel innenfor skole er SLT- koordinator som jobber forebyggende mot mobbing. Dette er ikke bare et tiltak for å løse utfordringer for den enkelte elev eller skole, men er også et tiltak for å forebygge mot eksempelvis kriminalitet, ekstremisme og radikalisering. Et slikt forebyggende arbeid bygger på forskning som sier noe om konsekvensene av eksempelvis manglende integrering og inkludering. Hverdagsrehabilitering er et annet eksempel på et forebyggende tiltak innenfor folkehelse som skal bidra til at folk klarer seg lengre hjemme og

uten å være avhengig av et stort hjelpeapparat. Dette bidrar til å spare ressurser innenfor helse- og omsorgssektoren slik at de som trenger nødvendig helsehjelp kan motta gode, nødvendige tjenester. Slike forebyggende eksempler finnes i forhold til flere områder. Felles for de alle slik vi ser det, er at man uten disse tiltakene på sikt kan få forhold som kan true samfunnssikkerheten. Eksempelvis ved utbredt ekstremisme eller et «utbrent» helsevesen som ikke er i stand til å levere nødvendig helsehjelp på grunn av manglende ressurser, i forhold til både personell og økonomi. Handlingsplaner som bygger på kartlegging gjennom undersøkelser og dialog kan bidra til å skape eller opprettholde tilliten og kan således anses som et forebyggende tiltak. Samfunnssikkerhet i kommunen *er* derfor forebyggende tiltak på mange områder. Resultatet av disse kan på kort eller lengre sikt bidra til ivaretagelse av viktige verdier og tillit blant innbyggerne

Samtidig er forebyggende arbeid også sikre veier, trygge bygninger og boliger for å nevne noe. Her ser man at økonomi og ressurser bremser mye av det forebyggende arbeidet, selv om bevisstheten rundt disse forholdene synes å være tilstede i kommunen. For å «bøte» for manglende forebyggende tiltak er man avhengig av denne bevisstheten og man er avhengig av at ansatte er gode på å respondere når det skjer uønskede hendelser eller gode på å tilpasse seg forholdene for å begrense konsekvensene av en eventuell hendelse. Denne tilpasningsevnen er synlig i kommunen og bygger tilsynelatende på erfaring, kompetanse og engasjement. Samarbeidet når hendelser inntreffer ser også ut til å fungere godt ut ifra de beskrivelsene vi har fått. Samfunnssikkerhet i kommunen *er* også en evne til å tilpasse seg «tingenes tilstand» og å respondere når noe ekstraordinært inntreffer.

Det finnes mange nøkkelpersoner i kommunen som tar stort ansvar for egne og kommunens oppgaver når en uønsket hendelse oppstår. I tillegg til mange engasjerte innbyggere som trår til når det trengs. Vi vil derfor hevde at “beredskapsdelen” av samfunnssikkerhet i kommunen i stor grad *bygger* på engasjement, frivillighet og personer som tar ansvar for sine oppgaver og som tar ansvar utover sine respektive oppgaver.

Likevel ser man at det er vanskelig å få til et målrettet arbeid der alle sektorene jobber sammen om felles mål. Mye av dette forklares ofte med at det er vanskelig å skape en felles forståelse fordi det er kamp om ressursene. Dette påvirker samarbeid og interaksjoner på tvers av sektorer og enheter. ROS-analyser som kan bidra til å belyse en del tverrfaglige utfordringer har tilsynelatende en lav prioritet i konkurranse med andre pågående prosesser.

Til tross for at det skjer mye møtevirksomhet der man samles både tvers av sektorer og innad i

sektorene og tar opp mangler og utfordringer er det ingen tydelige mekanismer som sikrer at de løsningene og tiltakene man kommer frem til faktisk implementeres og ivaretas utover i organisasjonen. Selv om vi har forstått at det lages nye rutiner eller planer på bakgrunn av slike møter, er det flere ledere som sier at tverrsektorielle utfordringer blir løst fra gang til gang. Den uformelle kommunikasjonen er tilsynelatende viktig for å at ledere og mellomleder skal få innsyn i hva som rører seg ut i organisasjonen og i kommunen generelt.

Det er gjennom samtaler fortalt at det i sektorene er fokus på å lære av hendelser og feil, uten at det har blitt tydelig for oss hvor langt ut i organisasjonen læringsmomentene når frem. Denne læringen skjer i størst grad i etterkant av hendelser. Vi finner ikke det samme fokuset når det gjelder læring av "suksesshistorier" fordi det tilsynelatende skjer mye tilpasning ute i organisasjonen som ikke når det nivået der læring kan systematiseres. Det er tydeligere at læring skjer gjennom uformell kommunikasjon på enhetsnivå eller avdelingsvis ute i den skarpe enden.

Hva er samfunnssikkerhet i en middels stor norsk kommune? Det tydeligste er evnen til å håndtere hendelser som kommer fra ytre påvirkninger. Det er i høy grad en evne til å tilpasse seg når hendelser skjer. Det er kompetanse, erfaring, nøkkelpersoner, dugnadsånd, velvilje. Indre sårbarheter preges mer av en evne til å tilpasse seg forhold som fungerer fordi man har kompetanse, erfaring, og er således personavhengig og situasjonsavhengig. Forstudien viser at flere nøkkelord henger sammen. Det er en manglende systematikk i arbeidet med samfunnssikkerhet og dette henger sammen med prioritering av ressurser. Videre er det også et resultat av manglende bruk og kompetanse i de verktøyene som kommunen har til rådighet. Dette kompenseres i mange tilfeller med praktisk erfaring og evnen til å håndtere hendelser er sterk.

Ut fra forstudien er det også interessant å se hvor grensen for arbeidet med samfunnssikkerhet går. Her har empirien avdekket at det i kommunen finnes mye forebyggende tiltak, men at systematikken og bakgrunnen for dette er ulik, spesielt i forhold til hvordan kvalitetssikringssystemet og ROS-analyser brukes. Skal man tale om en grense blir det gjerne at arbeidet med samfunnssikkerhet stopper opp i forhold til å mer systematisk avdekke sårbarheter før hendelser oppstår. Dette arbeidet synes å være fraværende i kommunens arbeid med samfunnssikkerhet og forklaringen fra ansatte i forstudien er først og fremst manglende ressurser i form av tid og økonomi.

2.8 Vår forståelse av samfunnssikkerhet

I dette avsnittet vil vi presentere vår forståelse av begrepet *samfunnssikkerhet* gitt funn i kommunen. Dette vil ses opp mot regjeringens definisjon av samfunnssikkerhet.

Stortingsmelding nr. 17 (2001-2002) definerer samfunnssikkerhet som «*Den evne samfunnet som sådan har til å opprettholde viktige samfunnsfunksjoner og ivareta borgernes liv, helse og grunnleggende behov under ulike former for påkjenninger*» (Regjeringen, 2002).

Definisjonen av samfunnssikkerhet skal tjene mange formål og det er åpenbart en utfordring å begrense eller avgrense omfanget og mangfoldet i begrepet. Selv om en liste med definerte hendelser og funksjoner er lite hensiktsmessige for å gi en beskrivelse av begrepet, er det ifølge Kruke, Olsen og Hovden (2005) noen kriterier en hendelse bør falle inn under for at den skal kunne sies å true samfunnssikkerheten: Ekstraordinære påkjenninger og tap, kompleksitet og gjensidig avhengighet og tillit til vitale samfunnsfunksjoner. Det siste kriteriet er særlig relevant for oppgavens problemstilling.

Her er tillit til vitale samfunnsfunksjoner avgjørende for å forstå folks oppfatninger av ulike farer og trusler, samt samfunnets evne til å takle uønskede hendelser. Tillit bygger på erfaringer over tid, og systemer som skal bidra til samfunnssikkerhet må fortløpende bevise at de håndterer de oppgavene de er forpliktet å utføre. Dersom folk mister tilliten til samfunnets håndtering av viktige funksjoner vil dette påvirke holdninger og atferd som igjen vil kunne påvirke samfunnssikkerhet (Kruke, Olsen & Hovden, 2005).

Kommunen er den samfunnsinstitusjonen som skal ivareta innbyggerne under både normale og ekstraordinære omstendigheter, og er således *et system som skal bidra til samfunnssikkerhet*. Et trygt samfunn handler ikke bare om at man skal ivareta innbyggerne under ekstraordinære omstendigheter, men det handler også om å ivareta samfunnsfunksjoner og verdier under normale, hverdagslige omstendigheter. Altså et system som *fortløpende bevise at de håndterer de oppgavene de er forpliktet å utføre*. Dette handler i stor grad om hvilke tillit kommunen har hos innbyggerne og hvilke verdier som ønskes ivaretatt. Vi mener dette handler om samfunnssikkerhet i den forstand at enkelttilfeller av ulykker eller feil som skjer i systemet, ikke er med på å true samfunnssikkerheten, men at en opphopning av enkelttilfeller i kommunen på sikt vil kunne få konsekvenser som kan true innbyggernes opplevelse av tillit, trygghet og kommunens omdømme.

Den nyeste definisjon av samfunnssikkerhet i Stortingsmelding nr. 10 (2016-2017) definerer samfunnssikkerhet som “*Samfunnets evne til å verne seg mot og håndtere hendelser som*

truer grunnleggende verdier og funksjoner og setter liv og helse i fare. Slike hendelser kan være utløst av naturen, være et utslag av tekniske eller menneskelige feil eller bevisste handlinger”.

Denne legger i definisjonen opp til et mer hendelsesbasert fokus i tråd med det som også formidles i DSBs veiledning til H-ROS. Her viser forstudien at kommunen er særlig gode på å håndtere ulike hendelser. Forstudien viser samtidig at man i kommunen arbeider med mange tiltak som tar for seg et bredere perspektiv på samfunnssikkerhet og forebyggende arbeid som ikke knyttes bevisst til samfunnssikkerhet. Dette er arbeid som tar for seg utfordringer i kommunens daglige drift.

Felles for de to definisjonene er at samfunnsfunksjoner og verdier står sentralt. Vårt poeng i så måte er at man ønsker å ivareta og opprettholde funksjonene som skal ivareta disse verdiene uavhengig av om “trusselen” kommer utenfra som en ytre påvirkning eller på grunn av en “indre” sårbarhet i systemet. Systemet som skal ivareta samfunnsfunksjoner på lokalt nivå er kommunen og vi mener derfor at hendelser som skjer på grunn av kompleksiteten og den gjensidige avhengigheten som finnes i kommunen i aller høyeste grad har betydning for samfunnssikkerheten, om man legger verdiene som ønskes ivaretatt til grunn. Forskjellen fra det som regjeringens definisjon legger til grunn, slik vi ser det, er at disse hendelsene ikke nødvendigvis vil karakteriseres som ekstraordinære hendelser - men som likevel vil ha potensialet til å skade verdier som omdømme, trygghet og tillit.

Den daglige driften er helt nødvendig for å opprettholde innbyggernes tillit til kommunen som samfunnsfunksjon. Det betyr at enkelthendelser som gjentar seg og blir til en tendens i kommunen kan bli en trussel når man skal sikre en stabil drift som skal ivareta tjenester fra A til Å og samtidig ivareta innbyggernes tillit og viktige samfunnsverdier. Slike verdier kan være trygge skoleveier, god helsetjeneste, godt arbeidsmiljø og gode boforhold. Disse verdiene har også betydning i et større og lengre perspektiv fordi det kan forebygge negative tendenser som på sikt vil kunne påvirke innbyggernes opplevelse av samfunnssikkerhet. Det er denne bredere forståelse av samfunnssikkerhet vi legger til grunn når vi går over i oppgavens del II.

3.0 Del II - Hovedstudie

Ut ifra vår brede forståelse av samfunnssikkerhet mener vi det er nødvendig å se hvordan sikkerheten styres og ivaretas i de daglige aktivitetene som skjer i kommunen. Empirien i oppgavens del I avdekker flere funn som er interessante å gå i dybden på. I forstudien fremkommer det blant annet et bilde av kommunen om at det mangler systematikk i arbeid som kan relateres til samfunnssikkerhet, blant annet i forhold til ROS-analyser, avviksrapporing og ansvar- og rolleavklaring. Samtidig viser det at kommunen gjennom nøkkelpersoner, erfaring og kompetanse har en evne til å tilpasse seg større og mindre hendelser. Mye av læringen som kommer ut av hendelser ser ut til å gi personlige erfaringer, men som i mindre systematisk grad fører til kollektiv læring i organisasjonen som helhet. Det eksplisitte fokuset på samfunnssikkerhet er i denne forstand veldig hendelsesrelatert og her ligger også mange av styrkene til kommunen; de er gode på tilpasning, gode på operasjonell beredskap, har mange frivillige, mye faglig kompetanse og praktisk erfaring.

Vi mener at det ut i fra funn i forstudiet er interessant å se på hvilke mekanismer og teoretiske prinsipper som kan anvendes i en kommunesammenheng for å klare å øke fokus på samfunnssikkerhetsarbeidet. I en kommune synes det mest hensiktsmessig å benytte prinsipper som kan anvendes i eksisterende strukturer og som kan integreres i eksisterende arbeidsprosesser og praksiser. Dette er viktig fordi man er avhengig av at alle nivå i organisasjonen inkluderes i dette arbeidet og fordi forstudien viser at kommunen er under kontinuerlig press når det gjelder prioritering av ressurser.

Forstudien viser at avviksrapporing, ROS-analyse og evaluering av hendelser er verktøyene kommunen har til å justere etter. Kommunen har mange rutiner og prosedyrer, men rutiner for hvordan disse implementeres og følges opp varierer. Det er ofte opp til enhetsledere å velge en strategi for implementering og oppfølging og der er fokus på det systematiske arbeidet personavhengig. Dette betyr at det i kommunen blant annet er ansatte som ikke bruker QM+ og vi stiller i den forbindelse spørsmål ved om organisasjonen kan holde seg oppdatert på nye rutiner og videre hvordan de sikrer en dekkende avviksrapporing når verktøy som QM+ ikke brukes av alle.

Her er det i mange tilfeller en manglende systematikk og en slags "kontrollfunksjon" som sikrer at overordnede krav, rutiner og prosedyrer føres ut i kommunen. Forstudien gir ikke et tydelig bilde av en form for kontrollfunksjon som fanger opp noe før det skjer. For å fange opp ting før det skjer er ROS-analysen et brukt verktøy i kommunen, men som forstudien

viser er det både varierende bruk, interesse for og kompetanse i forhold til ROS-analyse utover i sektoren.

Samtidig viser forstudien at kommunen innehar mange styrker i form av erfaring, kompetanse og kunnskap. Dette er også viktige egenskaper for å klare å forutse farlige situasjoner eller uønskede hendelser. Disse styrkene bør fremheves i sektoren og vi ønsker derfor ikke et utelukkende fokus på svakheter og sårbarheter. Her er det interessant å få tak i de gode praksisene og tilpasninger som skjer i kommunen, og se på om dette er noe som brukes til læring og erfaringsoverføring i kommunen.

Fokus i hovedstudie er derfor rettet mot å forstå hvilken arbeidspraksis man har, hvordan organisering og struktur fungerer, hvilke verktøy man har til å ivareta et forebyggende fokus og samt hvordan rutiner og retningslinjer følges. Innhold i eksisterende rutiner og retningslinjer er ikke et sentralt tema i denne oppgaven av to grunner: 1) det er vanskelig som utenforstående å avdekke eller avgjøre hvilke rutiner som ikke er på plass, hvilke som er gode nok eller hvilke som ikke er tilstrekkelige uten at man er tilstede i sektoren over lang tid og har god kompetanse på det aktuelle fagområdet. 2) Man kan ha tilstrekkelig med rutiner og prosedyrer uten at det nødvendigvis sier så mye om hvordan rutinene følges og overholdes, eller hvordan nye tiltak implementeres og evalueres.

Forstudien viser at det er vanskelig å knytte prosesser og arbeidspraksis eksplisitt til samfunnssikkerhet, ut i fra måten de ansatte selv forstår begrepet. Det betyr at vi i oppgavens del II fortsetter å søke innblikk i arbeidspraksiser for å få en dypere forståelse av de prosessen som foregår i kommunen. Forståelsen søkes i denne delen gjennom intervju med nøkkelinformanter da observasjoner av arbeidspraksis vil kreve mer tid enn det som er mulig å gjennomføre i denne oppgaven.

På bakgrunn av funnene i del I mener vi at det er interessant å se hvorvidt systemteori kan bidra til se arbeidet med samfunnssikkerhet i et systemperspektiv, ikke minst fordi systemteorien kan ta for seg kompleksiteten som ligger i kommunen. Samtidig er det interessant å se på teori rundt resiliens i kombinasjon med systemteori, da dette håndterer både kompleksitet og tilpasning, og fokuserer på styrkene som finnes i kommunen.

3.1 Problemstilling Del II - Hovedstudie

”Hvordan kan systemteori skape økt fokus på arbeid med samfunnssikkerhet i en middels stor norsk kommune?”

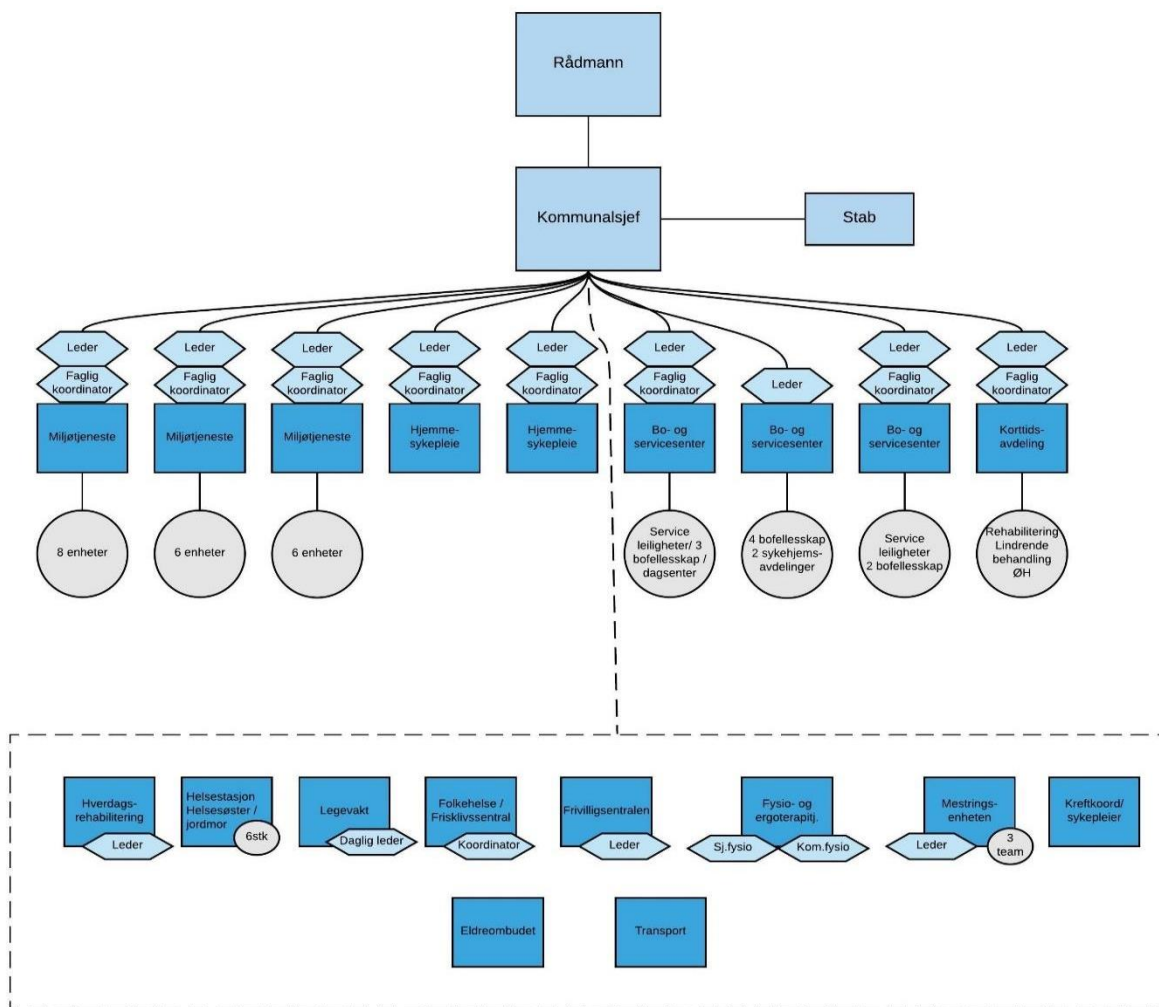
3.2 Foretatte valg

Forhold som avdekkes i oppgavens del I er interessante å se nærmere på gjennom sikkerhetsteoretiske perspektiver, blant annet for å se nærmere på hvilke sårbarheter og styrker som finnes og hvordan prinsipper fra valgte teorier kan tilpasses en kommune. På grunn av oppgavens omfang måtte del II begrenses til én sektor i kommunen. Helse- og omsorgssektoren ble valgt ut som studieobjekt. Sektoren er en av de to største i kommunen og har ansvar for å levere nødvendig helsehjelp til kommunens innbyggere. Siden vi ønsket informanter fra alle nivå i sektoren valgte vi av tidsmessige årsaker å begrense utvalget til følgende enheter: miljøtjenesten, hjemmesykepleien og bo- og servicesenter (se figur 2.). Alle andre aktører, både kommunale og ikke-kommunale, som helse- og omsorgssektoren samarbeider med blir bare nevnt der det er nødvendig – deres roller blir ikke drøftet utover det som informantene beskriver.

3.3 Beskrivelse av sektoren

Helse- og omsorgssektoren er den største sektoren i kommunen i forhold til antall personell og tjenestemottakere. Det er i overkant av 700 ansatte i sektoren, inklusiv helge- og ferievikarer. Sektoren leverer tjenester fra vugge til grav, alt fra helsesøster og folkehelsekoordinator til hjemmesykepleie, omsorgsinstitusjoner og hverdagsrehabilitering. Kommunalsjef for helse- og omsorgssektoren har det overordna administrative og faglige ansvaret i sektoren og sitter i direkte linje under rådmannen. Kommunalsjef har egen stab som inkluderer helsefaglig ansvarlig og to fagkonsulenter. Det er 15 avdelinger under helse- og omsorgssektoren som yter ulike tjenester. Under flere av disse avdelingene finnes adskilte soner og enheter; miljøtjenesten er delt inn i tre soner, hjemmesykepleie delt i to soner samt tre ulike bo- og servicesentre. Under disse finnes igjen egne enheter som tilhører samme leder, se figur 2. Hver sone eller enhet har en leder, og de aller fleste har i tillegg en eller to faglige koordinator som er tungt inne i de faglige problemstillingene. Lovgrunnlaget for

sektoren er lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven), lov om pasient- og brukerrettigheter; Pasient- og brukerrettigheter knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester er samlet her og forskrifter som følge av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om folkehelsearbeid (Lovdata.no, 2017).



Figur 2. Organisasjonskart av helse- og omsorgssektoren. Laget med utgangspunkt i kommunens eget organisasjonskart.

3.3.1 Førende dokument – sektorplan

Mål:

- Skape et godt grunnlag for å utvikle bærekraftige tjenester innenfor helse- og omsorg for å kunne møte fremtidige utfordringer på en kvalitativ og økonomisk god måte.
- Fokus på ressurser, mestring og deltakelse som grunnprinsipper i helsefremmende arbeid og at dette skal være gjeldende for hele kommunens befolkning.
- Ansatte i helse- og omsorgstjenesten skal ha fokus på målrettet kvalitets- og kompetanseutviklingsarbeid som skal fremme livskvalitet og egen mestring hos mottakere av helse- og omsorgstjenester.
- Den enkelte brukers menneskelige ressurser må støttes i stedet for å tilby kompensierende pleie.
- Kommunen må sørge for å drive faglige forsvarlige tjenester innenfor ulike områder.

(Kilde: Helse- og omsorgsplan i kommunen).

3.3.2 Omorganisering

Helse- og omsorgssektoren har for et par år tilbake gjennomgått en omorganisering, der man har slått sammen flere mindre soner til større soner i forhold til hjemmetjenester. Her ble hjemmesykepleien redusert fra fire til to soner og miljøtjenesten ble delt inn i tre soner med flere boligenheter under seg. Bakgrunnen var at man ønsket å spesialisere hjemmetjenestene.

3.3.3 Omstilling

I forbindelse med kommunens omstillingsprosess er det i denne sektoren foretatt en drifts- og ressursanalyse som inngår i kommunens evaluering av helse- og omsorgstjenestene. Denne skal være med til å støtte kommunens langtidsplanlegging. Analysen er utført av ekstern konsulent og viser at tilsiget av brukere er stort i så å si alle deler av tjenesteapparatet, fra unge innen skole og mestring, folk i yrkesaktiv alder som trenger hjelp og det er svært høy andel av mennesker over 67 år som får hjelp. God kapasitet i sektoren tyder ifølge analysen på historisk stor politisk vilje til å bevilge penger.

Denne analysen skal brukes i kommunens helhetlige arbeid med omstilling der målet er å

spare inn 3,7 prosent på det årlige kommunebudsjettet. Innenfor sektoren er det opprettet flere arbeidsgrupper som skal komme med forslag til nye tiltak i sektoren.

Ressursanalysen viser at kommunen har svært mange brukere innen HO og resultatet viser at politikerne har satset mye på denne sektoren. Det viser at sektoren står for 34,8% av netto driftsutgifter i % av totale driftsutgifter. Gjennomsnittstall for landet viser til sammenlikning 30,9% for HO sektorer. Det understrekes av konsulenten at man må løfte blikket og at dette må ses på i et folkehelseperspektiv. Videre viser resultatene at dersom alle som har vedtak skulle fått hjelp ville det ikke gått rundt i sektoren. Dette “løses” fordi man eksempelvis har brukere som er innlagt på sykehus. Analysen viser også flaskehals i tjenestene; demens underrapporteres i tjenester i den tidlige fasen, noe som skaper utfordringer i den neste fasen ved at behovene øker betraktelig fordi man ikke satt i gang gode nok tiltak tidlig nok. Den viser også at det brukes for mye tid til pasienter som ikke har de største tjenestebehovene. Her foreslås mer bruk av velferdsteknologi og fokus på mer egenomsorg.

4.0 Teori

I dette kapittelet gis det en presentasjon av de teoretiske perspektivene som danner bakgrunn for vår videre studie av helse og omsorgssektoren som case. Disse perspektiver er utgangspunkt for våre intervju med nøkkelinformanter i sektoren samtidig som de utgjør et sentralt element i vår analysemodell til behandlingen av datamaterialet.

4.1 Begrepsforklaring

Sårbarheter	Forstås som et systems forutsetninger for eller manglende evne til å fungere under og etter at det utsettes for en uønsket hendelse (Engen et al., 2016).
Ekstraordinære hendelser/påkjenninger	Dette er hendelser og påkjenninger som går utenom det kommunen håndterer i sin daglige drift.
Fremvoksende	Refererer til begrepet <i>Emergence</i> . Brukes i systemteorien til å forklare egenskaper som vokser frem som et resultat av kontekst og begrensninger.
Begrensninger	Refererer til begrepet <i>constraints</i> . Brukes i systemteorien til å lage grenser og krav som må til for å nå et mål.
System Safety	Denne bevares uten oversettelse og beskriver en tilnærming i sikkerhetslitteraturen til å tenke sikkerhet i system.
Sikkerhetsbegresninger	Refererer til begrepet <i>safety constraints</i> . Brukes av Leveson (2011) til å beskrive grenser og krav som skal til for å skape sikkerhet i et system.
Hierarkisk sikkerhetskontrollstruktur	Refererer til begrepet <i>Hierarchical safety control structure</i> . Dette brukes av Leveson (2011) til å beskrive en kontrollstruktur som opererer mellom to nivåer i et system.
Prosessmodell	Refererer til begrepet <i>process models</i> . Brukes av Leveson (2011) til å beskrive den oversikten en kontrollfunksjon, menneske eller automatisert, har over det system som kontrolleres.

Informasjonssløyfer	Refererer til begrepet <i>feedback loops</i> . Brukes av Leveson (2011) til å beskrive informasjonsflyten rundt en kontrollfunksjon i et system. Dette inkluderer kommunikasjon nedover i systemet og tilbakemelding oppover i systemet tilbake til kontrollfunksjonen.
Bow-tie modell	Denne modellen brukes av DSB i sin veileder til H-ROS i kommunene (2014). Modellen tar i midten utgangspunkt i en uønsket hendelse. Til venstre analyseres mulige årsaker og tiltak for å hindre hendelsen i å skje. Til høyre for hendelsen analyseres mulige konsekvenser og tiltak som kan minske disse.
Resiliens	Skal i denne oppgaven forstås som et systems evne til å tilpasse seg ustabile miljøer (Hollnagel et al., 2006)
Best practice	Beskriver et fokus i resiliensteorien (Hollnagel et al., 2013) på praksisser og tilpasninger som går bra frem for hva som går galt.
Safety-I	Beskriver en tenking der sikkerhet forstås som fraværet av ulykker og hendelser (Hollnagel et al., 2013).
Safety-II	Beskriver en sikkerhetstenking som en evne til å lykkes under skiftende forhold (Hollnagel et al., 2013).
Proaktiv tilnærming	Dette beskriver en tilnærming der det forsøkes å forebygge, hindre og være forberedt.
Reaktiv tilnærming	Dette beskriver en tilnærming der en reagerer etter hendelse eller utfordring er oppstått.

4.2 Risiko- og sikkerhetsstyring

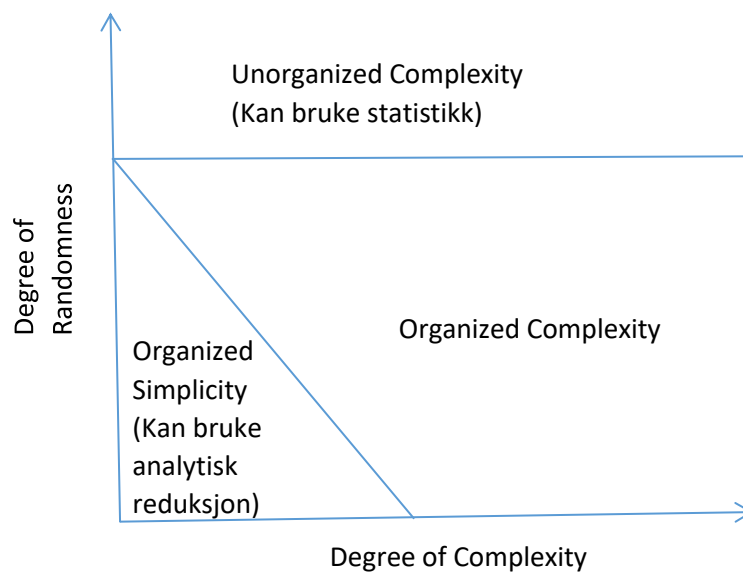
Styring av risiko og sikkerhet handler ifølge Aven med flere (Aven et al., 2004) om å fastsette mål, utforme tiltak eller virkemidler og å “overvåke” den praktiske gjennomføringen. Styring dreier seg videre om relasjonene mellom ledelse og ansatte (vertikalt), mellom avdelinger (horisontalt), hvordan informasjon blir tolket av ulike aktører, og om hvilke normer og verdier som hersker i organisasjonen. I styringen av risiko og sikkerhet er det derfor viktig å rette fokus på både tekniske og organisatoriske forhold, individuelle og menneskelige relasjoner og forholdet mellom ansatte og ledelse (Aven et al, 2004). Gjennom ROS-analyser, ledelse og styring, planlegging, opplæring, informasjon, sikkerhetskultur og design kan sikkerheten styres mot det sikkerhetsnivået som er i overensstemmelse med virksomhetens definerte mål, her målene til helse- og omsorgssektoren i kommunen. Disse mål blir et uttrykk for det sikkerhetsnivået en ønsker å oppnå og Aven et al. (2004, s.67) definerer sikkerhetsstyring som *«alle tiltak som iverksettes for å oppnå, opprettholde og videreutvikle et sikkerhetsnivå i overensstemmelse med definerte mål»*. Ut fra disse målene blir det hensiktsmessig å identifisere hva som skal til og hva som er utfordringene.

Dette vil i en kommune kunne føre til konkrete krav og tiltak utover i sektorene og utfordringene analyseres ifølge forstudien i størst grad med ROS-analysen som verktøy. Her gir eksempelvis DSB’s veileder i H-ROS til kommunene (DSB, 2014) en mal for å gjennomføre sektorovergripende ROS-analyser. I denne er det vektlagt et hendelsesorientert perspektiv med tilhørende ‘Bow tie’ modell som forståelsesverktøy. Denne modellen tar i stor grad for seg lineære koblinger fra årsak til hendelse og videre til mulige konsekvenser. Spørsmålet blir her om denne tenkningen og forståelsen som eksempelvis fremmes av DSB med sin veileder (2014) formår å fange opp de utfordringene som et komplekst system som en kommune er. Her hevder Nancy Leveson (2011) at et raskt tempo av teknologisk utvikling og stadig forandringer i samfunnet gir nye utfordringer fordi man ikke har samme tiden til å teste disse som før. Samtidig betyr nye teknologier også nye typer farer og i mange tilfeller vokser kompleksiteten og graden av koblinger. Kommunen er en del av denne utviklingen og samfunnet presser på med stadig nye krav og forventninger til hva kommunen skal løse. I et forsøk på å løse disse utfordringer fremmer Leveson (2011) bruken av systemteorien.

4.3 Systemteori

Systemteorien kan dateres helt tilbake til 1930 årene som en reaksjon på den økende kompleksiteten i de systemene som begynte å vokse frem i samfunnet (Leveson, 2011). I den tradisjonelle vitenskapen ble systemer oftest brutt ned til enkeltelemer og deretter

undersøkt separat. Dette inneholder en tankegang der enkeltelementer eller komponenter i et system fungerer likt om de er en del av et system eller ei. Dette fungerer på systemer som ifølge Leveson (2011) hører til kategorien *Organized Simplicity* (fig. 3. Leveson 2011, s.62). Slike system kan brytes ned i subsystemer og interaksjonene mellom komponenter er velkjent. Denne tilnærmingen har særlig blitt brukt innen fysikkens verden og vil i en kommunesammenheng bety at man kan se isolert på en sektor eller enhet uten at denne påvirkes av resten av kommunesystemet eller det omgivende samfunnet.



(Figur 3. Inspirert av Leveson 2011, s.62)

I den motsatte enden finner man de systemene som kan kategoriseres under *Unorganized Complexity*. Her er det ikke mulig å redusere system til subsystem eller enkeltkomponenter da den underliggende strukturen ikke er like velkjent (Leveson 2011). Likevel er det en regularitet i atferden som gjør at man kan anvende statistikk. Her hører man til lovmessigheten om de store talls lov; Jo større populasjon desto større belegg har man for statistikken. På landsbasis kan dette brukes til å sammenligne statistikk mellom kommuner og se hvordan en kommune eller sektor eksempelvis skiller seg ut i kost-nytte sammenheng for brukergrupper, tjenester og lignende.

Den tredje systemkategorien er merket *Organized Complexity* og kjennetegner system som er for komplekse til fullstendig analyse og samtidig for organisert til at statistikken kan gi et godt nok svar. I denne kategorien finner man blant annet biologiske og sosiale system (Leveson

2011). En kommune kan i denne sammenheng forklares som et sosialt system. Her er det et mangfold av tjenester som skal leveres til et stort mangfold av innbyggere. Disse tjenestene leveres på tvers av organisasjonen i et sammensatt system av interaksjoner mellom sosiale aktører, her ansatte og innbyggere, og samspillet kan være sentralt for at kommunesystemet som helhet skal fungere.

Det er denne kategorien, *Organized Complexity*, systemteorien er rettet mot. Denne tilnærming fokuserer på helheten i systemer og at noen egenskaper bare kan forstås i den aktuelle konteksten, herunder alle tekniske og sosiale aspekter (Leveson 2011). Egenskapene ved et system er ifølge Leveson et resultat av forholdet mellom komponentene i systemet og hvordan disse passer sammen og interagerer. En slik egenskap i et system kan være sikkerhet og her mener Leveson (2011) at det ikke er noe poeng i å snakke om sikkerhet når det gjelder komponenter. Sikkerhet må ses i sin helhet i systemet og vil da være et fremvoksende resultat av interaksjonene mellom systemets komponenter. Slik forståelse er interessant å overføre til en kommune og herunder helse- og omsorgssektoren. Dette er en sektor som yter en samfunnskritisk funksjon i sin helhet med et bredt spekter av enheter og tjenester som underliggende komponenter. Her er det ikke nødvendigvis nok å være opptatt av å sikre de enkelte tjenestene, men forstå hvordan disse spiller sammen som et system av interaksjoner i et overordnet mål om å levere og opprettholde sin funksjon i kommunesystemet.

4.4 Emergence og hierarki

Emergence og *hierarki* er det ene av to par med prinsipper som danner grunnlaget for systemteori. Hierarki beskriver forskjellige nivå i en organisasjon eller et system og forskjeller i kompleksitet. For hvert nivå man går opp stiger graden av kompleksitet og formålet med hierarki er å beskrive forholdet mellom disse nivåene (Leveson 2011). På hvert nivå finner man *fremvoksende* egenskaper til komponentene på nivået. Disse egenskapene er et resultat av *begrensninger*, eller fraværet av, påført komponentene på dette nivå. Pålitelighet er eksempelvis en *fremvoksende* egenskap ved en komponent og kan være et resultat av påførte begrensninger og krav til det pågjeldende nivå. I en kommune vil dette bety at de forskjellige nivåene er med til å gi mening til hverandre i systemet. Her er det krav og begrensninger til hvert nivå som medfører konkrete handlingsrom og i den forstand er med til å definere de egenskapene et nivå vil få. Ved å stille krav om systematisk bruk av eksempelvis ROS-analyser kan en fremvoksende egenskap i en enhet, her nivå, avspeiles i evnen til å være mere mer bevisst om eksisterende og fremtidige risikoer.

4.5 Kommunikasjon og kontroll

Det annet par med prinsipper for systemteori er *kommunikasjon* og *kontroll*. Når det påføres *begrensninger* til et nivå er det ifølge Leveson (2011) for å sikre et utbytte eller mål på et høyere nivå. Her opererer det i systemteorien en *kontrollfunksjon* i grenseflatene mellom nivå for å monitorere om de påførte *begrensninger* fungerer etter hensikten, og justere hvis de ikke gjør. Det skilles mellom lukket og åpent system, der man i lukkede system har upåvirkede komponenter, mens åpne system kan påvirke og påvirkes av omgivelsene. Kommunen kan her betraktes som et åpent system med kontinuerlig påvirkning fra staten, innbyggerne og bedriftene i kommunen i tillegg til det øvrige samfunn i en globalisert verden. Samtidig vil også kommunen påvirke innbyggere og aktører. Når det gjelder åpne system er det ifølge Leveson (2011) et særlig behov for løpende kommunikasjon for at en kontrollfunksjon skal være effektiv. Her skal det formidles informasjon utover i systemet i form av krav og begrensninger samtidig som det er nødvendig med tilbakemelding som indikator på om begrensningene har den ønskede effekten.

Det er denne tenkningen og disse prinsippene til systemteori som især Leveson (2011) har forsøkt å integrere i arbeidet med sikkerhet, her særlig i komplekse systemer. Med dette grunnlaget i systemteori blir det interessant å se nærmere på sikkerhetsteori og hvordan denne kan anvendes i en kommune.

4.6 System Safety

System Safety handler om en overgang fra et komponentorientert til et systemisk perspektiv og er blant annet karakterisert ved at sikkerhet i systemer er utvidet til å omfatte hele livssyklusen til komponenter og systemer (McIntyre, 2000). Det har vært en gradvis utvikling fra fokus på feil i en eller flere delkomponenter, til et fokus på systemet som helhet (Hammer, 1972) og spørsmål som “hva kan gå galt selv om ingen ting feiler”, blir en ny måte å tenke sikkerhet i system. Å besvare slike spørsmål utfordrer forestillingsevnen på en annen måte enn når vi går i dybden på kombinasjoner av menneskelige, tekniske og organisatoriske feil. I forstudien ser vi at denne kommunen er særlig gode på å håndtere uønskede naturhendelser og gjøre evalueringer på disse. Det er videre interessant å forstå hvordan forestillingsevnen er i kommunen og om man klarer å fange opp det som kan gå galt uten at det er basert på allerede oppståtte hendelser. Her kan en forestille seg at det gjøres tilpasninger utover i sektoren som på lengre sikt eller i et større perspektiv kan ha konsekvenser for systemet som helhet. Her er

det interessant om man klarer å fange opp tilpasninger som kan påvirke sektoren og kommunen.

Barry Turners (Turner & Pidgeon, 1997) introduksjon av *Man-Made Disasters* tilbake i 1978 er av mange ansett som den første helhetlige teoretiske analysen av organisatorisk sårbarhet i forhold til teknologiske ulykker. Den har lagt mye av grunnlaget for videre forskning og dagens forståelse av ulykker i en organisasjon. Ifølge Turner (Turner & Pidgeon, 1997) kan slike ulykker ikke betraktes gjennom enkle perspektiver som forklarer menneskelige, tekniske eller organisatoriske forhold alene. Turner (Turner & Pidgeon, 1997) ser en ulykke som et resultat av en inkubasjonsperiode der en serie med utilsiktede feil, beslutninger og feilaktige antakelser om risiko og fare, til slutt resulterer i en ulykke. Turner (Turner & Pidgeon, 1997) definerer ikke ulykken gjennom dens fysiske konsekvens, men som en sosiologisk konsekvens: som en betydelig forstyrrelse av eller kollaps i kulturelle sannheter og normer knyttet til håndtering av en fare. Når Turner (Turner & Pidgeon, 1997) taler om ulykker bruker han ordet "disaster" som refererer til større ulykker og katastrofer. I kommunesammenheng er det også potensial for storulykker og katastrofer som resultat av eksempelvis ekstremvær. Men tankegangen om en inkubasjonsperiode der det oppstår et avvik mellom det som er den faktiske faren eller risiko og det man tror fordi man over lengre tid har kompensert og tilpasset seg rutiner, er interessant å se på. Dette behøver ikke å være i "disasters"-klassen for å ha betydning for en kommune. Her vil det uansett omfanget av konsekvens være verdifullt for en kommune å ha en reell føling med hva som foregår ute i organisasjonen.

Dette påvirker ikke bare behovet for å forstå potensielle ulykker og skape en form for kontroll, men endrer også grensene mellom "kjent" og "tenkbar" kunnskap. Et eksempel på dette er ifølge Turner (Turner & Pidgeon, 1997) at organisasjoners evne til å forutse hendelser ser ut til å svikte selv om viktig informasjon faktisk finnes i den forstand at informasjonen blir ignorert eller feiltolket.

En bredere forståelse av organisasjoner har medført at en rekke nye tema har blitt aktuelle. Et eksempel på dette er læring, og hvordan eksempelvis skyld kan hindre læring (Turner og Pidgeon, 1997). Denne læringen kan være sentral for at en kommune skal utvikle seg og møte fremtidens behov. Charles Perrow (1984) tar opp omfanget av tilnærminger til en organisasjon eller system og hevder at det ikke er mulig å kartlegge alle aspekter ved et system. Her er kunnskapen i mange tilfeller ikke bare ukjent men også utilgjengelig. Perrow (1984) mener videre at vi i komplekse system ikke kan forestille oss alle mulige interaksjoner

og under visse betingelser vil effekten av disse interaksjonene kunne føre til ukjente og ukontrollerbare tap. Her er det interessant om den informasjonen som faktisk finnes i kommunen er tilgjengelig og hvordan den kommer frem i systemet. For kommunen kan man forestille seg at mye av dette fremkommer i avviksrapportering, ROS-analyse og via uformelle kanaler. Perrow (1984) hevder videre at forsøk på å fikse komplekse systemer kan gjøre dem enda mer uforståelige og i den forstand også farligere. Her kan det være et poeng for kommunen å ikke gjøre organisasjonen mer kompleks når det utformes nye tiltak i kommunen.

Forståelsen for organisatoriske forhold i et sikkerhetsperspektiv har fått forskere som James Reason til å gå dypere inn i forståelsen av menneskelige faktorer og feil. Reason (1997) hevder her at ledelsesmessige svakheter i forhold til komplekse teknologiske systemer kan legge til rette for utilsiktede menneskelige feil som fører til ulykker. Her er Reasons (1997) skille mellom aktive og latente feil en form for tankegang som kan kobles til en mer komponentbasert tilnærming, der latente feil og svakheter i en kommune blir en del av årsaken til tekniske og menneskelige feil (Hollnagel, 2004). Latente organisatoriske svakheter kan i den forstand ses som risiko og sårbarheter som vil være viktige å avdekke i en kommune. Her kan man forestille seg at eksempelvis håndtering av avvik i en kommune kan inneholde latente svakheter, hvis det ikke er en klar struktur for hvordan det skal foregå.

4.7 Systemteori og System Safety

Ifølge Leveson (2011) utfordres blant annet Turners (Turner & Pidgeon, 1997), Perrows (1984) og Reasons (1997) tradisjonelle tilnærmingene til å skape sikre systemer av en økende kompleksitet som særlig utviklingen i samfunnet har drevet frem. Ny teknologi introduserer uvissheter til våre systemer og skaper nye veier til tap. Dette skjer i et tempo som gjør at man ikke har samme tiden til å teste teknologien som tidligere hvilket betyr at produkter tas i bruk før man har en forståelse for den risikoen som følger med. Samtidig oppstår det nye farer i forbindelse med klimaendringer, bruk av kjemikalier i matvarer og ny medisin som man ikke kjenner bivirkningene av enda.

Leveson (2011) hevder også at det i samfunnet er blitt mindre toleranse for ulykker og det aksepteres ikke lengre en *fly-fix-fly* tilnærming til sikkerhet, der man korrigerer på bakgrunn av hendelser. Innbyggerne har gjerne en større forventning om at staten og myndighetene håndterer risiko og trusler i samfunnet. Kommunen som tjenesteyter til innbyggerne er i vår case opptatt av tillit og omdømme og da holder det i mange tilfeller ikke å prøve seg frem når

det gjelder sikkerheten til ansatte og innbyggere i kommunen. Her kan man forestille seg at enkelte saker som håndteres dårlig kan gi store konsekvenser for kommunens omdømme. Leveson (2011) poengterer videre at det er med på å øke kompleksiteten at en kommune er begrenset av budsjett og ressurser og hele tiden må gjøre prioriteringer i forhold til sikkerhet. For å kunne justere og gjøre de rette prioriteringene i et system som en kommune er man avhengig av informasjon og kunnskap og en struktur som setter dette i system. Leveson introduserer her tre sentrale elementer for å styre sikkerheten i et komplekst system; *sikkerhetsbegrensninger, hierarkisk sikkerhetskontrollstruktur og prosessmodeller.*

4.7.1 Sikkerhetsbegrensninger

Ifølge Leveson (2011) er sikkerhet en fremvoksende egenskap i et system som stammer fra interaksjonene mellom komponentene. Denne egenskapen, sikkerhet, kontrolleres ved å påføre begrensninger til atferden og interaksjonen mellom komponenter. På denne måten blir sikkerhet et spørsmål om kontroll der målet er å håndheve sikkerhetsbegrensningene (Leveson 2011). Disse begrensningene i systemet knytter seg til både utvikling, design og operasjon. Her gjelder det ikke å fokusere på hvordan man unngår feil, men heller hvordan man sikrer kontrollen over de begrensningene som skal til for en sikker levering av tjenester i eksempelvis helse og omsorgssektoren. For å bestemme hvilke begrensninger som må til er det nødvendig å ta utgangspunkt i et mål. Dette kan være et mål om å levere stabile tjenester til innbyggerne. I forhold til styring av sikkerhet omsettes dette målet videre til forskjellige *sikkerhetsbegrensninger* nedover i systemet. Dette vil være krav og begrensninger som er med til å sikre det overordnede mål. Leveson (2011) poengterer at det særlig i komplekse system kan være vanskelig å avdekke hvilke *sikkerhetsbegrensninger* som må til. Her kan man forestille seg at nettopp fordi man skal håndtere et sosialt system som en kommune kan det være vanskelig å forutse mulige interaksjoner og utfall. Det betyr også at man i et slikt system gjerne har et behov for kontinuerlig å justere og tilpasse de gjeldende *sikkerhetsbegrensningene* for å sikre ønsket effekt. Når dette gjelder mål som har betydning for samfunnsikkerhet i kommunen blir det særlig interessant å forstå om disse målene kommer tydelig frem utover i helse- og omsorgssektoren.

4.7.2 Hierarkisk sikkerhetskontrollstruktur

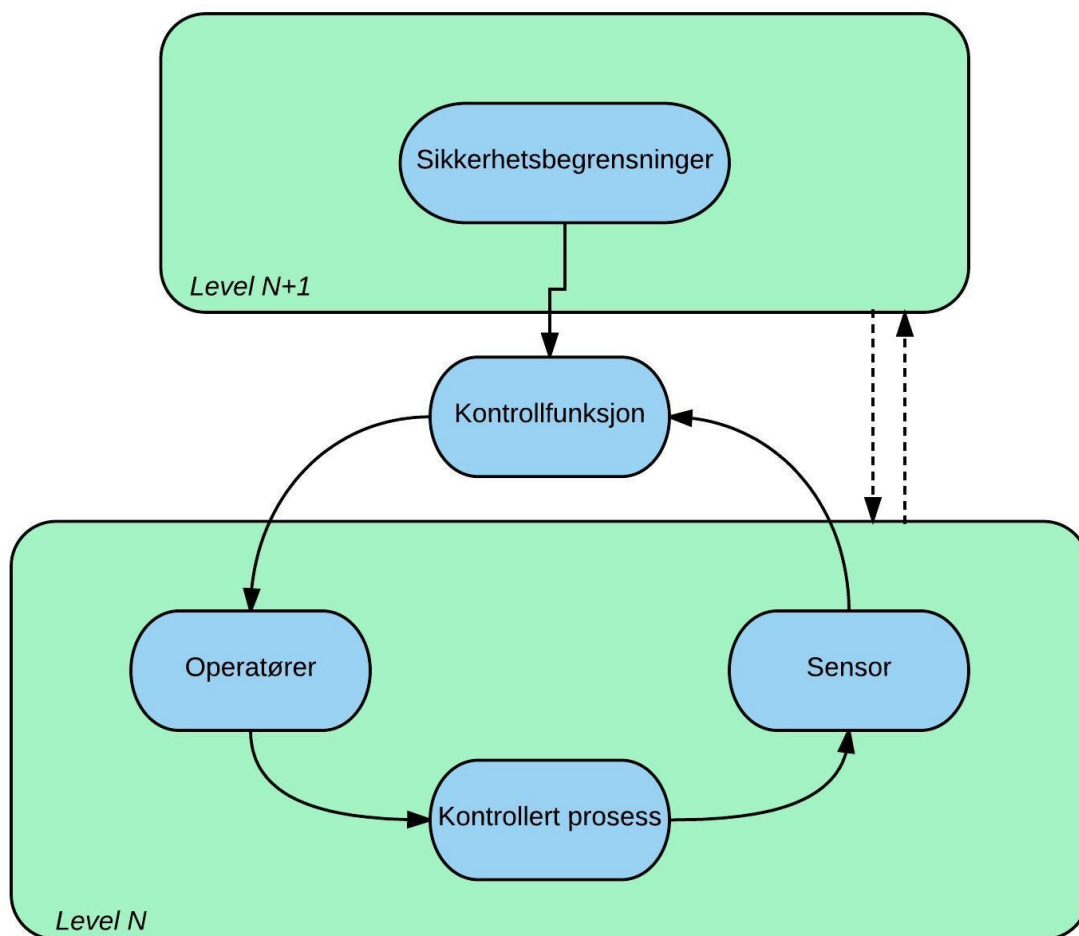
Systemteorien baserer seg på hierarki i et system og her påfører hvert nivå *sikkerhetsbegrensninger* eller mangel på til nivået under (Leveson, 2011). Disse begrensninger tillater eller kontrollerer atferden til nivået under. Det er ikke én korrekt kontrollstruktur, det avhenger i høy grad av tilpasning til eksisterende kultur i organisasjonen

(Leveson, 2011). Feil og hendelser oppstår i denne tenkingen når kontrollfunksjonen er utilstrekkelig. Ifølge Leveson (2011) utvikler en *sikkerhetskrollstruktur* seg over tid i sosiale system og tilpasning blir sentral når man skal forebygge at feil og uønskede hendelser kan skje. For å sikre evnen til justeringer og tilpasninger blir kommunikasjonskanaler mellom de ulike nivå et viktig element. Her er det nødvendig med en referansekanal der man kommuniserer *sikkerhetsbegrensningene* til nivået under samtidig som det er nødvendig med en tilbakemeldingskanal som gir informasjon om effekten av disse opp igjen til nivået over. Denne tilbakemeldingen er sentral for kontrollfunksjonen evne til å tilpasse seg utfordringene på det pågjeldende nivået. Det er i denne sammenheng interessant å se hvordan kontrollstrukturen er i vår case med helse- og omsorgssektoren.

4.7.3 Prosessmodeller

Prosessmodeller er ifølge Leveson (2011) det tredje elementet i kontrollstrukturen til et system. Argumentet er her at enhver kontrollfunksjon har bruk for en oversikt, her modell, over det som skal kontrolleres for å sikre en kontrollert drift. Denne modellen kan være nedtegnet eller integrert i en automatisert kontrollfunksjon, eller den kan være en del av en mental modell hos en menneskelig kontrollør. I vår case er det mest nærliggende å se nærmere på denne menneskelige kontrollfunksjonen, mens det i tekniske system i høyere grad kan være tale om automatiserte funksjoner. Felles for *prosessmodellen*, uansett menneskelig eller automatisert, er at den må inneholde informasjon om sammenhengen mellom variablene i systemet, systemets nåværende tilstand og hvilke andre tilstander systemet kan endre seg til. Med denne modellen blir det da mulig for kontrolløren å bestemme hvilke kontrolltiltak og *sikkerhetsbegrensninger* som er nødvendig for å sikre ønsket drift. Her er det ifølge Leveson sentralt med fungerende *informasjonssløyfer* for å opprettholde et mest mulig nøyaktig bilde av *prosessmodellen*, inkludert den kompetansen man har blant de ansatte. Kjennskap til denne kompetansen kan være sentral for vurdering av hvilket nivå man skal legge *sikkerhetsbegrensningene* på – i den forstand at det kan være mot sin hensikt å eksempelvis påføre krav til en nyutdannet sykepleier som helst bør ivaretas av en erfaren sykepleier.

Disse elementene fører til en system-modell basert på Levesons (2011) system safety tenking:



Modell 1. System-modell, inspirert av Levesons (2011) *System safety* tilnærming.

Modellen tar utgangspunkt i at det i kommunen skal være *sikkerhetsbegrensninger* som kommer fra et nivå (Level N+1) og påføres nivået under (Level N). Disse *sikkerhetsbegrensninger* utspringer av mål fastsatt på dette nivået (N+1). Disse mål skal da omsettes i nivået under til en form for utøvende handling, i modellen illustrert som *kontrollert prosess*. Et mål fastsatt av den overordnede ledelsen i helse- og omsorgssektoren kan eksempelvis være at ansatte ikke skal utsettes for farer når de leverer en tjeneste mot en bruker. Dette mål omsettes i Levesons (2011) *system safety* tenking til *sikkerhetsbegrensninger*. I dette tilfelle kan et krav til ovenstående mål være at man alltid skal være to ansatte når man leverer en tjeneste til brukere som kan være utagerende. En begrensning kan videre være at man ved tegn til truende atferd skal stoppe leveringen av tjeneste og trekke seg umiddelbart. Disse begrensninger blir i modellen påført nivået under av

en *kontrollfunksjon*. Denne kontrolløren har en viktig funksjon i å sikre at målet fra nivået over omsettes til ønsket handling eller tjeneste. Dette gjøres ved å påføre *sikkerhetsbegrensninger* til de som skal utføre tjenesten, i modellen illustrert som *operatører*. Disse *operatører* skal da utføre tjenester innenfor rammene gitt av *kontrollfunksjonen* i det som blir en form for *kontrollert prosess*. For å vite om tjenestene fungerer i henhold til mål fra øvre nivå og samtidig vite om de påførte *sikkerhetsbegrensningene* har den ønskede effekten er *kontrollfunksjonen* avhengig av tilbakemelding, illustrert som *sensor* i modellen. Hvis *sensoren* viser at den leverte tjenesten ikke lever opp til målet er det *kontrollfunksjonens* rolle å gjøre justeringer i form av nye eller oppdaterte *sikkerhetsbegrensninger*. Dette blir en kontinuerlig sirkulær prosess, illustrert av pilene mellom elementene i Level N, der *informasjonssløyfer* er sentrale for henholdsvis 1. formidlingen av *sikkerhetsbegrensninger* ned til *operatørene* og 2. monitorering av og tilbakemelding fra feltet der tjenesten utøves i form av *sensors*-funksjonen. Disse kanalene bidrar til å fortløpende oppdatere den *prosessmodell* over systemet eller nivået som kontrolleres som er nødvendig for *kontrollfunksjonen*. Denne *prosessmodell* er viktig for de justeringer og tilpasninger som eventuelt settes i verk. De vertikale pilene illustrerer også kommunikasjonskanaler, men her mellom nivåene. Disse fungerer på samme måte som i kontrollsirkelen, men her er det mål som skal formidles nedover og effekt og situasjonstilstand skal opp i systemet som grunnlag for korrigerende eller nye mål på høyere nivå.

Det er interessant å se i hvilken grad disse elementene finnes i kommunen og hvordan samspillet i så tilfelle fungerer. Disse elementene spiller en sentral rolle i å styre sikkerheten i komplekse system og kan gjerne bidra til samme i en kommunesammenheng. Det er verd å bemerke at det i modellen også foregår interaksjon på tvers av nivåene i kommunen. Det påføres ikke krav og begrensninger på tvers, men her kan det finnes verdifull læring og erfaring som kan brukes av kontrollfunksjonen.

Modellen fordrer at kommunen og sektoren løpende holder seg oppdatert og justerer og tilpasser seg etter behov. Her er det nærliggende å supplere med den resilienstenkingen som blant annet tar for seg bruken av gode praksiser. På denne måten bevarer vi *system safety*-fokuset og retter søkelyset på tilpasninger og hva som fungerer fremfor et fokus på feil.

4.8 Resiliens

Resiliens er et stort og omdiskutert begrep og det er gjort flere forsøk på konseptualisering av begrepet samt diskusjoner om hva resiliens er og ikke er (Westrum, 2006; Woods, 2015:

Bergström et al, 2015; Pettersen & Schulman, 2016. mfl.). En diskusjon rundt begrepet tas ikke opp her. I denne oppgaven har vi valgt å ta utgangspunkt i Hollnagel et al (2006/2013) sitt bidrag rundt resiliens med fokus på Safety-II og *best practice*. Tilnærmingen tar opp utfordringene med komplekse organisasjoner, samtidig som den fokuserer på nødvendigheten av tilpasninger og forutsetningene som må ligge til grunn. Vi mener dette er et interessant perspektiv med tanke på hvilken kompleks organisasjon en kommune er, samtidig som det kan bygge på de styrkene som finnes i kommunen.

4.8.1 Resiliens i helsevesenet – fokus på ‘best practice’

Resiliens i helsevesenet betyr at konsepter og metoder fra resiliens anvendes i helsevesenet. Helsevesenet er ofte studert i forbindelse med resiliens (Dekker et al, 2013;Hollnagel et al, 2013. mfl.) og gir i denne forbindelse et relevant bidrag da helse- og omsorgssektoren er i fokus i hovedstudien.

Den brede forståelsen av resiliens i dag er forstått som *“den innebygde evnen et system har til å tilpasse sitt virke før, under og etter forstyrrelser og endringer slik at det kan opprettholde sin funksjon under både forventede og uforventede forhold”* (Hollnagel et al. 2013). Denne definisjonen legger vekt på evnen til å fungere, heller enn det å bare reagere og gjenopprette etter en hendelse. I tillegg vektlegger den at man skal utnytte muligheter som oppstår, heller enn å bare overleve trusler. I tråd med en slik tankegang kan resilient helsevesen ifølge Hollnagel et al. (2013) defineres som *«den evnen helsevesenet har til å tilpasse sitt virke før, under eller etter endringer og forstyrrelser, slik at det kan opprettholde sin påkrevde funksjon under forventede og uventede omstendigheter»*. I arbeidet med å oppnå et resilient helsevesen er det nødvendig å studere og forstå hvordan helsevesenet virker, og ikke bare fokusere på hva som er feil.

En uheldig og uhensiktsmessig konsekvens av fokus på hva som går galt er; sikkerhet og kjerneaktiviteter (gi tjenester til brukere og pasienter) konkurrerer om ressursene. Dette betyr at investeringer i sikkerhet bli ansett som kostbart og blir derfor ofte vanskelig å rettferdiggjøre eller opprettholde. Læring av hva som har gått galt er også begrenset fordi det skjer relativt sjeldent og man bruker kun en liten del av relevant informasjon. Ved å snu fokus over på hva som går bra får man et nytt perspektiv å jobbe ut i fra. En konsekvens av et slikt perspektiv er at sikkerhet og kjerneaktiviteter ikke trenger å konkurrere om ressursene. Det som gir fordel for det ene vil gi fordeler for det andre. Dersom læring tar utgangspunkt i det som går bra har man i tillegg et hav av læringsmuligheter og tilgjengelig informasjon (Hollnagel et al, 2013). Dette er i tråd med Anderson et al (2013) som hevder at tilnærmingen

for å bedre sikkerheten i helsevesenet tradisjonelt sett har vært reaktive og man har definert sikkerhet som fravær av hendelser eller feil. Motsatt har en resilient tilnærming, ifølge Bergström et al (2015), fokus på suksess og normalt arbeid fremfor fokus på feil og ulykker.

Amalberti (2013) foreslår likevel at resiliens ikke er et fullstendig mål for helsevesenet – en økende grad av resiliens er ikke i seg selv løsningen for å forbedre ytelser og sikkerhet i helsesektoren. Den beste løsningen bør heller være å tilføre mer resiliens i alle de sakene som genereres av kompleksiteten og variasjonen i systemet, og mindre resiliens i de standard saker som kan løses ved hjelp av standarder og prosedyrer. Ved å adoptere et systemperspektiv kan dette bidra til å balansere resiliens, sikkerhet og ytelse.

4.8.2 Reaktiv versus proaktiv tilnærming til sikkerhet

Utvikling av resiliens representerer et skifte innenfor sikkerhetsvitenskapen mot en proaktiv systemtilnærming som etterlyser behovet for tilpasningsdyktige organisasjoner. Det krever at organisasjonene må klare å tilpasse seg endringer i miljøet sitt og å støtte opp om sikker atferd blant arbeidere når dette kreves. Sikkerhet og skade anses som fremvoksende egenskaper ved et system, som er forårsaket av endringer både innenfor og utenfor systemet. Fokus er derfor på hvordan man skal håndtere endringene på en sikker måte (Anderson et al., 2013). Ifølge Anderson et al (2013) trenger man en ny tilnærming for å øke sikkerheten i komplekse, «ikke-teknologiske» organisasjoner som helsevesenet. Poenget er at man må vektlegge proaktive prosesser med evne til tilpasning samt fokus på hvordan de kan introduseres, oppfostres og opprettholdes. Her er det viktig å ta utgangspunkt i kommunen som denne oppgave tar for seg og fokusere på hvordan tilpasninger kan gjøres. En forståelse av konteksten kan gi grunnlag for å skape prosesser som passer inn i eksisterende strukturer.

Reaktiv tilnærming til sikkerhet tar utgangspunkt i å respondere på en uønsket hendelse eller en identifisert risiko. En reaktiv tilnærming omfatter i hovedsak at uheldig utfall skjer når noe går galt og dette har årsaker som kan oppdages og behandles. Denne tilnærmingen kaller Hollnagel for 'Safety-I perspektivet' der hensikten med sikkerhetsstyringen er å holde antall hendelser og ulykker på et akseptabelt minimumsnivå og innebærer at man responderer i det en hendelse inntreffer. Denne tilnærmingen fungerer så lenge antall hendelser er svært lavt, men blir vanskelig å opprettholde dersom man opplever flere hendelser som påvirker daglig drift. Dette kan være i en tid der man har flere pasienter enn det man håndterer eller under spesielle situasjoner med eksempelvis epidemi. I tillegg har man med mange innmeldte avvik liten tid til å analysere og ta tak i avvikene, slik at de blir utgangspunkt for læring.

Safety-II perspektivet har fokus på fire resiliens faktorer: *respondering, monitorering, læring og forutsigelse* (Hollnagel et al, 2013; Fairbanks et al. 2013 mfl). Ifølge Clay-Williams (2013) er resiliens et skiftende fenomen og ikke en statisk egenskap ved et gitt system. Forbedringer i system-resiliens er en pågående prosess av tilbakemelding, monitorering, læring og forutsigelse. Fairbanks et. al (2013) understreker at en resilient organisasjon er ikke ensbetydende med utelukkende suksessfulle utfall. En resilient organisasjon kan gjøre gode grep selv om utfallet ikke blir som ønsket – spesielt når man har med mennesker å gjøre.

‘Safety II’ tankegangen tilsvarer resiliens ifølge Hollnagel et al. (2013). Variasjon i tjenesteyting bør håndteres ved å dempe den hvis det går i feil retning og forsterke det dersom det går i riktig retning. For å kunne gjøre dette er det nødvendig å først anerkjenne tingenes tilstand og den uunngåelige ytelsesvariabiliteten, for så å monitorere og videre kontrollere det. Det er oppgaven i sikkerhetsstyring ifølge ‘safety-II’ tankegangen. Målet med denne tilnærmingen er at mest mulig går riktig/bra samtidig som hverdagsoppgavene utfører sin hensikt. Tankegangen er ifølge Hollnagel et al (2013) at man bruker samme tilnærming på å oppnå at noe går bra som på at noe går dårlig. Derfor er ikke fokus på responsen fordi det bare vil korrigere hendelsen. Et proaktivt fokus betyr at tilpasninger er gjort før noe skjer og påvirker derfor hvordan det utarter seg eller forhindre at det skjer. Den største fordelen er at tidlig respons krever mindre innsats fordi konsekvensene av hendelsen vil ha mindre tid til å utvikle og spre seg – man sparer dyrbar tid. For at en proaktiv tilnærming skal fungere er man avhengig av å kunne forutse at noe kan skje med en viss rimelighet, og å ha tilstrekkelige tiltak (mennesker og ressurser) til å kunne gjøre noe med det. Dette krever igjen at man forstår hvordan systemet fungerer, hvordan miljøet utvikler og endrer seg og hvordan ulike funksjoner avhenger og påvirker hverandre. Forståelsen kan oppnås ved at man ser etter mønster og relasjoner på tvers av hendelser, heller enn årsaker til individuelle hendelser. For å finne mønstrene kreves det at man har tid til å forstå hva som skjer heller enn å bruke alle ressursene på brannslukking.

4.8.3 Kontrollstruktur

Regulering kan defineres som et forsøk på å forme, monitorere, kontrollere og modifisere praksis og teknologi i en organisasjon for å oppnå ønskede tilstander (Hutter, 2001). Slike funksjonskrav er ofte innebygd i praksisen i helsevesenet gjennom formelle standarder, spesifikke regler og definerte prosesser som skal begrense handlingsrom, optimalisere ytelse og forhindre feil. De organisatoriske evnene som gir resiliens er vanligvis avhengig av desentralisering, improvisasjon, tilpassningsevne og fleksible prosesser som tar i bruk lokale

ressurser og tilgjengelig ekspertise (Hollnagel et. al, 2006, Comfort, Boin and Demchak, 2010). På bakgrunn av dette kan man si at de grunnleggende mekanismene bak regulering strider med ideen om resiliens. Ifølge Macrae (2013) er det likevel viktige koblinger mellom mekanismene bak regulering og resiliens: Regulering er vanligvis forstått som forutsatte regler, strukturer, planer, rutiner og protokoller som er i strid med det «i øyeblikket»-tilpasning og fleksible evner som anses som grunnleggende i resiliens. Macrae (2013) finner likevel at disse ulikhetene kan brytes ned og at arbeid og aktiviteter som er involvert i regulering av risiko og resilient respondering kan anses som ganske like. Begge avhenger av de som jobber i den skarpe enden i helsevesenet. Regulert arbeid finner man i ulike former og er spredt utover i hele organisasjonen. Standardisering av trivielle oppgaver kan lette presset på den totale arbeidsmengden og ikke minst kan man da bruke intellektuell kapasitet på andre komplekse og krevende oppgaver. Dette vil øke tilpasningsevnene og mulighetene for å oppnå resiliens. Gjennom standardisering kan regulering og resiliens dra i samme retning. I tillegg påpeker Macrae (2013) at resiliente helsesystem bare fungerer under passende sentralisering for å koordinere og spre lærdom fra lokale forbedringer, i tillegg til at de sikrer at lokale tilpasninger på et område i systemet ikke får uheldige virkninger i en annen del av systemet. Spredning av erfaring og lærdom krever en sentral aktør som har ansvar – sentralisering av desentralisert informasjon. Sentralisering og standardisering er grunnleggende mekanismer innenfor regulering.

Den sentrale aktør som en pådriver er interessant å se i kombinasjon med kontrollfunksjonen til systemteorien. I den forstand mener vi at den resiliensteori vi har presentert kan gi innspill til de tilpasningene som gjøres i forbindelse med styringen av komplekse system i systemteorien. Forståelsen av kommunen som et system, der man fokuserer på å skape mening for helheten, sikre en styring av dette ved hjelp av en passende kontrollstruktur og gjøre bruk av resiliente tilpasninger. Dette er elementene vi særlig tar med videre i oppgaven.

5.0 Metode

I dette kapittelet redegjøres det for metodiske valg i innhenting og bearbeiding av datamateriale som er foretatt i masteroppgaven. Det innbefatter valg av forskningsdesign, forskningsmetode, datakilder og datareduksjon/analyse. Gjennom kapittelet forsøkes det å begrunne metodiske beslutninger slik at de samsvarer med oppgavens formål. Avslutningsvis tas kvaliteten på forskningen opp, der det evalueres grad av pålitelighet og gyldighet samt diskusjon rundt etiske vurderinger og vår rolle som forskere.

5.1 Forskningsdesign

Et forskningsdesign kan forstås som en plan for hvordan en skal gjennomføre et forskningsprosjekt for å komme seg fra spørsmål til svar (Yin, 1984). Det skal innbefatter alle valg som tas i arbeidet, i tillegg til en begrunnelse for disse valgene. Videre omhandler forskningsdesignet den prosessen som kobler sammen problemstilling, empiriske data og konklusjon. Målet er et design som sikrer at problemstillingen blir belyst og besvart på en logisk og troverdig måte (Blaikie, 2010).

Valg av forskningsdesign bør ifølge Ghauri & Grønhaug (2010) ta utgangspunkt i hvor godt man forstår problemet som ligger til grunn for forskningen. De skiller mellom tre ulike hovedtyper av forskningsdesign: eksplorativt design, deskriptivt design og kausalt design. Et eksplorativt design er adekvat i forskning der det underliggende problemet er dårlig forstått og strukturert, og der tilnærmingen krever fleksibilitet. I tilfeller der det underliggende problemet er strukturert og godt forstått benyttes deskriptivt design. Utgangspunktet for forskningen vil være å beskrive en eller flere egenskaper i en gruppe og dette krever struktur, klare regler og prosedyrer. Et kausalt design vil også være formålstjenlig når det underliggende problemet er strukturert og godt forstått. Dette designet vil dog være mest hensiktsmessig når man står overfor årsak-virkning-sammenhenger der hovedoppgaven er å identifisere relasjoner mellom årsak og virkning.

5.1.1 Valg av forskningsdesign

Problemstillingen som studeres i del I er etter vårt skjønn dårlig forstått og krever et fleksibelt forskningsdesign som indikerer at en eksplorativ tilnærming vil være formålstjenlig. Denne strategien kan gi en gradvis tilnærming til kjernen av problemstillingen gjennom økt kunnskap om organisasjonens struktur, praksiser og former for samarbeid. Funn fra oppgavens del I gir videre grunnlag for å se nærmere på identifiserte utfordringer ved bruk av

relevant teori. Valg av teori fremkommer da som direkte resultat av forstudien. I denne oppgaven startet vi ut med en vid problemstilling som krevde en del avgrensninger. Da det ble tydeligere for oss hva som var utfordringene i kommunen ble fokus rettet mot disse områdene innenfor kommunens helse- og omsorgssektoren.

5.2 Forskningsmetode

Valg av forskningsdesign vil ha betydning for valg av metode. Ifølge Blaikie (2010) er det vanlig å skille mellom kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode. Innenfor kvantitativ metode i samfunnsvitenskapen er det vanlig å benytte seg av spørreskjema og strukturerte intervju. Begge disse bidrar til en avstand mellom forsker og den sosiale prosessen som studeres, altså en lav forskerinvolvering der en som forsker står på utsiden (Blaikie, 2010). Kvalitativ metode innebærer derimot en større forskerinvolvering, der man inkluderer mange variabler og går i dybden på studieobjektet. Deltagende observasjon, semistrukturerte- og ustrukturerte intervju og fokusgruppeintervju er vanlige teknikker innenfor kvalitativ metode (Blaikie, 2010).

5.2.1 Valg av forskningsmetode

Problemstillingen i denne oppgaven søker i første omgang innsikt i et kompleks system. Her vil en kvalitativ forskningsmetode være hensiktsmessig siden denne metoden ifølge Ghauri & Grønhaug (2010) gir en dypere forståelse av fenomener. Med kvalitativ metode kan man få frem en beskrivelse av og utforske sosiale aktørers meninger og tolkninger (Blaikie, 2010). Dette er også i samsvar med studiens eksplorative forskningsdesign. I tillegg er oppgaven basert på et casestudie og ifølge Bukve (2016) er slike studier gjerne blitt definert som intensive kvalitative studier. Den kvalitative metoden som benyttes anses derfor som et opplagt valg i denne studien. For å besvare oppgavens problemstilling brukes forskjellige teknikker innenfor kvalitativ metode.

5.3 Forskningstilnærming

Som overordnet forskningstilnærming i denne oppgaven er det gjennomført et casestudie. Betegnelsen 'case' stammer fra det latinske ordet *casus* og understreker betydningen av det enkelte tilfelle. Terminologien vektlegger derfor at det dreier seg om et eller noen få tilfeller som gjøres til gjenstand for inngående studier. Idealet er oftest å gå i dybden på et case og undersøkelsenheten ses på som et kompleks hele, der mange underenheter og deres forhold til hverandre pensles ut (Andersen, 1997). Case-studier er en betegnelse for en forskningstilnærming som er utbredt på en rekke fagområder. Ifølge Andersen (1997) er det likevel ingen klar fellesforståelse av hva case-studie tilnærmingen refererer til, hverken innen

eller mellom fagområder. Innenfor samfunnsvitenskapen er det omstridt hva case-studier er eller bør være. Ifølge Bukve (2016) er det likevel to etablerte trekk ved casestudier: at en studerer et fenomen i sin virkelige kontekst og at grensene mellom fenomen og kontekst ikke er tydelige. Oppgaven baserer seg på et casesentrert, holistisk perspektiv. Her ses kommunen som et helhetlig system, der komponentene er gjensidig avhengige og spiller sammen på komplekse måter. Casestudien er avgrenset i tid og rom, og funnene vil således reflektere det tidsrommet og de avgrensningene som er satt.

Casestudier vil ofte starte induktivt, i den forstand at hypoteser og teoretisk relevans fremkommer underveis (Andersen, 1997). Dette stemmer overens med den a-teoretiske og eksplorative tilnærmingen i del I. Oppgavens del II forandrer karakter fra det eksplorative til en teoretisk induktiv tilnærming. Forstudien i oppgaven er empirisk drevet, men teoretiske perspektiver vil spille inn underveis i forskningsprosessen når vi beveger oss over i hovedstudie. Her vil fortsatt empirien være det sentrale og formålet er ikke å teste teorien. Formålet er heller å ta i bruk teoretiske prinsipper som kan bidra til å løse og gi forståelse for noen av de utfordringene som avdekkes i forstudie.

5.3.1 Generalisering

Bent Flyvbjerg (2004) tar opp en påstand om at det ikke kan gjøres generaliseringer ut fra enkelttilfeller, og at casestudier derfor ikke kan bidra til en vitenskapelig utvikling. Her hevder Flyvbjerg heller at generalisering på grunnlag av en enkelt case er fullt mulig og mener at det som "*eksemplets makt*" (Flyvbjerg, 2004, s.425) kan finnes generaliserbare slutninger. Her er det en forutsetning at casen er omhyggelig valgt til å belyse det studerte problemet eller fenomen. Videre poengteres det at selvom en case ikke formelt kan generaliseres etter naturvitenskapelige idealer betyr ikke at den ikke kan inngå i den kollektive akkumulerte vitenskapen på et felt som samfunnssikkerhet i en kommune. Samtidig mener ikke Flyvbjerg (2004) at det skal være et mål om å generalisere i all forskning.

Vi lener oss på denne forståelsen og mener at valget av en mellomstor kommune kan være med til å vise trekk og sammenhenger som kan være generaliserbare i forhold til andre kommuner. Likevel er vi bevisste om at sosiale systemer er preget av særtrekk som er viktige forutsetninger for både forståelse og tolkning av det som foregår i de enkelte kommunene. Resultatene fra denne oppgaven bør derfor heller ses som en indikator, og ikke direkte generalisering, på mulige utfordringer i andre kommuners arbeid med samfunnssikkerhet.

5.4 Fremgangsmåte og gjennomføring av forskningen

Oppgaven er ment å kunne svare på to problemstillinger når det gjelder arbeidet med samfunnssikkerhet i en middels stor norsk kommune. Utgangspunktet for studien var en nysgjerrighet rundt hvordan samfunnssikkerhet ivaretas i norske kommuner. For å svare på problemstillingen har vi benyttet oss av intervju, dokument og deltagende observasjon.

5.4.1 Datakilder

Blaikie (2010) skiller mellom tre hovedtyper av data; primærdata, sekundærdata og tertiærdata. Denne inndelingen sier noe om avstanden mellom dataen og forskeren. Primærdata er data som er samlet inn, analysert og formidlet av forskeren/forskerne selv. Forskerne kan beskrive hvorfor og hvordan data ble samlet inn. Sekundærdata er rådata som har blitt samlet inn av andre og som ofte anvendes til andre formål enn det de var samlet inn for, eksempelvis statistikk. Tertiærdata er data som er analysert av andre personer. Det betyr at det kan være begrenset tilgang til de opprinnelige rådataene eller kildene som er brukt (Blaikie, 2010).

I oppgaven benytter vi oss av primærdata og tertiærdata; primærdata i form av ustrukturerte og semistrukturerte intervju, i tillegg til deltagende observasjon. Tertiærdata i form av dokumenter og data som er analysert og skrevet av andre personer. Det betyr at vi som forskere fortolker innholdet i de allerede skrevne dokumentene som anvendes.

5.4.2 Deltagende observasjon

Deltagende observasjon viser til den komplekse balansen mellom det å være blant folk og delta i deres samhandling, samtidig som man er der for å studere og observere dem. Når man utfører deltagende observasjon, utføres det to former for handling på samme tid: man involverer seg i samhandling med andre, samtidig som man iakttar hva de foretar seg. Deltagende observasjon kan ses på som en skala som går i fra å kun observere til kun å delta. Dersom man bare observerer, vil det si at man stiller seg på sidelinjen og kikker inn på hva de andre gjør. Hvis man kun deltar er man derimot med på lik linje med alle de andre tilstedeværende, som en primær deltaker. Disse to handlingsprinsippene må kombineres på en god måte når man benytter deltagende observasjon som forskningsmetode (Fangen, 2004). I vår forskning har vi fungert som primærdeltakere i prosessen med pilot-ROS prosjektet. Her fungerte vi som prosjektledere og var derfor initiativtakere til ulike møter i denne forbindelsen. I tillegg har vi som deltakere på ulike møter i kommunen fungert som observatører i den forstand at vi ikke hadde noen rolle på møtet utover det å observere. I rollen som observatører har vi likevel kommet i samtaler med ulike aktører innenfor

kommunen, og derfor hatt en vekslende rolle mellom observatør og deltaker.

5.4.3 Intervju

Det finnes ulike varianter av intervju, som strukturerte, ustrukturerte og semistrukturerte.

Valg av intervjuform avhenger kort sagt om hvor bundet man er til spørsmålene som stilles for å dekke temaene som skal undersøkes (Bryman, 2008).

5.4.3.1 Ustrukturerte intervju - del I

Ustrukturerte intervju kjennetegnes av at respondenten gis nesten full frihet til å diskutere reaksjoner, meninger og oppførsel innenfor et gitt tema. Den som intervjuer har bare i oppgave å stille ledende spørsmål, i den forstand at man holder respondenten “på sporet”. Spørsmålene er ofte ustrukturerte og ikke systematisk kategorisert på forhånd (Ghauri og Grønhaug, 2010). De ustrukturerte intervjuene ble i forstudien kombinert med deltagende observasjon. Det begynte med en forespørsel via mail til alle kommunalsjefer i de fire ulike sektorene, der vi fortalte litt om hvem vi var og hva formålet med studien var - uten at problemstillingen direkte ble presentert. Dette var for å unngå at det skulle påvirke svarene som ble gitt. Målet med disse første ustrukturerte intervjuene var først og fremst for å få kjennskap til de ulike sektorene. Videre ble vi delvis tipset om andre informanter som kunne gi oss mer kunnskap om de ulike enhetene, og delvis tok vi selv kontakt, enten direkte når vi møttes i kommunen eller via mail. Disse møtene kan retttere kalles samtaler der de vi har snakket med har snakket “fritt” om arbeidspraksis, og der vi har spurt inn til områder som har vært interessante for vårt formål. I noen tilfeller har informantene bare blitt bedt om å utdype noe som vi har fanget opp under observasjon på møter eller i forbindelse med pilot-prosjektet med ROS. Alle de vi har snakket med, uavhengig av hvilken “form” møte hadde, har fått en presentasjon av hvem vi er og hva vi gjør i kommunen. Ingen av disse ustrukturerte intervjuene eller samtalene er tatt opp på bånd. Det har vært hyppig notert underveis, og vi mener at vi har sikret oss riktig tolkning underveis ved å ha muligheten til å stille oppklarings spørsmål.

5.4.3.2 Semistrukturerte intervju - del II

Forskning som gjennomføres ved at individer beskriver egne og andres aktiviteter, sosiale prosesser eller institusjonelle praksiser, inngår i det som Blaikie (2010) kaller for en seminaturlig setting. Individene kan da være informanter eller representanter for en spesifikk gruppe av sosiale aktører. En slik setting anses som den mest hensiktsmessige metoden for å få frem forståelsen og dybden i det som studeres i oppgaven. Metoden er utgangspunktet for utvelgelse av intervjuobjekt og fremgangsmåten i

intervjusituasjonen.

Ifølge Blaikie (2010) holdes forskeren utenfor normal setting i enhver form for kvalitative intervju. Individuell oppførsel og sosiale interaksjoner blir rapportert heller en observert. Likevel vil kvalitative dybdeintervju kunne nærme seg den sosiale aktørens meninger og tolkninger, gjennom deres forståelse av det sosiale samspillet de er involvert i (Blaikie, 2010). Dette ble forsøkt oppnådd ved å foreta semistrukturerte intervju i hovedstudien, der spørsmålsformuleringen ikke er rigid, men kan tilpasses den enkelte. Dette var nødvendig siden informantene hadde ulik tilnærming og forståelse av de ulike temaene og problemstillingene. For å sikre at alle relevante tema ble dekket ble det utarbeidet en intervjuguide med hjelpende formuleringer, stikkord og beskrivelser (se vedlegg 1. for intervjuguide). Intervjuguiden tok utgangspunkt i teori som ble valgt på bakgrunn av funn i oppgavens forstudie. Vi anser det som en styrke i oppgaven at vi gjorde oss kjent med organisasjonen før vi valgte hvilke teoretisk perspektiver som kunne bidra til forklare forholdene og utfordringene. Det gjorde at teori, og dermed intervjuguiden ble tilpasset den organisasjonen og sektoren som ble studert. For å sikre at vi fikk svar på det vi ønsket ble teoretiske begrep omformulert til «hverdagslige» begrep som informantene selv brukte og var kjent med, eksempelvis søkte vi å avdekke kontrollfunksjoner ved å spørre inn til avvikshåndtering og oppfølging av rutiner.

Fordelen med intervjuformen er at man kan grave dypere i de elementene som er viktige for oppgaven, alt etter hvilken retning og eksempler informanten kommer med. Respondenten har stort handlingsrom når det kommer til svar, og spørsmålene trenger ikke følge en bestemt rekkefølge. I tillegg har man mulighet til å stille spørsmål som ikke står i intervjuguiden (Bryman, 2008). Mulighetene som et semistrukturert intervju gir passer oppgavens formål, der vi ønsker innsikt i prosesser og arbeidspraksis.

5.4.4 Dokument

Dokumentene som vi benytter i oppgaven er offentlige dokumenter som kommuneplan, planstrategi, sektorplaner og beredskapsplan som ligger på kommunens nettside. I tillegg har vi fått tilsendt en del dokumenter i form av tilsynsrapporter og evalueringer.

Tilsynsrapportene og evalueringene er tolket av de personene som har skrevet disse, noe som er tatt i betraktning når disse er gjennomgått. Det samme gjelder delvis i eksempelvis kommuneplan og folkehelseprofilen, der en del av materialet bygger på innsamlet materiale i form av innbyggerundersøkelser.

Dokumentene anvendes for å skape en forståelse for hvordan kommunen planlegger, hva område det fokuseres på, hva som er målsettingene samt forstå arbeidspraksis rundt evaluering og læring av hendelser. Denne forståelsen har hjulpet oss til å stille relevante spørsmål, spesielt i den eksplorative fasen i oppgavens del I.

Vi har også fått innsyn i diverse rutiner, prosedyrer og ROS-analyser i kvalitetssikringsverktøyet QM+ som benyttes i kommunen. Hensikten med å få innsyn i disse har i hovedsak vært å forstå hvordan og hva kvalitetssikringssystemet benyttes til og hvilke typer ROS-analyser som ligger her.

5.4.5 Utvalg og gjennomføring av intervju - del II

Utvelgelse av informanter til oppgavens del II ble gjort på bakgrunn av organisasjonskartet til sektoren. Målet var å inkludere representanter på alle nivå, fra kommunalsjef til utøvende ledd som er i direkte kontakt med tjenestemottakerne. På grunn av oppgavens omfang og organisasjonens størrelse måtte det gjøres noen avgrensninger når det gjaldt intervjuobjekt (informanter). Det ble valgt ut informanter fra de tre største avdelingene i helse og omsorgssektoren (hjemmesykepleien, miljøtjenesten og bo- og servicesenter) samt fra overordnet ledelse og stab, i alt 16 informanter. Det omfatter personal på overordnet nivå, mellomledere, sykepleiere, hjelpepleiere og vernepleiere. Fra de ulike avdelingene er informanter både fra mellomleder- og utøvende nivå representerte.

Informanter fra overordnet nivå samt mellomledere ble kontaktet direkte via e-post. Noen av mellomlederne ble deretter bedt om å velge ut informanter fra sin personalgruppe. De ble oppfordret til å velge representanter med ulik yrkesbakgrunn for å skape størst mulig variasjon og bredde blant informantene. Av hensyn til anonymiseringen skilles det ikke mellom de ulike yrkesgruppene videre i oppgaven. De ulike mellomlederne hadde ulike begrunnelser for valg av informanter: lang erfaring, ny i organisasjonen, ansvarsområde, ærlighet og lojalitet eller tilfeldig fordi de var på jobb på de foreslåtte datoene.

Informantene som ble kontaktet via e-post fikk en kort presentasjon av oss og formålet med studien. Denne ble gjentatt for alle informantene før intervjuet startet. I tillegg ble informantene opplyst om anonymisering i oppgaven. Informasjon om anonymisering ble gitt muntlig og fulgte NSD sin veiledende mal for informasjonsskriv (nsd.uib.no, 2017). Alle intervju, med unntak av ett telefonintervju, ble foretatt på kontor eller møterom på informantens arbeidsplass. Intervjuene ble tatt opp på bånd etter informantens samtykke og varte fra en halvtime til halvannen time, alt etter hvor mye informantene fortalte. Alle intervju

ble meningstranskriberte for å overholde anonymiseringen. I forhold til formålet for studien anså vi det ikke som nødvendig med en direkte transkribering av hele samtalen inklusiv pause, latter og lignende. Dette kan ifølge Kvale (2004) gjøres når formålet med intervjuene er å oppnå innsikt, og ikke en næranalyse av intervjusamtalen. I arbeidet med meningstranskribering er det likevel forsøkt å gjengi informantenes egne ord, dette eksemplifiseres med direkte sitater gjennom oppgaven.

Oversikt over utvalgte informanter		
Informant nr.	Nivå	Funksjon
1.	Ledelse	Ansvarsområde i stab
	Ledelse	Ansvarsområde i stab
3.	Ledelse	Ansvarsområde i stab
4.	Mellomledelse	Enhets-/soneleder
5.	Mellomledelse	Enhets-/soneleder
6.	Utøvende	Sykepleier/hjelpepleier/vernepleier i enhet/sone
7.	Utøvende	Sykepleier/hjelpepleier/vernepleier i enhet/sone
8.	Mellomledelse	Enhets-/soneleder

9.	Utøvende	Sykepleier/hjelpepleier/vernepleier i enhet/soner
10.	Mellomledelse	Enhets-/sonелеder
11.	Mellomledelse	Enhets-/sonелеder
12.	Utøvende	Sykepleier/hjelpepleier/vernepleier i enhet/soner
13.	Utøvende	Sykepleier/hjelpepleier/vernepleier i enhet/soner
14.	Mellomledelse	Enhets-/sonелеder
15.	Utøvende	Sykepleier/hjelpepleier/vernepleier i enhet/soner
16.	Utøvende	Sykepleier/hjelpepleier/vernepleier i enhet/soner

Tabell 1. Oversikt over utvalgte informanter

5.5 Klargjøring av data for analyseformål

Alle intervjuene ble transkribert løpende gjennom prosessen med datainnsamling og deretter slettet fra båndopptaker. Transkriberingene ble registrert med informantnummer for å beholde oversikten og samtidig overholde anonymiseringen. Meningstranskribering har vært nødvendig i denne oppgaven på grunn av valg om anonymisering. Hovedgrunnen til dette er at det gjennom samtlige intervju fremkommer opplysninger, gjennom beskrivelser og eksempler, som er identifiserbare. Dette er ikke i samsvar med oppgavens anonymisering av kommune og informanter.

5.5.1 Presentasjon av resultater

All data som samles inn, uavhengig av hvilken metode som er benyttet, krever en bearbeidelse til et mer passende format for analyse (Blaikie, 2010). Etter at alle intervjuene var transkriberte startet fasen med analyse og bearbeiding av data. Dette startet først med en kategorisering av resultatene ut i fra temaene i intervjuguiden. Deretter ble de ulike temaene knyttet til de ulike elementene i analysemodellen. Videre ble det under hvert tema delt inn etter hvilket nivå i sektoren informanten representerte, noe som er i samsvar med den hierarkiske inndelingen som den anvendte systemteorien bygger på.

5.5.2 Analysemodell

Til bearbeiding av innsamlet data tar vi utgangspunkt i *system safety* modellen som er presentert i teorikapittelet (Se mod.1). Denne består av elementene til Levesons *system safety*-tenking. Disse elementene henger sammen og påvirker både nivået under og påvirkes av nivået over. Modellen skal i første omgang gi en forståelse for hvor informantene befinner seg i systemet og videre hjelpe med å trekke frem funn som knytter seg til hvordan *sikkerhetsbegrensninger* pålegges *operatørene* på de ulike nivå. Her er det særlig interessant å få frem hvordan *kontrollfunksjonen* fungerer i sektoren. Er denne rollen tydelig eller blir denne delen også et “på toppen arbeid” som forstudiet avdekket var tilfellet med mye av samfunnssikkerhetsarbeidet i kommunen.

Modellen skal også ta for seg informasjonsprosessen som består av kommunikasjonen nedover i systemet mot levering av en tjeneste og tilbakemelding oppover i systemet som gir kontrollfunksjonen et grunnlag for å vurdere effekt og justeringer av sikkerhetsbegrensninger, i tillegg til en kontinuerlig oppdatering av prosessmodellen.

Dette er et sosialt system og det gjøres ofte tilpasninger i organisasjonen for å levere tjenester til borgerne. Disse tilpasningene gjøres flere plasser og det blir her nærliggende å se hvilke tilpasninger som skjer på bakgrunn av *kontrollfunksjonen* og hvilke som skjer hos de som er *operatører*. I dette bildet er det også interessant å se hvordan informasjonsprosessen fungerer; hvordan kommuniseres tilpasninger nedover i systemet og hvordan kommuniseres nødvendige tilpasninger oppover i systemet. Videre kan det si noe om tolkningen av de gode tjenester på ulike nivå i modellen og organisasjonen. På denne måten blir *resiliens* og *best practice* en naturlig del av vår Leveson inspirerte analysemodell.

Modellen skal være med på å fremme funn særlig knyttet til de teoretiske elementene som oppgaven legger vekt på. Dette skal gi oss et grunnlag for å kunne drøfte hva vi ser av avvik i

forhold til 1) systemteorien og 2) hva som oppfattes som god praksis. Videre skal det gi oss et utgangspunkt for å drøfte tilnærmingen sektoren har til systematisk sikkerhetsarbeid og hvordan dette kan styrkes ved hjelp av systemteori til å skape økt fokus på arbeid med samfunnssikkerhet.

5.6 Evaluering av forskningens kvalitet

Ifølge Ghauri & Grønhaug (2010) må forskningen som helhet vurderes for at oppgaven skal oppnå kredibilitet. I tillegg til at forskningsvalgene begrunnes og rettfærdiggjøres, er det viktig å evaluere kvaliteten på datamaterialet, fremgangsmåte og resultat. I dette avsnittet vil vi drøfte kvaliteten på oppgaven.

5.6.1 Reliabilitet

Reliabilitet sier noe om i hvilken grad en studie kan etterprøves. Kravet om reliabilitet kan være vanskelig å tilfredsstille i denne oppgaven, av flere årsaker. For det første benyttes deltagende observasjon som en datakilde. I studier basert på deltagende observasjon sier Fangen (2004) at reliabilitet kunne vært stilt som et spørsmål om en annen uavhengig observatør ville ha sett de samme tingene og nådd de samme konklusjonene, men at et slikt mål er umulig. Kort sagt fordi man vektlegger og tolker ting ulikt. En økt grad av reliabilitet kan ifølge Schatzman og Strauss (i Fangen, 2004, s. 209) oppnås ved en detaljert redegjørelse for hvordan man har kommet frem til tolkningene. I forstudie kunne man valgt å gjengi mer detaljerte beskrivelser, men det ville blitt omfattende data der mange av observasjonene ikke nødvendigvis var relevante for samfunnssikkerhet, nettopp fordi vi gikk så bredt ut i starten og fordi vi ønsket å skape et helhetlig bilde av kommunens arbeid med samfunnssikkerhet. Fangen (2004) foreslår da at den viktigste vurderingen i forhold til reliabilitet er ens egen selvkritiske vurdering, om det man skriver ned i notatene er en god nok beskrivelse av det som skjedde. Vi mener at beskrivelsene av det som er observert er gode nok i den forstand at det får frem måten vi har tolket situasjonen på, men at vi gjerne kunne fått frem mer detaljer slik at det ble lettere for leseren å vurdere disse tolkningene.

For det andre benyttet vi både semistrukturerte og ustrukturerte intervju i datainnsamlingen. Det betyr at det som fremkommer i samtalen styrer mye av retningen den tar og hvilke utdypingsområder man kommer inn på. I de semistrukturerte intervjuene hadde vi en intervjuguide som vi brukte gjennom hele intervjuet for å sikre at alle områder ble dekket. Likevel var det ofte noen tema der informanten hadde mer å fortelle enn på andre. Dette er også funn i seg selv, da det sier noe om informantens opplevelse, for eksempel i forhold til samarbeid i organisasjonen.

For det tredje holder kommunen på med en omstillingsprosess. Dersom en lignende undersøkelse ble gjennomført på et senere tidspunkt kan systemet og effekten av omstillingen til en viss grad ha endret seg. For det fjerde kan omstendighetene innenfor og utenfor kommunen ha endret seg. For eksempel lederskap og organisasjonsstruktur eller nye lovkrav fra myndighetene.

Selv om det av nevnte grunner kan være vanskelig å oppnå høy grad av reliabilitet i denne oppgaven, tror vi likevel at de samme hovedtrekkene ville kommet frem ved en gjentagende studie. Vi har forsøkt å styrke påliteligheten ved å beskrive formålet med oppgaven, samt gjennomføring av forskningen og redegjørelse for metodiske valg. I tillegg vedlegges intervjuguiden som ble brukt i hovedstudie slik at leser kan forstå bakgrunnen for de svarene som fremkommer i empirien.

5.6.2 Validitet

Bakgrunnen for studien var en forestilling om at norske kommuner jobber lite systematisk med samfunnssikkerhet, og at de fleste kommuner definerer samfunnssikkerhet ut i fra beredskapsarbeid. Dette ble utgangspunktet som etter hvert formet problemstillingen i del I. Det betyr at vår forforståelse har hatt betydning for utforming av oppgaven. Likevel har bevissthet rundt dette vært tilstede gjennom arbeidet med oppgaven, og vi har forsøkt å holde et åpent sinn gjennom hele prosessen.

5.6.2.1 Intern validitet

Intern validitet handler om i hvilken grad funnene virkelig kartlegger det fenomenet som skal utforskes (Fangen, 2004). Det mest utfordrende i denne sammenheng har vært at det ikke er et synlig og bevisst arbeid med samfunnssikkerhet i kommunen, utover det som omhandler beredskapsarbeid. Det har bidratt til at man må kartlegge arbeidspraksis som kan knyttes til samfunnssikkerhet, uten at dette er begrep som de ansatte selv bruker om den praksisen eller aktiviteten som studeres eller beskrives - hvilke arbeidspraksiser som kan relateres til samfunnssikkerhetsarbeid har ikke vært enkelt å avgjøre på forhånd. For å få en helhetsforståelse i kommunen måtte vi gå bredt ut, og det har derfor vært vanskelig å få med alle detaljer og fortellinger. Det betyr også at det i en slik eksplorativ studie er vanskelig å nå et metningspunkt i forhold til hvor mye data som er nødvendig. Selv om vi ikke vil hevde at denne metningen er nådd, mener vi å ha avdekket sentrale tendenser i kommunens arbeid med samfunnssikkerhet.

Vi mener at bruken av flere typer datakilder bidrar til å sikre reliabilitet og validitet i den

forstand at de kan komplimentere hverandre i å skape et mer helhetlig bilde. Det meste av datainnsamlingen er gjennomført med begge forskerne tilstede, både i intervju- og observasjonssituasjoner. Dette anser vi som en styrke med tanke på å unngå feiloppfatninger i det som observeres og tolkes i etterkant. Samtidig har vi notert hver for oss underveis, der man i noen tilfeller har vektlagt ting ulikt. Dette bidrar til å sikre at viktige og relevante observasjoner blir gjort og at man dekker en større helhet.

Metodene som er valgt for å kunne svare på problemstillingene mener vi er formålstjenlige fordi de i kombinasjon gir mulighet for å få frem detaljer, kontekst og samspill. Likevel ser vi at det krever erfaring å bruke disse teknikkene, spesielt når de brukes i kombinasjon. Dette er både fordi det er en tidkrevende prosess, samtidig som det krever en evne til å løpende analysere og vurdere det som ses og høres. Dette er forsøkt gjennom hele prosessen og vi mener derfor at vi har fanget essensen av det som rører seg i kommunen, selv om de detaljerte beskrivelsene til en viss grad mangler.

Fordelen med bruk av deltagende observasjon er at vi kan tilegne oss kunnskap gjennom førstehånds erfaring. Faren er at vi kan tolke observasjoner uten å ha forstått den fulle konteksten. Her har vi forsøkt å få frem essensen i de observasjonene vi har foretatt og kontinuerlig sammenlignet tolkningene opp mot tidligere observasjoner.

Når det gjelder ustrukturerte og semistrukturerte intervju har vi til en viss grad fått beskrivelser av arbeidspraksis, men også gjenfortellinger av situasjoner og praksiser. Det betyr at en del av informasjonen som er gitt er fortolket av den som forteller, og blir i så måte en andrehåndskilde. Dette er en svakhet i oppgaven, som kan begrunnes i vår manglende tilgang til arbeidspraksis i kommunen. Arbeidspraksis har derfor blitt gjenfortalt med ord, og selv om det har blitt spurt etter beskrivelser av praksis har det i mange tilfeller vært vanskelig å forstå detaljene og konteksten i sin helhet. Samtidig kan vår rolle som studenter på samfunnssikkerhet og deltakere i ROS-prosjektet tenkes å ha lagt preg på hvilken retning noen av samtalene har tatt i de ustrukturerte intervjuene i forstudie. Mange av informantene viste til gjennomførte ROS-analyser eller var raske med å fortelle at ROS-analyser ikke fantes i enheten. Selv om vår rolle kan ha påvirket, mener vi likevel at det viser at *oppfatningen* om av hva samfunnssikkerhet i kommunen er i stor grad dreier seg om beredskap og beredskapstiltak, i noen tilfeller ROS-analyser og håndtering av ulike hendelser.

Meningstransskribering kan være med på å svekke validiteten i den forstand at man tolker det som blir sagt på en uriktig måte. Dette er forsøkt unngått ved å stille oppfølgingsspørsmål i

intervjuene der vi får bekreftet eller avkreftet den måten vi tolker svaret på, for eksempel «forstår jeg det da riktig at...?». I noen få tilfeller har det også vært en korrespondanse via e-mail der informanter i etterkant av intervjuet har kommet med kommentarer på det de fortalte under intervjuet. Disse har da blitt besvart med vår oppfatning av det som ble sagt – og i samtlige tilfeller har vi fått bekreftet at oppfatningen var riktig. Det er kjent for alle informanter i oppgaven hvilket studie vi kommer fra, og for de fleste at vi også har vært involvert i ros-prosessen i kommunen. Dette har, slik vi opplever det, tidvis påvirket svar og informasjon som er gitt. Det dreier seg i hovedsak om forhold der vi får beskrevet hvordan ting bør/skal være, og ikke slik det faktisk er. For å oppklare har vi da stilt spørsmål som «...men er det slik? Fungerer det?» og har etter vårt skjønn fått ærlige svar. Denne kontinuerlige søken etter en «usminket» versjon med stadige oppfølgings- og oppklarings spørsmål mener vi er med på å styrke validiteten i funnene.

5.6.2.2 Ekstern validitet

Ekstern validitet gjelder i hvilken grad funnene kan generaliseres til andre sammenhenger som ligner den som studien er foretatt innenfor (Fangen, 2004). Her støtter vi oss til Flyvbjergs (2004) syn på at casestudie kan brukes til å generalisere i den forstand at vi mener kommunen kan være representativ for lignende utfordringer i andre kommuner. De konkrete beskrivelsene av arbeidspraksis vil variere fra kommune til kommune, men hovedtrekkene og utfordringene kan i mange tilfeller tenkes å være gjennomgående for mange kommuner.

Her er det likevel viktig å poengtere at våre funn konkrete funn avspeiler casens kommune og at det for andre kommuner vil være nødvendig å se på egne strukturer og gjøre tilpasninger som passer til egne strukturer og særtrekk.

5.6.3 Etske hensyn og vurderinger

Churchill (1999, i Ghauri og Grønhaug, 2010) presenterer noen etiske problemstillinger man må ta hensyn til som forsker: deltakernes anonymitet, stress som deltakerne kan oppleve i og på grunn av intervjusituasjonen, bruk av båndopptaker og involvering av deltagere uten samtykke. Dette er problemstillinger vi har hatt i tankene gjennom hele prosessen.

Vi har vært åpne og ærlige om hensikten med datainnsamlingen gjennom hele prosessen, som har vært å forstå arbeidspraksiser, rutiner, samarbeid, interaksjoner etc. Det er ikke sagt direkte at dette skal knyttes opp mot vår forståelse av samfunnssikkerhet da vi tror dette kunne ha påvirket en del svar. Likevel var alle som nevnt kjent med hvilket studie vi kom ifra og hva rolle vi hadde i kommunen som prosjektdeltakere.

Kommunen er anonymisert og alle deltakerne er informert om at de vil bli anonymisert i den grad det lar seg gjøre. Ingen av informantene er navngitt og det er bare et fåtall som har kjennskap til hvilke personer som er intervjuet. Samtidig vil det være en mulighet for at de som har god kjennskap til organisasjonen vil kunne identifisere noen informanter ut i fra stillingsbeskrivelse.

Det ble som nevnt gitt en kort introduksjon om formålet per mail og den ble gjengitt før oppstarten av hvert intervju. I tillegg ble det før hvert intervju bedt om tillatelse om å bruke lydopptak og ingen av respondentene hadde innvendinger mot dette. I forhold til krav om å bli korrekt gjengitt er dette allerede utdypet i forhold til transkribering.

At alle intervju er foretatt på informantens egen arbeidsplass mener vi kan bidra til å gjøre intervjusituasjonen mindre formell og skremmende. I tillegg blir det enda tydeligere at de svarer i form av sin posisjon og funksjon i organisasjonen der de er "ekspertene" på det vi spør etter. Det mener vi har gjort mange komfortable i intervjusituasjonen. Vi har også tilstrebet å bruke et enkelt språk og uttrykk som er kjent for informanten, og unngått å bruke fagterminologi. Dette er både for å unngå misforståelser og for at informantene ikke skal bli usikre i intervjusituasjonen.

I forhold til deltagende observasjon sier Fangen (2004) at det i mange tilfeller kan være vanskelig å sikre hensynet til såkalt informert samtykke ovenfor alle man møter underveis i prosessen. Selv om mange mener at man som en hovedregel bør informere alle man studerer om dette. Ifølge Punch (1998) vil informert samtykke ikke egne seg i forhold til deltagende observasjon fordi mange situasjoner vil hemmes dersom forskeren bryter inn i det naturlige samspillet for å informere. I vårt tilfelle i kommunen foreligger det ikke et informert samtykke for alle observasjoner som er gjort. Her mener vi likevel at vi har beholdt forskningsetiske hensyn fordi alle vi har vært i kontakt med og observert har vært klar over vår rolle i kommunen. Samtidig har vi vært nøye med anonymisering av kommunen og informanter. I tillegg har ikke observasjonene våre fått større plass i oppgaven enn at vi mener slike hensyn ivaretas og fordi de fremstilles i kombinasjon med annen data.

6.0 Empiri

I dette kapittelet vil vi presentere funn fra intervju, dokumenter og deltagende observasjon. Hovedtyngden av funnene stammer fra intervju av representanter fra helse- og omsorgssektoren. Resultatene deles inn etter de ulike temaene som både teori og intervjuguiden bygger på. Et helt tydelige skille mellom de ulike temaene er likevel ikke mulig da en del områder berører flere tema. Kapittelet må derfor ses på i sin helhet. Funnene som presenteres vil bli drøftet sammen med funn fra forstudie i kap. 7. Funn fra oppgavens del II skal sammen med innspill fra teorien bidra til å besvare problemstillingen; *Hvordan kan systemteori skape økt fokus på det forebyggende samfunnssikkerhetsarbeidet i en middels stor norsk kommune?*

Informantene omtales etter nummer for å overholde anonymiseringen. Hvilket nivå de ulike kommer fra presenteres derimot tydelig i funnene der vi deler inn i tre ulike nivå: ledernivå, mellomledernivå og utøvende nivå (Se tabell 1 for informantoversikt). Tjenestemottakerne beskrives som bruker(e), beboer(e) eller pasient(er). Dette varierer ut ifra hvilken enhet informanten tilhører. I fremstillingen brukes det samme betegnelse som informantene selv bruker. Det er et stort spenn av brukere og tjeneste innenfor helse- og omsorgssektoren (heretter HO).

Under presenteres de ulike nivåene, hvilke arbeidsoppgaver og ansvarsområder informantene på de ulike nivåene har. Beskrivelse for den enkelte gis ikke på grunn av hensyn til anonymisering.

Ledernivå: På dette nivået sitter kommunalsjef som har det overordnede ansvaret for sektoren. På dette nivået har vi også plassert rådgivere i kommunalsjefens stab. Disse jobber på systemnivå med nye rutiner, overordnede planer og oppfølging av enhetene, blant annet gjennom veiledning i forhold til faglige spørsmål, tilsynssaker, klagesaker og HMS- og ROS-arbeid samt gjennomføring av internkontroller.

Mellomledernivå: Alle informantene på dette nivået har relativt lang erfaring som ledere, og de fleste har denne erfaringen fra den aktuelle kommunen. Fem år er korteste varighet som mellomleder i denne kommunen (1 leder, denne har ledererfaring fra en annen kommune fra tidligere). Hvor mange ansatte lederne har ansvar for varierer fra ca. 40 - 100. Det har blitt angitt ca. tall på grunn av mange helge- og ferievikarer. Kommunalsjef er nærmeste

overordnet. Mellomlederne sitter på ansvaret for økonomi på enheten/i sonen og skal forvalte ressurser i forhold til å gi forsvarlig helsehjelp, korrekte tjenester i forhold til behov og i forhold til lovverk. I tillegg har de ansvar for personal, saksbehandling og vedtak samt det overordnede faglige ansvaret. Personalansvaret innebærer blant annet medarbeidersamtaler og oppfølging i forhold til sykemeldinger. De fleste mellomlederne har faglige koordinatorene som tar mye av de faglige problemstillingene samt en del avvikshåndtering i forhold til legemidler. Brukerne som de har ansvar for varierer fra hjemmeboende som mottar helsetjenester til heldøgns beboere i institusjon. Det inkluderer folk i ulike aldre og med ulike behov, alt fra avlastningsboliger for barn og unge til eldre som enten har serviceleilighet i enhet eller som bor på institusjon.

Utøvende nivå: På dette nivået er det ansatte som har direkte kontakt med brukerne i den daglige driften. Det er sykepleiere, hjelpepleiere og vernepleiere (også omtalt som miljøterapeuter). Flere av informantene på dette nivået har enten faglig ansvar i enheten eller ansvar innenfor et område, eksempelvis ansvar for arbeidslister eller legemidler.

6.1 Helse- og omsorgssektoren

Her fikk informantene spørsmål om å si noe generelt om sektoren. Målet var å få frem karakteristikk og trekk som kunne gi en dypere forståelse av sektoren.

Ledernivå

Her sier informant 1 at praksisen stort sett er grei og begrunner det med erfarne ledere utover i sektoren. Det betyr at de daglige oppgaver ut mot brukerne fungerer og når det oppstår hendelser *“ser vi at mye håndteres på bakgrunn av erfaring”*. Her mener informant 3 at sektoren kunne vært bedre på det systematiske overordna arbeidet, og sier videre at man ikke har gode nok planer. Informanten skulle ønske dette var et større fokus i sektoren, fordi en per i dag har en del å gå på når det gjelder retningslinjer, rutiner og planer. Når informanten bes utdype dette sier vedkommende at det gjelder innenfor alt arbeidet i sektoren. Det poengteres at man har veldig flinke fagfolk, men at man på det overordnede systematiske arbeidet har noe å gå på.

Mellomledernivå

Informant 5 beskriver HO som et voksende tjenestoområde som er sterkt utsatt for press i forhold til mange ting. Informanter utdype og sier at de eksterne omgivelsene har forandret seg mye de siste 5-10 årene. Det går spesielt på myndighetskrav, rettighetsfesting og økonomi. I dag har man et strammere budsjett og en mindre økonomi til å stadig møte en

større etterspørsel av HO tjenester. Informanten forteller at det ikke bare er et voksende antall eldre, men at også aldersgruppa 50-70 år etterspør stadig mer i forhold til både hjemmesykepleie, praktisk bistand og i forhold til rus og psykiatri. Informant 12 forklarer i denne sammenheng at samhandlingsreformen gjør at det stilles større krav til kommunen om å ta imot flere krevende brukere med psykiatrisk bakgrunn. Videre sier informant 5 at det er en utfordring at man er en politisk styrt organisasjon som skal realisere politikk. Det er en utfordring fordi politikerne vil mye, men at man har begrensede ressurser og derfor kommer i en skvis. I tillegg opplever man store krav til omstilling hele tiden, der man skal endre måten å jobbe på og tenke på i forhold til å klare å være mest mulig effektive. Informant 5 forteller også at det har vært en raus tildelingspolitikk i kommunen, at man har bygd opp mye kompetanse og at siden mye har vært bra så er forventningene blant innbyggerne store. Informant 4 sier også at innbyggerne har det trygt og godt og at de får tjenester av høy kvalitet.

Informant 11 sier at kommunen er organisert på en slik måte at hver enhet lever sitt eget liv, og at selv om det er noen retninger så er det veldig personavhengig hva man gjør. Utfallet av dette er ifølge informanten at det ikke er så tett oppfølging og at man ikke er så synlig for hverandre. Ifølge informant 14 har man ikke en logisk oppbygning for at ting skal kunne fungere i hverdagen. Begrunnelsen for dette er at arbeidsoppgavene ikke harmonerer med de ressursene man har tilgjengelig som mellomleder i form av økonomi og personell, spesielt personell med tilstrekkelig faglig kompetanse.

Informant 8 sier at det som har vært en utfordring i HO er at det i de senere årene har vært mye utskifting av ledere i sentrale posisjoner som rådmann og kommunalsjefer. Dette har bidratt til at det stadig kommer nye endringer som man skal forholde seg til. Informantene sier at det har vært spesielt mye de siste årene der ting skal gjøres annerledes, ting skal endres på og man skal spare penger. Denne "støyen" sier informanten er med på å gjøre de ansatte usikre. Informanten sier *"Det er aldri fred og få. Det er slitsomt fordi vi hele tiden må omstille oss og tilpasse oss"*. På spørsmål om hvordan de tilpasser seg svarer informant 8, *«ja hvordan vi tilpasser oss, det kan du gjerne spørre om.»*. Informant 8 sier også at en utfordring innenfor sin sone er at det er mye utskifting i personal fordi det er mange småstillinger som folk søker seg vekk i fra og dermed et stort gjennomtrekk av personal.

Utøvende nivå

På dette nivået er det flere informanter som refererer til omorganiseringen som ble gjennomført i kommunen for nesten to år siden. Sonene ble da store og det ble mange ansatte og brukere å forholde seg til.

Informant 7 sier at ting fungerer “greit” i enheten og at de som trenger hjelp får hjelp. Likevel sier informanten at omorganiseringen ikke har fungert optimalt og at det er mindre oversikt i forhold til brukere og ansatte nå enn det var før. Informantens enhet er nå er i gang med å spisse seg inn på ulike ansvarsområder for å løse utfordringene. Informant 6 forteller også at de nå jobber svært systematisk for å få mer kontinuitet i tjenestene. Informanten forteller videre at det ikke er mange utfordringer på arbeidsplassen, men sier at man enkelte ganger kunne ønske at ansatte tok mer ansvar. Det gis eksempel på manglende kunnskap som ikke lett oppdages fordi man har en forventning om at denne kunnskapen er på plass, *“det er de basalkunnskapene som folk ikke kan, som de føler de burde kunne og ikke tør å si ifra om dette”*. På spørsmål om hvordan man fanger det opp svarer informanten at *“det er jo det vi ikke klarer å fange opp...her sliter man med tilbakemeldinger”* og beskriver videre at slike ting blir oppdaget ved for eksempel internundervisning der man gjennomgår prosedyrer. Da kommer det frem via utsagn at ansatte ikke alltid har riktig kunnskap om det som ligger i prosedyrer og teknikker.

Informant 15 sier at det i sektoren stort sett fungerer greit, men sier også at det kan merkes at vedkommendes sone er mindre prioritert når det skal deles ut midler. Eksempel som gis er at det er dårlig standard på boligene til brukerne. Informanten påpeker likevel at brukerne blir prioritert på den måten at de ansatte som jobber i sonen, inkludert soneleder, brenner for brukerne sine.

Ifølge informant 16 fungerer sektoren godt. Vedkommende forteller at det er stor organisasjon, men at de får opplysninger og informasjon fra leder om det som skjer i kommunen som er relevant for arbeidshverdagen. Her gis eksempel som økonomiske “kutt” som får betydning for turnus. Informant 16 sier at dersom det er informasjon som må “oppover” i systemet så går dette via faglig ansvarlig og/eller soneleder som tar dette videre.

6.2 Strukturen

Det er interessant å belyse strukturen i sektoren. Det er denne strukturen som skal ivareta og

omsette de gode tjenestene ute i organisasjonen. Hvordan fungerer eksisterende struktur og hvilke fordeler og ulemper kan det være når sektoren skal takle utfordringer daglig og under ekstraordinære påkjenninger? Dette kan også danne grunnlag for å se på hvordan samspillet og kanalene fungerer mellom de ulike nivå i organisasjonen. Strukturen danner et viktig grunnlag i systemteorien og vår analysemodell når det gjelder å sikre styringen i kommunen.

Ledernivå

Samtlige av informantene beskriver strukturen i kommunen og sektoren som *flat*. Informant 2 sier at dette er en fordel i beredskapssammenheng fordi man har kort vei mellom linjene.

Samtidig poengteres det at det med denne strukturen ligger mye ansvar på mellomlederne som har ansvar for de ulike enhetene og sonene. Videre sier informant 2 at det gjerne burde vært en lederfunksjon mellom øverste leder i sektoren og mellomlederne, «*denne ville kunne koordinere alt, i stedet for at tre mellomledere fra hver sin enhet måtte bli enige*».

Informant 3 kommenterer at det er en liten administrasjon sammenlignet med andre kommuner i samme KOSTRA-gruppe. Informanten tror at dette kan være en av grunnene til at det er vanskelig å få et overordnet system på plass og utdyper; «*strukturen påvirker på den måten at (mellom)lederne føler de får bruke sin stilling til lite ledelse, det meste av tiden brukes til administrasjon*». Informanten forklarer videre at det er vanskelig å få frigjort ressurser til å lage planer og fokusere på kvalitet. Dette går på bekostning av mer brukerrettet arbeid. Informant 3 påpeker også at man uten et ekstra ledernivå mellom øverste leder i sektoren og mellomlederne står i fare for at utformingen av samme typer tjenester blir ulike mellom enhetene. Her kan utformingen av vedtak og levering av tjenester være preget av om enhetene samarbeider godt eller ikke.

Mellomledernivå

På dette nivået omtales også strukturen som flat med få lederledd. Samtlige mellomledere gir uttrykk for at mellomleder funksjonen skal ivareta svært mange arbeidsoppgaver og har et stort ansvarsområde. Det krever ifølge informant 4 mye å være oppdatert på alt som skjer og informanten påpeker fordelene ved å ha en faglig koordinator å dele noen av arbeidsoppgavene med. Informanten forklarer videre at det ut mot egne ansatte kan være vanskelig med oppfølging på grunn av turnusarbeid og døgndrift. Her er det mange som jobber på andre tider i døgnet enn informant 4 selv gjør. Det betyr at man som leder må basere seg på andre ansatte

sin oppfatning av situasjoner og status i enheten og sier videre at *“som regel hører man det jo hvis det er noe. Hvis ikke må man anta at det er greit”*.

Informant 10 opplever at “sonen er for stor” til å sikre ivaretagelse av brukere og personaloppfølging. Informanten foreslår en oppdeling av brukere til en mer håndterbar størrelse siden vedkommendes brukergruppe er svært varierende i alder og behov. Dagens struktur gjør ifølge informant 10 at det er veldig mye å administrere og det blir *“en annen ting enn å være leder”* og påpeker videre at det er en utfordring at man er så geografisk spredt i enheten. Her ligger det et press på informanten for å lage arenaer for å treffe de ansatte og bli oppdatert. Informant 11 forteller også om en flat struktur der hver mellomleder har mye delegert ansvar som gjør at de kan forme sin egen enhet. Man *“gjør som man vil”* på noen områder, hvilket ifølge informanten fører til at enhetene kan være veldig forskjellige i forhold til strategi. Her utdypes at noen liker strategi og jobber veldig mye med planer og utvikling, mens andre kun tenker drift og er på det operasjonelle nivået. Informanten peker på at kommunen er organisert slik at hver enhet lever sitt liv; *“Noen retninger er det, men det er veldig personlig hva du gjør, det er ikke den tette oppfølgingen og man er ikke så synlige for hverandre”*. Dette kan ifølge informant 11 påvirke kvaliteten på de tjenester man leverer i sektoren. Fremfor å *“dra lasset sammen”* drifter man i ulike retninger. Informant 5 sier også at strukturen ikke er optimal i forhold til å få ut den effekten man trenger i organisasjonen, *“man er veldig oppdelt i resultatenheter og da blir man ikke så fokusert på det overordnede målet, men jobber litt mer stykkevis og delt”*. I tillegg sier informanten at så lenge man som leder sitter med alle vedtakene så er det ikke lett å sikre at man får gode nok tilbakemeldinger på at alle vedtakene er gode nok. Det poengteres dog at man alltid har arbeidsplaner som skal samsvare med vedtaket.

Informant 8 sier at kommunalsjef skal være en støtte, men sier videre at *“vi har lært oss veldig å fungere selvstendig på egenhånd de siste årene”*. Informanten understreker at det ikke har vært så mye kontakt med dagens kommunalsjef og at ting muligens kan bli bedre fremover.

Flere mellomledere påpeker også fordelene med den flate strukturen. Informant 4 sier blant annet at det på grunn av den flate strukturen er veldig lett å ta kontakt med andre ledere og overordnet ledelse fordi det er så korte linjer. Informant 5 sier også at det er fordeler fordi man har en *“enorm”* fleksibilitet og innflytelse på hvordan man vil forme egen enhet.

Samtidig uttrykker informanten at dette gjør at man står i fare for å ikke se de overordnede målene.

Utøvende nivå

På dette nivået er det ikke en like stor bevissthet om utfordringene med den flate strukturen som omtales på leder- og mellomledernivå. Strukturen her anses ikke som problematisk og samtlige av informantene synes det fungerer greit fordi kontakten med egen leder er god. Det blir likevel kommentert fra noen av informantene innenfor et tjenesteområde at man etter en omorganisering for et par år siden ble veldig store enheter. Dette skapte en del utfordringer fordi 4 enheter ble slått sammen til to. Da var det mange nye brukere og mange nye ansatte som skulle begynne å jobbe sammen. Disse utfordringene ble løst på enhetsnivå ved at man dannet ressursgrupper (grupper som ble spesialisert innenfor ulike områder som eksempelvis ernæring, kreft/palliasjon, rus/psykiatri. Til sammen 7 områder). Brukerne blir videre inndelt etter disse områdene og arbeidslistene tilpasses etter disse for å sikre at kompetansen innenfor de ulike områdene ivaretas, samtidig som det skaper en forutsigbarhet og kontinuitet i tjenestene. Ifølge informant 6 har disse tiltakene etter bare noen måneder hatt god effekt, og viser til at pasienter har gått opp i vekt og at man har hatt mindre re-innleggelses på sykehus i denne perioden. I tillegg har både ansatte og brukere gitt tilbakemeldinger på at de er mer tilfreds.

På spørsmål om det er utfordringer med strukturen i sektoren svarer informant 9 at det som merkes er når det blir lederbytte, på alle nivå i. Informanten sier at det påvirker i den forstand at det lager uro i personalet, fordi folk blir usikre på hvordan en ny leder «vil ha det». Informanten sier likevel at det ikke påvirker rammene for de tjenestene man leverer.

6.3 Gode tjenester

Formålet er her å forstå hva man på de ulike nivåene i sektoren legger i begrepet *gode tjenester* fordi dette danner utgangspunkt for både kontrollstruktur og krav som settes. De gode tjenestene definerer hva som er *målet* med tjenesten. Fra et systemteoretisk perspektiv danner dette målet videre utgangspunkt for hvilke krav og begrensninger (safety constraints) som må til for å nå målet. Etterfølgende kreves en kontrollstruktur som sikrer implementering av disse krav og begrensninger (constraints). De gode tjenestene blir i denne sammenheng «sluttproduktet» som er resultat av alle beslutninger og handlinger som gjøres på alle nivå.

Ledernivå

På dette nivået beskrives en god tjeneste som en prosess der brukeren har vært involvert i kartlegging og der man gjennom dialog kommer frem til riktig tjeneste. En leder poengterer «*Man skal aldri være i tvil om brukerens ønske og behov, via deres egen fremstilling. Så skal vi etterpå, via fagkunnskap og økonomi gå i dialog med bruker og få det til innenfor de rammene man setter og de mulighetene man har*». Samtidig påpekes det at den gode tjenesten er avhengig av faglig kompetanse blant de ansatte. En leder sier også at gode tjenester kjennetegnes ved at man håndterer ulike situasjoner på en god måte for både brukere og ansatte. Lederen sier videre at det innebærer at man sikrer videre drift, at man ved hendelser klarer å opprettholde eller gjenoppta driften veldig raskt. På spørsmål om hva som kjennetegner en god tjeneste forklarer informant 2 at det har vært en omorganisering for noen år tilbake som har gitt renere soner i forhold til fordeling og ansvar, og mener dette er med på å øke kvaliteten i tjenesten fordi man blir spesialister innenfor hvert fagfelt.

Mellomledernivå

På spørsmål om hva en god tjeneste er svarer samtlige mellomledere at det handler om å gi nødvendig helsehjelp og at hjelpen skal være tilpasset individuelle behov. Flere mellomledere påpeker også at det i stor grad handler om å gjøre pasienter og brukere selvstendige ved at man legger til rette for mest mulig egenomsorg. Informant 4 beskriver det slik; *«En god tjeneste er at man ser individuelle behov og klarer å stille spørsmålet om hva som er viktig for brukeren og pårørende»*. Denne mellomlederen mener at man ved å bruke mer tid på å kartlegge hva som er nødvendig helsehjelp for den enkelte ville spart mye tid og uttrykker at *«man har lagt seg en forestilling om hva som er nødvendig helsehjelp og hva det innebærer uten at det nødvendigvis er i tråd med det som er viktigst for brukeren»*. Informant 11 har fokus på at brukeren skal klare seg mest mulig selv og påpeker *«det handler mye om å skape tillit – der er like viktig som selve tjenesten, det å ha tillit til tjenesteapparatet»*. Med god kommunikasjon og tillit mener informant 11 at man kan komme frem til et felles mål som er godt for den enkelte bruker.

På spørsmål om hva som påvirker kvaliteten i tjenestene svarer flere av mellomlederne at kompetanse blant de ansatte er med på å kjennetegne en god tjeneste. Informant 11 påpeker at det ikke bare gjelder den formelle kompetansen, men at personlig egnethet er viktig; *«Må være god med mennesker. Er man ikke det så påvirker det tjenesten»*. Informant 14 legger stor vekt på høy faglig kvalitet og erfaring, og sier også at man må levere ærlige tjenester - at man ikke skaper forventninger om tjenester som man ikke kan oppfylle, *“For å få dette til er man avhengig av kompetent, faglært personell som bidrar og tar ansvar. Samtidig må man ha rammevilkår for å få disse tingene til”*. Informant 5 sier at gode tjenester må være faglig forsvarlige og funderte, men at de ikke må være overdimensjonerte da dette kan bety at man ikke klarer å prioritere riktig. Videre uttrykker informant 5 at man sikrer god kvalitet i tjenestene ved *“ansatte som vet hva de skal gjøre, som kan samarbeide, som er lydhøre og som har tillit til lederen. Samtidig må de kunne se sitt ansvar og sine begrensninger og de skal vite når de skal kontakte leder”*. Informant 14 sier også at arbeidspress og forventninger, til både leder og ansatte, er med på å påvirke kvaliteten i tjenestene.

Utøvende nivå

På dette nivået beskrives en god tjeneste som en individuelt tilpasset tjeneste. Informant 13 sier at en god tjeneste må være tilpasset interesse og funksjonsnivå til brukeren og sier at dette handler om å bli godt kjent med brukeren, bruke god tid og bygge tillit. Informant 7 sier at en

god tjeneste er der hvor pasienten sitter igjen med et inntrykk av å bli sett og hørt og der man som pasient kan føle seg verdsatt. Ifølge informant 6 er det veldig individuelt hva en god tjeneste er, men at det handler om at man må få den medisinske oppfølgingen man trenger for å være trygge og klare seg. Informant 16 sier at *“det som kjennetegner en god tjeneste er at jeg kan yte det som brukeren har behov for”*.

Flere av informantene sier at det som er med på å påvirke kvaliteten i tjenestene er at man har faste rutiner, retningslinjer og gode tjenestebeskrivelser. I tillegg nevnes tidspress som en faktor som gjør at kvaliteten blir dårligere fordi man har det så travelt. Informant 7 sier også at *“man har jo litt internundervisning, da får man opp kunnskapen og det øker jo kvaliteten”*. Informant 6 sier også at man er avhengig av at alle ansatte følger det som står i tjenestebeskrivelsene og påpeker viktigheten av at alle jobber i samme retning og forholder seg til det som står i vedtaket.

6.4 Grenser og krav

Her er formålet å avdekke hvor det er tydelige eller mindre tydelige grenser og krav i sektoren. Disse kan si noe om eventuelle sikkerhetsbegrensninger og danne bakgrunn for å diskutere hvordan disse er implementert i sektoren. Her inngår også ansvarsfordeling og forståelse av denne.

Ledernivå

På ledernivå hevder samtlige informanter at det er tydelige grenser for hvilke ansvar og arbeidsoppgaver de har. De som har en rådgiverfunksjon sier at der grensene ikke er tydelige er dette nødvendig, fordi de skal kunne brukes i ulike sammenhenger som ikke nødvendigvis kan spesifiseres på forhånd. Eksempler for dette er hendelser med vold og trusler der alvorlighetsgraden bestemmer hvor involvert man blir. Informant 2 sier at staben er systematisert og inndelt etter ansvarsområde, og gir eksempel med at en rådgiver har ansvar for å bistå i forhold til ROS-analyser, mens en annen har fagansvar og skal veilede i faglige spørsmål og utfordringer, for eksempel i tilsynssaker.

Informant 2 forklarer at det finnes rutiner for det meste og sier at de gjerne tror at de har informert skikkelig om rutinen ved å sende ut en orienterende mail, men mener at de i noen tilfeller ikke sikrer seg tilbakemelding på mottatt informasjon. Her forklarer informant 2 at det har vært hendelser der gjeldende rutiner ikke har blitt fulgt. Rutinene som forelå kunne ha

hindret hendelsen, men det har vist seg i etterkant at man ikke var oppdatert på rutinene utover i organisasjonen. Informant 2 understreker dette og sier at *«de største utfordringene er implementering og vedlikehold av rutiner ut i organisasjonen»*.

Informant 3 mener det er nok fokus på ting som fungerer godt og at man generelt sett leverer tjenester godt over *“minste minimum”* og forklarer videre at *“man har så tillit til det gode arbeidet og det er så mange flinke folk, at man har en faglig ballast”*. Likevel er det saker der berørte vil vite hvilke rutiner som finnes og når man ikke har det eller det man har ikke er godt nok, så ville det *“kjennes bedre”* dersom basis av skriftlige rutiner var bedre. Informant 3 konkluderer at det er for få rutiner og at det er opp til den enkelte enhet å ha sine rutiner på plass. Informanten stiller her et retorisk spørsmål om hvem som kontrollerer dette på overordnet nivå og utdyper at man ikke har hatt interne revisjoner og dermed ikke får belyst hva som er minimum i forhold til tjeneste og rutiner ute i enhetene. Hvis man fokuserer på alt det gode som blir gjort og som ligger godt over minimum, vil det være noen hull mellom dette og det minste minimum som ikke blir så synlig i det daglige. Her ville et større antall skriftlige rutiner ifølge informant 3 kunne tette noen av hullene i det gapet som oppstår.

Mellomleder

Utover det som ligger i lovverket og de økonomiske rammene har man som enhetsleder mye fleksibilitet og kan selv forme enhetene i stor grad. Det finnes overordnet planverk, retningslinjer og rutiner som legger føringer, men ifølge flere mellomledere er det for få retningslinjer. Utfordringen med dette er at man ikke klarer å skape like tjenester i kommunen som helhet og at det ofte blir en *“kamp”* om ressursene - noe som av og til kan påvirke hvordan man samarbeider. Informant 14 forklarer det som *“jeg kjenner min tue, den sitter jeg på, jeg vil ikke høre om din tue, jeg ser bare min pasient...”*.

På spørsmål om hvilke krav som stilles fra overordnet nivå sier informant 4 at man ikke blir detaljstyrt fra sektorledelsen, men at det gis oppgaver og tilhørende tidsfrister. Kontakten med sektorleder er ikke hyppig nok til å kunne forvente veiledning i forhold til detaljer i hverdagen. Informant 5 sier også at man har for få retningslinjer å forholde seg til og samtidig for få treffpunkter med ledelsen og andre mellomledere. Dette bidrar til at man skaper litt for mye fra bunnen og opp selv. I tillegg sier informant 5 at *“Det er gjerne mye planer og retningslinjer som kommer ovenfra, men man har jo aldri tid til å diskutere disse, hvordan man skal bruke de nedover i systemet og prioritere de”*. Dersom man implementerer nye tiltak

i forhold til det som kommer fra ledelsen er det, ifølge informant 5, ingen forum for å gi tilbakemeldinger på disse utover ledermøte med 20 ledere der det ikke finnes tid til det.

Informant 4 sier også at det stilles større og større krav til at ansatte har fagutdanning. Samtidig er det ikke i praksis like lett å oppfylle kravet fordi man opplever at det i flere tilfeller ikke er kvalifiserte søkere til utlyste stillinger. Mellomlederen opplever derfor at det er vanskelig å ivareta sin rolle med å sikre at de ansatte får nødvendig opplæring og instruksjon for å kunne utføre en god jobb. Informant 5 forteller på sin side at kompetanse har vært et vellykket satsningsområde i sektoren og at det per i dag er 50% av de ansatte som har høyere utdanning (sykepleiere) innenfor vedkommendes tjenesteområde.

Informant 14 sier at det er ganske klare grenser for hva som er sitt ansvarsområde. Samtidig sier informanten at det er noen oppgaver som havner i “ingenmannsland” der man har arbeidsoppgaver som blir liggende og der man stikker hodet i sanden og håper at ting ikke skjer. Grunnen til dette er at det ikke er klare rolleavklaringer i forhold til arbeidsoppgaver der flere sektorer er involvert. Informanten sier at grunnen til dette er at man ikke setter seg ned sammen og prøver å løse disse oppgaven. Eksempel på slike oppgaver er reparasjon og kontroll av sykehussenger. Medisinsk teknisk utstyr skal etter loven ha internkontroll og tilsyn. Slike oppgaver krever sertifisering, men ingen er satt til å oppfylle funksjonen og ansvaret ifølge informanten. Selv om de mangelfulle forholdene er påpekt mange ganger, blant annet via meldinger i QM+, er det ifølge mellomlederen ikke skjedd noe i forhold til dette; *“nå må vi bare håpe på at ingenting skjer”*. Informant 5 sier også at det ofte er vanskelig å si noe om hvor grensene for sitt ansvarsområde går fordi det blir ulikt i hvert enkelt tilfelle der man må bruke skjønn for å vurdere hvordan utfordringer skal håndteres.

Når det gjelder grenser og krav innad i de ulike enhetene er det ifølge mellomlederne tydelige rutiner og ansvarsområder. Som informant 5 forteller *“Det er en veldig klar rollefordeling innad i enheten. Veldig klare på hvilke funksjoner og ansvarsområder og tilleggsoppgaver de ulike ansatte har...Som ledere har jeg brukt mye tid på å se an styrkene og svakhetene hos de enkelte ansatte for å plassere de på riktige områder”*. Informant 4 sier også at det er tydelige rutiner og ansvar for sine ansatte, men sier at det mest utfordrende er ansatte som ikke vil eller ikke klarer å forholde seg til gjeldende regler og rutiner. Det er også en utfordring med ansatte

som ikke melder avvik eller sier ifra om kritikkverdige forhold; *«det er den største risikoen for sikkerheten»*.

Utøvende nivå

På utøvende nivå oppgir samtlige informanter at grensene for sine oppgaver og ansvarsområder er ganske tydelige. Alle informantene beskriver også sitt ansvarsområde ut ifra hvilken formell kompetanse de har, eksempelvis hva man som hjelpepleier ikke har lov til å gjøre fordi det ligger under sykepleiernes ansvar. Informant 16 sier blant annet at *“det ligger klare grenser for ansvar som følger den stillingen man har, hvilke kompetanse man har”*. Når det gjelder grenser ut mot andre sektorer eller faggrupper er det ifølge informantene på utøvende nivå en god oversikt over når og hvem man skal kontakte. Informant 6 sier at *“Hvis jeg kjenner at jeg ikke har kompetanse til noe eller ikke kan noe, da er det jo andre instanser som trør til. Men det er veldig klart hva som er mitt ansvarsområde”*.

6.5 Kontrollfunksjoner

Her er formålet å få innsikt hvordan kontrollstrukturen fungerer i sektoren. På hvilken bakgrunn gjøres det justeringer og tilpasninger i sektoren. Har man den oversikten man trenger for å gjøre de rette beslutningene? I den forbindelse er det interessant å se på hvilke verktøy som brukes i kontrollstrukturen, hvordan avvik håndteres, hvordan fungerer det med rutiner, hvordan er samarbeid og hvordan tilpasninger gjøres i sektoren.

Her er kvalitetssikringssystemet QM+ tilgjengelig for alle ansatte og brukes blant annet til avvik som går på systemnivå; HMS, rutiner, prosedyrer. I tillegg brukes QM+ til ROS-analyser, oppdaterte retningslinjer og lovverk, planer (eksempelvis evakueringsplaner). Avvik rapportert i QM+ kan hentes ut som statistikk og man vil blant annet få en oversikt over hvilke avvik som gjentar seg.

Brukerrelaterte avvik meldes i Cosdoc som er kommunens journalføringssystemet. Dette ivaretar taushetsbelagt- og personsensitiv informasjon. Når det meldes om avvik Cosdoc vil det i avviksskjemaet blant annet stilles spørsmål i forhold til rutiner; om det finnes

eksisterende rutiner og om det er behov for å endre rutinene.

6.5.1 Verktøy

Her er formålet å avdekke hvilke verktøy det brukes i sektoren for å gjøre tilpasninger til nye utfordringer og sikre kvaliteten i tjenestene?

Ledernivå

På spørsmål om hvordan man kan påvirke kvaliteten på tjenestene så forklarer informant 3 at det skulle vært mer systematisk arbeid med rutiner, retningslinjer og forankring fra øverste nivå i kommunen. Informant 3 sier at kvaliteten i tjenestene kan observeres gjennom avvik, avviksregistrering og oppfølging av avvik samt gjennom kommunikasjon. På spørsmål om hvilke verktøy man har for å måle kvalitet og få tilbakemeldinger sier informant 3 at man har brukerundersøkelser som gjennomføres, men at det ikke er et system for disse; «*det har vært sporadiske brukerundersøkelser man har hatt*». Informant 3 påpeker også at man burde hatt interne tilsyn da dette er verktøy som må tas i bruk for å kunne måle kvalitet og sikkerhet. Per i dag har det bare vært tilsyn på legemiddelhåndtering og ikke på andre områder.

Når det gjelder kvalitetsforbedringsarbeid sier informant 1 at man går gjennom et «hjul» med testing, utprøving og evaluering. Et eksempel er et prosjekt med *recovery*-orienterte tjenester som skal få brukerne mer involvert. I prosjektet er det laget en plan for testing i rus og psykiatri der NAV, mestringsenheten, DPS og et bo- og servicesenter er involverte. Det gis også andre eksempler der man ved bruk av ulike verktøy kan observere kvaliteten direkte. Informant 1 sier eksempelvis at progresjon og kvalitet i tjenestene av og til kan måles direkte ved at man vurderer funksjon og fremgang ved eksempelvis bruk av skala. Kvalitet av en tjeneste kan også måles ved et verktøy der man sammenligner resultater fra de som har fått hverdagsrehabilitering og de som fikk andre typer tjenester i stedet.

Mellomledernivå

På spørsmål om hvordan man sikrer god praksis svarer informant 14 at man ikke alltid får tilbakemeldinger som sier noe om man har sikret det godt nok. Den geografiske avstanden til

sine overordnede gjør at man ikke ser hverandre så ofte og det bidrar til lite delingskultur ifølge informanten; *“da gjør jeg så godt jeg kan og tror at det er godt”*.

Informant 5 sier at å sikre god praksis er det man som mellomleder er satt til å gjøre hele veien og viktigheten av en tett dialog påpekes, der man daglig er tydelig på forventninger. Informanten gjør dette ved å sikre møteforum der man hele veien treffer de ansatte og der man som mellomleder får ut sine forventninger. Oppfølgingsamtaler med nye samt kommunikasjonskanaler som mail og Cosdoc nevnes også som viktige tiltak. I tillegg brukes de faglige koordinatorene som en forlenget arm ut i driften.

Ifølge informant 14 er det ikke gode nok forutsetninger for å ivareta og sikre kvaliteten i tjenestene som leveres fordi man bruker så mye tid på administrasjon og brannslukking, istedenfor å tenke strategi, forebygging og utvikling. På grunn av dette er man avhengig av erfarne, dyktige og selvgående ansatte. Alle sparepakkene i kommunen opp gjennom tidene angis som en årsak som bidrar til lite forebygging og mye brannslukking. Informant 14 uttrykker også at man ofte har et for stort fokus på økonomi (krav om å spare) og for lite på kvalitet, og at man ikke klarer kunsten å balansere det.

Informant 10 forklarer at man for å kvalitetssikre tjenestene ut mot brukerne har en årlig vedtaksgjennomgang. Her blir det evaluert og gjort nye funksjonsvurderinger sammen ansatte på utøvende nivå før det skrives nye oppdaterte vedtak. Det gjennomføres også en årlig vernerunde ut i avdelingene der ansatte får mulighet til å melde inn konkrete saker i forkant. I tillegg gjøres det bruk av medarbeiderundersøkelse som gjøres i kommunen annethvert år. Informant 8 sier også man sikrer kvaliteten gjennom vedtak som gjennomgås hvert år, og at disse justeres og endres etter behov. Informanten sier også at det ikke er alle ansatte som vet hva som ligger i vedtakene, men at de ansatte vet hva som er rutinen og at rutinen følger vedtaket.

For at enhetslederen skal kunne sikre at man leverer gode tjenester sier informant 14 videre at dokumentasjonen er viktig (pasientjournaler), men at det også er viktig med det man ser og hører selv. Den uformelle kontakten er viktig. At man har kompetente ansatte sies også å være viktig for å levere gode tjenester, men informant 14 uttrykker likevel at *“du må hele veien være på og minne på”* for å sikre at informasjonen som gis når ut til de ansatte. Utover dette brukes det andre system som beskjedbøker, informasjonsoppslag på personalrom og

tekstmeldinger som sendes ut til de ansatte når det er ny informasjon som alle må vite om.

På spørsmål om hvordan kvaliteten i tjenesten kan måles sier informant 4 at det som regel ikke er en objektiv standard på en tjeneste og at alle vil vurdere en tjeneste forskjellig. Det bidrar til at det skjer mye individuelle tilpasninger og mellomlederen må håndtere mange muntlige og skriftlige tilbakemeldinger daglig. Å observere kvaliteten på en tjeneste anses derfor som vanskelig. Informant 11 sier i denne sammenheng at det er vanskelig å måle kvaliteten på tjenestene fordi det handler mye om opplevd kvalitet. Den beste indikatoren er derfor tilbakemelding fra brukerne samt antall klagesaker og hvorvidt man får medhold fra fylkesmannen eller ikke på vurderingen som er gjort. Informant 11 sier at det på sin enhet utføres bruker- og pårørendeundersøkelser annethvert år, og at disse ses opp mot medarbeiderundersøkelsen, *“dette er måleindikatorer for å sikre kvaliteten i tjenestene”*. For å sikre kontroll og kvalitet i tjenestene sier informant 4 at et verktøy her er individuelt tilpassede rutiner for de ulike brukerne som bygger på modeller som er anerkjente for det spesifikke sykdomsområdet som «preger» enheten. Informant 10 forklarer at brukerne har klagerett på tjenester og hvis sektoren opprettholder vedtaket går klagesaken videre til Fylkesmannen. Denne gjør da en vurdering og avgjør klagesaken. Informanten forteller videre at man har hatt flere klagesaker og vunnet de fleste; *“det sier også noe om at den vurderingen vi gjør i det daglige er relativt grei”*.

Utøvende nivå

Måten man kan sikre kvaliteten i tjenestene på er ifølge informant 6 å følge og vurdere behandlingsplanen til den enkelte bruker. I denne sammenheng er man avhengig av at folk leser og følger tiltaksplanen når den oppdateres, og her må man bare forvente at folk tar ansvar for sine brukere. Man har ikke andre verktøy for å kvalitetssikre dette. På spørsmål om hvordan man fanger opp det som fungerer eller ikke fungerer svarer informant 6 at man får tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende, eller at man oppdager avvik eller får tilbakemeldinger på avvik. Andre måter å observere eller påvirke sikkerheten i tjenestene på, er ifølge informant 6 at det meldes og dokumenteres i Cosdoc og at arbeidslistene blir fulgt.

6.5.2 Avvik

Her er det interessant å se nærmere på hvordan det ses på avvik og hvordan avvik håndteres på de ulike nivå. Dette har betydning for kontrollfunksjonen i den forstand at det er et viktig verktøy i arbeidet med å tilpasse sektoren og danne seg en oversikt over trender i

utfordringene. Dette er også med til å si noe om hva informantene legger i avviksbegrepet i den forstand at det er interessant om det bare er negative avvik som omtales. I forhold til resiliensteorien er det viktig å få frem det som blant ansatte oppleves som positive tilpasninger.

Ledernivå

Avvik som forekommer i sektoren kan meldes av ansatte og av innbyggere (brukere/pasienter og pårørende) som ikke er fornøyde med tjenestene. Avvikene håndteres på ulike nivå avhengig av alvorlighetsgrad. Informant 2 sier at avvik skal lukkes av nærmeste leder (mellomleder), men at overordnet ledelse involveres ved alvorlige avvik. Informanten sier videre at det å jobbe systematisk med avvik er en *“øvelse som kan føre til at man går igjennom (eksisterende) rutiner”*. Her er tanken at man på avdelingsmøter skal ha en slik gjennomgang, men informanten erkjenner at *“her er det ikke systematikk”* per i dag.

I forhold til avviksrapportering forklarer informant 1 at disse *“følger linjen”* og går til nærmeste leder. Hendelser og avvik skal føres i CosDoc og gjentakende avvik skal følges opp med tiltak. Her poengterer informanten at man med en ekstra overordnet mellomlederfunksjon kunne jobbet systematisk med oppfølging av rutiner. I forhold til avvik sier informant 1 videre at det hadde vært en fordel med et utvalg på overordnet systematisk nivå. Et slikt *“kvalitetsutvalg”* på øverste nivå kunne håndtert avvik som man ikke klarer å lukke lengre nede i systemet. Informant 3 kommer med et eksempel på et avvik i forhold til en trykksalvar som var koplet feil og der en hjelpetrengende bruker ble liggende. Dette håndteres av nærmeste leder som orienterer leder i sektor som orienterer videre opp til kommunens overordnet ledelse. Informasjonen kommer opp igjennom systemet, men avviket håndteres og lukkes av nærmeste leder. Den øverste ledelsen har ikke noen struktur for å sikre og følge opp at avviket blir lukket og hvordan det lukkes. Her burde det ifølge informant 3 være en form for kvalitetsutvalg som var med på å sikre kvaliteten i avvikshåndteringen før saken lukkes. Her har man i kommunen ikke beskrevet systematisk hvordan man sikrer det ved alvorlige avvik og informanten påpeker videre at det i slike saker ofte er flere involverte, som økonomi, IKT og personal. Det er grunn til å tro at man ville fått en bedre kvalitet på avvikshåndtering på et systematisk nivå, *“slik at det ikke ble så personavhengig”*.

Det forklares videre at det er en klar underrapportering i sektoren, og at bare én enhet er gode på å melde avvik. At det underrapporteres på en del områder bekreftes av informant 3, som også poengterer at *«det er skummelt, da kan vi ikke si at vi vet hvordan kvaliteten på området*

er». Ved å være gode på avviksrapportering sier informant 2 at enhetene oppnår å få informasjon videre opp i systemet slik at det kan vurderes om eksempelvis en bruker er for farlig til å motta tjenesten slik den leveres per i dag. Informasjon fra de andre enhetene skjer helst ved de alvorligste hendelsene, men man forsøker stadig å motivere ansatte til å skrive avvik på de andre mindre alvorlige avvikene også. Informant 3 sier at eksempel på avvik som ikke meldes er typiske rutinesvikt, som når man glemmer å gi en beskjed fra legen om viktige oppdateringer eller målinger som skal registreres på pasienter.

Mellomledernivå

De ulike avvikssystemene for henholdsvis pasientrelaterte avvik og HMS-avvik gjentas også på mellomledernivå. På de ulike enhetene er det litt ulik praksis for hvem som håndterer avvik. Felles for alle er at leder håndterer personalrelaterte avvik. Ellers er det flere av enhetene som bruker faglig koordinator til å lukke avvik, spesielt avvik som går på legemiddelhåndtering. Ofte er det også et samarbeid mellom leder og faglig koordinator, spesielt i utfordrende tilfeller.

Alle informantene på mellomledernivå bekrefter at de fleste avvikene som meldes inn er avvik i forhold til legemiddelhåndtering. Samtidig sier samtlige informanter at de jobber for å motivere de ansatte til å melde inn mer avvik på rutinesvikt ved å fokusere på at dette skaper grunnlag for læring og ikke er et spørsmål om å fordele skyld. Flere ledere uttrykker en frustrasjon over manglende avviksrapportering; *“Gjennom avvikssystemet blir man jo som leder orientert om hvor svikten skjer og hvor sårbarheten er. At man får inn avvik er jo den eneste måten man som leder kan gå inn å endre en prosedyre eller endre rutine. Og det gjør jeg. Men det er en underrapportering på rutinesvikt. Man endrer rutiner løpende dersom man oppdager rutinesvikt som krever at rutinen endres, men samtidig vet man jo at det er en underrapportering.”* Informant 5.

Avvik og nesten-feil i forhold til legemiddelhåndtering er man ifølge informant 14 gode på. Samtidig sier informanten at man har en del å gå på når det gjelder å melde fra om uønskede hendelser på andre områder. Informanten forklarer dette med at man som helsepersonell er så vant med å ordne opp, *“det er “minuset” til helsepersonell, at man er veldig gode til å ordne opp”*. De ansatte kan ha en forståelse av at det er et avvik, men *“det gikk jo bra og så ordnet vi det. Og så er vi veldig redde for å henge ut noen, å varsle”*. Det å få ansatte til melde avvik er noe det jobbes mye med ifølge informant 14, men sier at mange ansatte opplever det som

tungvint å melde avvik i QM+. Informanten sier at det kontinuerlig jobbes med å skape en forståelse for at man ved å melde inn avvik kan lære av feil og unngå at de samme hendelsene skjer igjen.

På enheten hvor informant 4 er leder er det faglig koordinator som håndterer og lukker pasientrelaterte avvik. Dersom det er personalsaker skal mellomleder alltid være orientert. Mellomleder har ansvar for HMS-avvik for å se om det er saker som skal videre til bygg og eiendom, eller om det er saker som kan lukkes lokalt. Ifølge informanten dreier de fleste avvikene seg om legemiddelhåndtering, og sier at de oftest er *«et resultat av at ansatte ikke kjenner rutinene eller at de ikke klarer å vurdere hvor viktig det er å følge rutinene og derfor slurver de»*. Avvik i QM+ samt HMS-rutiner gjennomgås på en årlig vernerunde. Da ser man hvilke type avvik man har og om det er mengder av noen typer avvik som gjør at saken må løftes opp. Ifølge informant 4 vil det da bli tydelig dersom det er saker som går på systemsvikt. Vernerunden skal danne handlingsplan for påfølgende år.

Informant 11 sier at avvik i sin enhet følges opp månedlig i avvikssystemet i QM+ og Cosdoc for å se om avvik skjer på grunn av organiseringen eller om det er menneskelige feil.

Informant 10 forklarer i forbindelse med avvikshåndtering at når man vet at det finnes rutiner rettet mot avviket så må det stilles spørsmål om den ansatte fulgte rutinen. Dette kan videre føre til spørsmål om den ansatte har hatt nok opplæring. Ved avvik bruker mellomleder på denne enheten en ansvarsfunksjon under seg til å besvare disse spørsmålene; *“da kan denne svare: Det er veldig tydelige rutiner på dette, men vedkommende må få vist at vi jobber sånn og sånn”*. Mellomleder poengterer at dette er de (som har ansvarsfunksjonen) flinke på å vurdere i enheten. Mellomleder lukker avviket, men er tydelig på at det skjer etter dialog med de som har ansvarsfunksjonen på de ulike avdelingene; *“de kan dette mye bedre enn meg”*.

Informant 8 sier at de ansatte melder inn avvik både på legemiddelhåndtering, trusler og vold. Informanten forteller videre at det i enheten er brukere som kan være farlige. Håndtering av avvikene følger ifølge informanten et veldig stramt program med rutiner som skal følges til punkt og prikke og som skal dokumenteres. I tillegg sier informanten at det på månedlige personalmøter ofte tas opp ting som gjør at man må endre rutiner. Dette er stort sett rutiner som går på den enkelte bruker, og her kreves det ofte samarbeid med a-linjetjenesten for å lage gode rutiner siden brukergruppen ofte har spesielle behov (a-linjetjenesten er i denne sammenheng en habiliteringstjeneste som gir tilbud om tverrfaglige helsetjenester til pasienter

over 18 år som trenger spesialisert helsehjelp på grunn av medfødt- eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse av kompleks og sammensatt karakter). På spørsmål om hvordan man kan påvirke sikkerheten i de tjenestene som gis sier informanten at det kan påvirkes gjennom gode rutiner og et strukturert opplegg for den enkelte bruker. Det brukes ikke risikoanalyser på enheten, men informanten sier at det vurderes risiko i forhold til den enkelte bruke og at dette ligger i vedtakene.

Utøvende nivå

Informant 13 forteller at alle ansatte som jobber i avdelingen er med på det de kaller "husmøter". Her tas gjeldende strategi opp i de tilfellene det kommer en tilbakemelding på at noe ikke fungerer og det vurderes hva som må endres på av strategi for å takle dette. Her poengterer informanten at man søker en felles forståelse av problemstillingen og at alle blir enige i endringene som foretas, *"da er det enklere å oppnå resultater overfor beboere når alle jobber mot samme mål"*. De fleste beslutninger tas direkte på slike møter. I de tilfeller der man står med vanskelige saker med eksempelvis pårørende kan det være behov for mere støtte og feedback. Her kontakter man ifølge informant 13 enhetsleder for å sikre at man opererer innenfor lover og regler.

Det registreres ifølge informant 13 avvik for legemidler, fall, sikkerhetssvikt (eksempelvis alarm som ikke virker) i CosDoc-systemet. Informant 7 forklarer også om avviksregistrering at det mest er legemiddelhåndtering som registreres. Samme informant beskriver at *"noen gruer seg for avvik fordi det betyr at man får tilbakemelding på avviket og det er litt ubehagelig"*. Informanten påpeker videre at hvis man ikke får tilbakemeldinger på jobben man gjør blir man heller ikke bedre. På tross av dette tror informant 7 ikke at det underrapporteres i enheten; *"det er kanskje heller på uvesentlige ting som ikke spiller så stor rolle. De store tingene blir alltid dokumentert og registrert"*.

Informant 6 bekrefter at de fleste avvikene går på legemiddelhåndtering, i tillegg til en del avvik når det gjelder pasienter som kommer hjem fra sykehus uten medisiner eller som er glemt å melde utskrivningsklare. Avvik på legemiddelhåndtering håndteres av faglig koordinator på informantens enhet, mens andre typer avvik lukkes av leder på enheten. Når det gjelder håndtering av avvik som går på legemiddel er man ifølge informant 6 begynt å sende ut månedlig rapport med de vanligste avvikene til alle de ansatte på vedkommendes enhet. Dette har bidratt til at antall avvik har gått ned fordi folk har blitt mer obs på det.

Avvikene som skjer når pasienter kommer hjem fra sykehus håndteres “der og da”. I denne forbindelse sier informanten at *“jeg tror ikke at pasientene merker dette avviket. Det er vi som merker det, det er vi som må skaffe utstyr og medisiner. Merker jo at man får mer komplekse pasienter hjem etter at samhandlingsreformen trådte i kraft”*. På spørsmål om hvilke type avvik det ikke meldes svarer informant 6 at dette ofte er når pasienter ikke får riktig oppfølging, der man ikke hadde kapasitet eller ressurser til å gi oppfølging. I slike tilfeller uttrykker informanten at man burde vært flinkere til å skrive avvik på at det er manglende ressurser eller for liten tid til god pasientoppfølging, for eksempel *“at man ikke klarer å bruke det kliniske blikket”*.

På spørsmål om hvilke avvik vedkommende fører svarer informant 16 at det er avvik i forhold til legemidler og utagering blant brukere. Videre sier informanten at ting som ikke fungerer tas opp på “husmøter” en gang i måneden. Der går man gjennom en saksliste der ansatte har kommet med innspill og diskuterer sakene og prøver å komme frem til gode løsninger. Dersom dette ikke fungerer tas det videre oppover i systemet av mellomleder og faglig ansvarlig som er med på møtene.

Informant 9 sier at avvik som meldes i enheten går på feil i forhold til legemiddelhåndtering, og i forhold til trusler og vold. På spørsmål om dette skjer ofte svarer informanten at det nok er en underrapportering på dette området.

6.5.3 Rutiner

Her er formålet å forstå hvordan rutiner og prosedyrer fungerer og brukes i sektoren. Disse kan si noe om eventuelle sikkerhetsbegrensninger og danne bakgrunn for å diskutere hvordan disse er implementert i sektoren.

Ledernivå

Informant 3 forklarer at det er sektorlederen som godkjenner alle rutiner, men stiller spørsmål om denne klarer å vite det dersom det mangler noen rutiner. Her er det *“mulighet for at man glipper”*. Informanten sier videre at det ikke er en systematisk plan for hvordan nye rutiner skal implementeres og at dette varierer. Det er dog ikke tvil om at oppdaterte og nye rutiner skal ligge i QM+. Problemet her ifølge informanten blir når det finnes ansatte som ikke logger seg på QM+. Det kan bety at viktige oppdateringer og rutiner ikke er kjent og videre at man også mister avviksrapportering fra disse ansatte som ikke bruker QM+.

Mellomledernivå

Informant 5 sier at det er altfor lite rutiner som dekker de sårbarhetene som er i systemet og i enhetene og uttrykker at dette er en stor svakhet. Videre forteller informanten at det er mangel på tid og mangel på oppmerksomheten knyttet til det som gjør at rutinene ikke finnes, *“Det handler om få lederledd og støttefunksjoner som man er avhengige av. Tiden min strekker ikke til.”*. Informanten forteller også at det som skaper utfordringer for enheten er at man stadig skal dekke en større etterspørsel i forhold til den kapasiteten man har. Når ansvarsområde i tillegg er så stort blir det et stort koordineringsarbeid og veldig mange pasienter inn og ut. Da skjer ting veldig fort og da er det lett at ting glipper. Informanten sier at dette er rutinesvikt, men tror ansatte av og til lar være å melde det som avvik fordi man ikke klarer å prioritere det fordi man har så mange oppgaver. Informanten forteller at det i forbindelse med omorganiseringen var mye snakk om rutinesvikt, men at vedkommende som leder ikke fikk særlig mange avvik meldt inn og konkluderer med at *“Jeg er helt avhengig av at det blir meldt inn hvis jeg skal endre på noe eller bli klar over at det er en svakhet.”*.

Informant 4 forteller at man ved revidering av rutiner ber om konkrete innspill fra de ansatte da de har større erfaring med hva som fungerer. Det påpekes videre at det brukes mye tid på implementering av nye rutiner på personalmøter, i tillegg til at det sendes ut informasjon via mail og at oppdaterte rutiner ligger i QM+. Hver ansatt har ansvar for å holde seg oppdatert på de nyeste rutinene i QM+. Informant 4 sier at det har vært en utfordring å holde alle de ansatte oppdatert på ulike rutiner og ny informasjon fordi alle ansatte ikke har hatt mail (jobbes med per i dag) og fordi det er mange vikarer og helgearbeidere. Mange av disse har lite kontakt med lederen på grunn av ulike arbeidstider. I forhold til rutiner sier også informant 11 at mellomleder er avhengig av å få innspill fra de ansatte, og at det i denne forbindelsen sendes ut forslag på en rutine og at ansatte så kommer med sine innspill før rutinen iverksettes.

Informant 10 sier også at det er en utfordring at ikke alle er vane med å bruke QM+ på tross av opplæring i dataprogrammet. For flere ansatte er bruk av data en barriere, og mellomlederen har tilpasset det slik at man fortsatt kan levere avvik i papirform. Likevel er informant 10 bevisst om at det er stor grad av underrapportering i enheten og sier at mye av

dette skyldes en holdning om at man aksepterer mange av de ugunstige arbeidssituasjonene og forholdene og heller forsøker å tilpasse seg disse.

Noen av informantene kommer også inn på ROS-analyser når det spørres om rutiner.

Informant 10 forklarer at man har snakket om å få ROS-analyser ut på alle enheter i et halvt år nå, siden det i sektoren har vært mye fokus på det. Det handler blant annet om å lære seg å bruke de redskapene man har for å få dokumentert slike analyser. ROS-analysene skal gjøres i QM+ og det forklares at man eksempelvis med rutiner er mest vant med å ha disse i papirform i en perm. Informanten forteller videre at de ansatte i enheten er i gang med et tankespill i forhold til risiko og sårbarheter i enheten. Medisinansvarlig i enheten har lagt en ROS-analyse på medisin håndtering og beskjedne fra ledelsen i sektoren er at dette arbeidet skal fortsette utover i enheten. Informant 5 forteller at man i vedkommendes enhet har et par risikoanalyser på legemiddel håndtering og trygghetsalarmer, men uttrykker selv at det er for få. Informanten gir eksempel på at det burde vært lagt ROS-analyser i forhold til biler og bilkjøring (bilkjøring blant de ansatte i tjeneste er utbredt i denne enheten), men sier at tiden ikke strekker til. I tillegg sier informanten at det ikke kommer noen føringer ovenfra om å gjøre dette og at man mangler kompetanse og kunnskap på enheten. Informant 14 sier at det i forbindelse med den årlige vernerunden på enheten lages ROS-analyser i samarbeid med tillitsvalgt og verneombud. Informanten forteller at det også er laget felles ROS-analyser med de andre enhetene (som leverer samme type tjenester) og personell fra stab. Her lages det felles analyser for det som er felles utfordringer, og kobler på det som er spesielt for hver enkelt enhet. For å fange opp risikoer og utfordringer på enheten sier informant 14 at man snakker med de ulike avdelingene, tar det opp på personalmøter og inviterer til innspill.

Den samme strategien benyttes for å få innspill til tiltak på de hendelsene som kommer frem i analysen. Tiltakene implementeres ved at man har det på agendaen i de ulike avdelingene, skriver ukenytt hver uke der de tas opp og samtidig sender man ut en påminnelse på sms hvis det er viktig informasjon som sendes ut. Informant 14 sier at det ikke finnes spesielle verktøy for å kontrollere at nye tiltak følges opp og at mye derfor fanges opp ved tilfeldigheter. Det gis eksempler på ansatte som følger rutiner fra 2005 selv om man har helt nye rutiner liggende. Informant 14 bekrefter at det meste blir oppdaget når “noe skjer” og sier at man måtte ha doblet lederstaben dersom man skulle fått til å følge det opp på en bedre måte.

Utøvende nivå

Informant 7 beskriver CosDoc systemet som et viktig verktøy når man skal gi den rette tjenesten til en bruker. Her finnes det oppdaterte tiltaksplaner og informasjon om hva som skal gjøres i forhold til en bruker. Informanten forklarer at tanken er at man skal kunne gå inn i systemet og lese seg opp på en bruker og gå ut og levere tjenesten. Her er det viktig at det skrives gode rapporter som er brukbare til nettopp å identifisere hva den rette tjenesten blir for en bruker. Dette har man ifølge informanten fokus på i enheten og kommenterer videre at noen er flinkere enn andre.

6.6 Samarbeid

Formålet er her å forstå hvordan det samarbeides i sektoren. Samarbeidet kan representere utfordringer, men kan også være en plattform der det er fokus på å få frem de gode praksisene. I forhold til systemperspektivet er samarbeid også et element som kan ha betydning for hvordan informasjonssløyfene fungerer.

Ledernivå

Informant 2 forklarer at det internt i kommunen samarbeides med kultur- og oppvekstsektoren om en del felles brukere. Her utdyper informant 1 at det i denne sammenheng er etablert fast møtестruktur for de tjenestene som krever tverrsektorielt samarbeid. Ifølge informant 2 blir samarbeid mellom sektorer fort et spørsmål om penger. Dette oppleves som vanskelig og at *“ingen vil påta seg ekstra arbeid”*. Informanten påpeker at man bør ha fokus på det hvis man vil det til livs, *“ellers sitter man på hver sin tue”*. Dette gjelder ifølge informant 2 både i det tverrsektorielle samarbeid og internt mellom ulike enheter. Her nevnes det utfordringer i samarbeid med barnevernet tverrsektorielt samtidig som det internt kan være utfordringer knyttet til samarbeid mellom enheter innen rus og psykiatri og den somatiske sykepleien. Informant 1 sier i den forbindelse at det i tverrsektorielt samarbeid merkes at det ofte er ulikt ståsted på grunn av ulikt lovverk. Her har informanten en strategi om at man må sette seg i lag tidlig for å få til gode løsninger og kommenterer videre at *“dette får man til både og.. det spørs hva det gjelder”*.

Mellomledernivå

Stort spenn som leder preger samarbeidet utover i enheten ifølge informant 14, og som videre sier at det er begrenset og tilfeldig hva en som leder klarer å få med seg og at dette er en svakhet. Samarbeidet med overordnet leder angis som godt, og informanten påpeker at det er en stor styrke at lederen har mye felterfaring. Samtidig påpekes det at det kan være

utfordrende å skape en felles forståelse mellom overordnet nivå og enhetsnivå. Det gis eksempel med nye utfordringer som er kommet i forbindelse med samhandlingsreformen der mange pasienter trenger oppfølging av andre instanser som de ansatte skal ivareta, samtidig som en har fått flere nye oppgaver som eksempelvis blodoverføring; *“man skal strekke til på alt og man skal gjøre alt”*. På overordnet nivå får man ifølge informanten beskjed om å *“bare gjøre sånn og sånn”*, det blir veldig lett å sitte på utsiden og gi føringer uten at det tas hensyn til om disse klarer å ivaretas på en god måte. Dette kan være både fordi informasjonsflyten ikke er god nok og fordi man informerer oppover og aldri får en tilbakemelding.

Informant 11 forteller at samarbeidet i sektoren har blitt mye bedre og at noen av mellomlederne selv danner en del nettverk. Informanten sier likevel at det er en del å gå på når det gjelder å kople på de andre sektorene som de samhandler med. Spesielt i forhold til teknisk, fordi mellomlederen har ansvar for driften, mens teknisk har ansvar for bygget. Informanten sier at dette handler om en kultur der *“jeg verner om mitt”* og sier videre at *“vi har så lite at vi må verne om det vi har. Samhandling handler jo om å gi å ta, men det er en unødvendig knuffing på at mine folk skal ikke gjøre det, og dine folk skal ikke gjøre det. Istedenfor å tenke hva vi vil ha løst og hvordan man kan løse det. Det er en mer konstruktiv måte å tenke på, men det blir stoppet med at nei, vi har ikke råd til det eller vi får ikke lov å gjøre det av vår leder”*. Ifølge informanten går det unødvendig mye tid på å finne ut av slike ting, og gav eksempel på at det ble brukt tre måneder på å få klarhet i om vaktmester kunne brukes i en flytteprosess som kommunen selv hadde vedtatt i forhold til noen beboere.

Informant 5 sier at mellomlederne i sektoren har få treffpunkt, slik at det å legge en strategi og snakke sammen om hvordan man gjør ting i hvert enkelt tilfelle - det er ikke nok til å få til et godt samarbeid. Det månedlige ledermøte handler mye om å informere og det blir liten tid til å diskutere strategiarbeid. Informanten sier videre at det er på mellomledernivå at endringsstrategiene må skje, *“Når det kommer endringer utenfra kommunen eller fra ledelsen har man ikke den endringskapasiteten som skal til for at det skal bli implementert i organisasjonen”*. Informant 5 beskriver samarbeidet med lederen som godt, men samtidig så har ikke lederen kapasitet til å ta alle utfordringer når man både er i utviklingsarbeid og i vanlig drift.

Informant 8 forteller at det er svært mange ansatte i sin enhet og at personalmøtene er forumet for å få truffet sine ansatte. Videre forteller informanten at det skal gjennomføres medarbeidersamtaler hvert år, men at dette er helt umulig å få gjennomført fordi det hele tiden

er «noe på gang». På spørsmål om informanten har en føling med hva som skjer ute i sonen svarer informant 8 at «Nja, jeg har jo sagt hele tiden at sonene er for altfor store. Det er for mye til å ha oversikten og følge opp personell. Hadde jeg hatt halvdelen så hadde det vært lettere å følge opp. Jeg kunne ønske å hatt disse medarbeidersamtalene oftere, det burde vært bare halvdelen av det tenker jeg.». Informanten forteller videre at informasjonsflyten er en utfordring fordi informanten ikke treffer sine ansatte daglig, og sier at når man skal informere må man sette i gang en «veldig greie» for å få sendt det rundt, gjerne via telefon eller sms, og at det i tillegg er ansatte som ikke leser det som blir sendt rundt. Når det gjelder samarbeidet oppover i organisasjonen svarer informant 8 at dette stort sett ivaretas på faste ledermøter i måneden.

Utøvende nivå

Ifølge informant 6 er det tett samarbeid med andre instanser i kommunen, som fastleger, fysioterapeuter og kortidsavdeling. Samarbeidet beskrives som godt i tilfeller der det er pasienter som trenger tverrfaglig behandling. Informant 6 sier også at man er godt kjent med ulike ressurser og ressurspersoner, og gir eksempel der man tar kontakt med og får opplæring fra regionsykehuset når man skal begynne med nye prosedyrer.

På spørsmål om å beskrive samarbeidet i enheten sier informant 9 at det er personalmøte for ansatte som jobber på samme bolig, men at det er ulikt oppmøte på disse fordi de fleste må bruke fritiden sin på disse møtene. Når det da kan gå tre uker fra en er på jobb til neste gang en er på jobb, så er det vanskelig å dele informasjon.

6.7 Informasjonsflyt

Informasjonsflyten omfatter både informasjonsflyten på et konkret nivå i organisasjonen, men også mellom de forskjellige hierarkiske nivåene. I tillegg omfatter dette i noen tilfeller informasjonsflyten mellom sektoren og eksterne aktører. Her ser vi etter funn knyttet til kommunikasjonskanaler og formelle og uformelle interaksjoner.

Ledernivå

Ifølge informant 2 blir alle i kommunens ledergruppe orientert om alvorlige hendelser for at alle skal være oppdatert og kunne gi riktig informasjon til for eksempel media. Videre forteller informant 2 at det er varierende hvor flinke mellomlederne er til å rapportere oppover, noen er gode på dette og det er stort sett når ting går galt at man får høre om det.

Informant 2 påpeker at en del informasjon og statusoppdatering kommer via uformelle kanaler i den forstand at «*jeg hører det rundt i byen*». Når det gjelder informasjonsflyten er det varierende hvordan det fungerer, dette kan også være i tilfeller der det er klare varslingsrutiner. Informant 2 forteller at kriseteamet i kommunen er organisert under HO, og at det har vært tilfelle der ledelsen i HO ble orientert mange timer etter at kriseteamet rykket ut i forbindelse med en drapssak.

Mellomledernivå

Informant 4 erkjenner at mye av informasjonsflyten foregår på et uformelt plan, men poengterer at det også er en del organiserte møter som mellomlederen deltar på. Her nevnes samarbeidsmøter med tillitsvalgt og verneombud, sykepleier-/fagarbeiderlunsj og i tillegg har hver avdeling i enheten månedlige møter der man ofte går gjennom faglige utfordringer. Informant 10 sier også at mye av den formelle kommunikasjonen foregår på ulike møter. Det omfatter blant annet månedlige møter med kommunalsjef der alle mellomledere i HO møtes og personalmøter avdelingsvis i enheten. Informant 11 sier at informasjon om ting som ikke fungerer oftest kommer til mellomleder via uformelle kanaler. Det betyr at det er litt tilfeldig om man oppdager ting som må korrigeres. Det kan være beboere som kommer med ting eller det kommer frem på rapporter på de ulike avdelingene.

Informant 10 sitter med åpen dør og forklarer at de ansatte alltid kan få tak i leder og at de benytter seg av det. I tillegg har informant jevnlig kontakt med sine avdelinger og benytter seg av lunsjen, CosDoc-systemet og rapport-møtene til å holde seg oppdatert og kvalitetssikre. Kvaliteten er blant annet avhengig av gode tiltaksplaner og gode rutiner for å følge disse opp. Dette er ifølge informant på plass og det er *“sånn vi jobber hele veien”*. Et videre poeng er her at de ansatte skal gjøre bruk av CosDoc-systemet for hele tiden å være oppdatert på tiltaksplaner i forhold til den enkelte bruker.

Informant 14 sier at utfordringen i sektoren er flytprosessen fordi man ikke har en logisk oppbygning for at ting skal fungere i hverdagen og gir eksempel med dobbelbooking av pasienter som skjer fordi tiltaksteam og enhetsleder kan “booke” pasientrom i to ulike systemer. Slike opplevde situasjoner har løst seg uten at pasienter ender opp uten plass, men informant 14 uttrykker at det avhenger av tilfeldigheter at man klarer å løse slike situasjoner. Det gjør at systemet blir for sårbart og bidrar til at pasienter blir “kasteballer” i systemet, *“man trenger et nytt system, gjøre det mer vanntett slik at man ikke får de glippene...en klar*

ansvarsplassering, hvem gjør hva? Hvordan? Flyt rett og slett, fra søknaden kommer inn til oppholdet er slutt". Informant 14 sier videre at risikofaktorene bærer preg av at det er så mange involverte i sakene og tjenestene. Konsekvensene av slike "glipper" er ifølge informanten at man risikerer et dårlig omdømme i kommunen og samtidig går det utover pasientsikkerheten.

Ifølge informant 14 er man avhengig av rapporter og uformelle dialoger for å få innspill til hvordan ting fungerer i avdelingene. Informant 5 sier også at det er de uformelle samtalene som i stor grad brukes, og sier at en slags "kollega-rådgivning" mellom de ulike enhetslederne (som tilbyr samme typer tjeneste) er alfa omega.

Informant 8 sier at man tidligere (før ny kommunalsjef) har erfart at dersom det ble tatt noe opp med lederen så visste man ikke sikkert om det kom videre oppover i systemet eller om det stoppet hos lederen. Her ble det gitt eksempel på at det flere ganger var tatt opp at man trengte flere avlastningsboliger for barn og unge fordi det var for få plasser i forhold til behov. Ifølge informanten er det aldri kommet "til topps" og sier videre at "*Så vi er aldri sikker på om det kommer videre opp.*".

Utøvende nivå

Informant 13 forklarer at de ved midt-rapport overgir en kortfattet rapport til hverandre der leder (mellomleder) ofte deltar. Informanten forteller videre at leder også prøver å delta på avdelingsmøter, men at det ofte dukker opp andre ting som gjør at leder ikke får deltatt på møtene likevel. Informant 13 sier at det oppleves som at lederen tar ting på alvor, men at det noen ganger kan ta lang tid før det skjer endringer.

Informant 6 beskriver informasjonsflyten i sektoren som god, og sier at når man står i vanskelige saker er det lett å få informasjonen eller spørsmålene oppover i systemet og samtidig opplever at man får tilbakemeldinger på det som blir sendt videre. I tillegg sier informanten at det er godt samarbeid på enheten og at det er en stor fordel at lederen der er veldig synlig og tilgjengelig.

6.8 Tilpasninger

Tilpasninger er sentralt i systemteorien. Det kan være nødvendig å gjøre justeringer for å oppnå de mål man har satt seg i systemet. Samtidig er det viktig å vite hvilke tilpasninger som

gjøres ute i organisasjonen for på et høyere nivå å vurdere om dette skal være en del av en mer overordnet justering eller om tilpasningene i stedet motvirker meningen på høyere nivå i organisasjonen.

Ledernivå

Informant 1 sier at de daglige oppgavene ut mot brukerne fungerer. Informanten bemerker at det er erfarne (mellom)ledere og at plutselige hendelser håndteres mye på bakgrunn av denne erfaringen. Det betyr også at mange beslutninger faktisk tas på mellomledernivå og at en ny leder i samme stillingen vil være avhengig av mange flere henvendelser til neste ledd som er ledelsen i sektoren. Informanten beskriver selv sin jobb som å tilpasse organisasjonen til de utfordringer som oppstår. Dette gjøres ved å justere på rutiner eller koordinere hvis det mangler en rutine. Her har man blant annet nylig lagt en rutine for å forhindre at det skal skje vold mot ansatte.

Informant 2 beskriver at *“ting er ikke A4”* og ofte må man gå ut over rutiner. Det skal være rom for å bruke fornuft og vurdere situasjoner, men det skal være et grunnlag på plass. Dette grunnlaget forklarer informanten som et godt system, bruk av QM+ og flinke folk i sektoren. Viktigheten av et godt grunnlag understrekes av at det i sektoren hele veien kommer inn nye folk som skal levere og motta tjenester.

Mellomledernivå

Informant 4 bruker mye tid på å tilpasse arbeidsoppgaver og forklarer at kontinuerlige endringer i en beboers tilstand kan gjøre at vedtak ikke lengre strekker til. Når det gjøres tilpasninger er det nødvendig å inkludere fastlegens vurdering. Dette medfører utfordringer når man trenger raske avgjørelser; her må man ringe legen fremfor å bruke e-meldingssystem. I e-meldingssystemet er det en svarfrist på 3 dager som man ikke kan vente på. Ved telefonkontakt ender man ifølge informanten ofte med å bruke opptil en halvtime på å komme i kontakt med legen. Dette oppleves som unødvendig tidsbruk og er en utfordring man *“strir med ukentlig, om ikke daglig”*. I forhold til rutiner og standardiserte oppgaver gjøres det ifølge informant 4 sjelden tilpasninger, men når det innimellom skjer *“da må man gjøre det*

beste ut av situasjonen". Informanten forklarer videre at man ved gjentakende tilpasninger til en rutine vil *"nøste opp i det"* og belyse problemet for sektorleder og fagansvarlige i enheten.

Informant 11 sier i motsetning at det alltid vil være tilpasning i forhold til standardiserte oppgaver når man har med folk å gjøre. Informanten sier at de har mange krevende brukere og at *"du kan ha så mange rutiner du vil - de passer ikke og du må hele tiden justere"*.

Informanten har lagt få rutiner og krever derimot veldig mye av de ansatte når det gjelder å håndtere situasjoner. Her er informant 11 opptatt av å være tett på de som jobber der og veilede mye, *"Det med skriftlighet blir ofte nedprioritert fordi det er så mye annet som sluker tiden, ting som de fleste anser som viktigere. Det må man jobbe med i mange år - det å forstå at dokumentasjon er vel så viktig som det man praktisk gjør."*

Ifølge informant 14 skjer det veldig mye tilpasning i arbeidet på enheten. På spørsmål om hva en baserer tilpasningene på er svaret at det bygger på erfaring og kompetanse, men også at det er tilfeldigheter og at *"man gjør så godt man kan"*. Alle ansatte og pasienter er individuelle og trenger individuell tilpasning og da må man, ifølge informanten, bruke kunnskapen og erfaringen man har som leder for å møte de utfordringene som kommer for å tilpasse best mulig.

Ifølge informant 8 er de gode på å tilpasse seg etter den organiseringen som eksisterer, til tross for at svært mange mellomledere og ansatte gir tilbakemelding på at man ikke er fornøyd med organiseringen. Dette er ifølge informanten både fordi man bruker for mye tid på administrativt arbeid og fordi noen mellomledere er i geografisk avstand til de man leder. På spørsmål om hvordan man klarer å tilpasse seg er svaret at det går på mye erfaringen som mange har.

Informant 5 sier at de ansatte i mange situasjoner klarer å tilpasse seg fordi de er flinke til å rekonstruere når de står i situasjoner, men sier at man er flinkere på å gjøre det i praksis enn å faktisk skrive det ned; *"Folk sitter med mye kunnskap som man ikke har fått ned skriftlig."* Informanten bekrefter at det gjøres mye tilpasninger i forhold til rutineoppgaver og at man gjør dette hele tiden. Dette kommer ofte opp på korte møter som mellomlederen har med de ansatte i løpet av uken.

Utøvende nivå

På spørsmål om det ofte gjøres tilpasninger sier informant 9 at det sjelden skjer tilpasninger ut mot brukerne på grunn av brukergruppen der man skal være forsiktige med å endre på noe.

Informanten forteller videre at det er mye endringer i kommunen og at man blir nødt til å forholde seg til alle endringer som kommer ovenfra. Videre forteller informanten at det ofte møter mye motstand, og at det handler om manglende informasjon ut til de ansatte. Dette resulterer i «støy» som er med på å forstyrre, men informanten understreker at man klarer å yte de tjenestene man skal uansett.

Informant 7 sier at for å tilpasse seg den begrenset mengde tid man har hos brukere setter man opp “*ekstra gir*”. Informanten forklarer videre at man gjør det som skal gjøres i henhold til vedtak, men det blir ikke tid til den “ekstra praten” og det går ofte på bekostning av den gode følelsen man som ansatt bør ha etter å ha hjulpet en bruker. Fordi tjenesten ofte leveres ute i hjemmene til brukerne må det ofte vikes fra “*boken*”, men informanten presiserer at det ikke går ut over det som er lovfestet og det som er grensene. Med henvisning til “*boken*” forklares det at det alltid er ting man forholder seg til og “*så er det jo alltid unntak*”. Her ser man ifølge informanten situasjonen an og poengterer at erfaring hjelper på når beslutninger treffes ute blant brukerne.

På spørsmål om tilpasning i forhold til standardiserte oppgaver og vedtak svarer informant 6 at slike tilpasninger gjøres hele tiden, men at vedtaket alltid ligger i bunn og at erfaring blir viktig i slike sammenhenger.

6.9 Læring

Læring er særlig viktig i forhold til bruken av best practice i resiliensstilnærmingen, men det forekommer også læring i kommunen gjennom ROS-analyse og avvikshåndtering. Hvordan dette foregår i kommunen er derfor interessant å se på både i forhold til kontrollstrukturen og resiliensstenkingen der man søker å fremheve de gode erfaringene.

Ledernivå

Informant 1 forklarer at det i sektoren er fokus på læring når man setter i gang nye prosjekt, men at det “*dessverre ofte skal skje en hendelse før vi setter oss ned og lærer*”. Informant 2 forteller i den forbindelse at man fra ledelsens side har valgt ut 10 ansatte som skal på kurs i tematikken rundt vold og trusler. Dette er blitt et særlig fokusområde på bakgrunn av en uønsket hendelse og man vet at man vil komme til å få tilsyn i forhold til dette. Derfor prøver man nå å være proaktiv og informanten forklarer videre at det “*det gjelder om på systemnivå å øke bevisstheten om hva det er og hva for eksempel ROS-analyse er som verktøy opp i dette*”. Informant 2 sier også at man ønsker å bruke hendelser fra kommunen som case i ulike fora for å få innspill og læring. Her nevnes det eksempelvis deltakelse i et KS-nettverk

(kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon i Norge) som et nyttig fora.

Informant 2 sier at man i sektoren er flinke når det gjelder evaluering og at dette er et resultat av erfaringen fra tidligere håndtering av større naturskaptede hendelser i kommunen. Her har man lært av feil, men informanten sier at man ønsker å lære av de mindre hendelsene også; *“Det er de som skjer oftest”*. Informanten ønsker i den forbindelse å få fokus på *“hverdagsberedskap”* siden det er flest hverdager og siden det er her de fleste hendelser skjer.

Informant 3 forklarer at man lærer av hendelser ved å *“utarbeide og revidere retningslinjer som det er behov for”*, men mener ikke at man har et system på overordnet nivå som forklarer hvordan dette skal gjøres i praksis. I forhold til gode praksiser mener informant 1 at man lærer av disse internt i avdelinger og enheter, men at man på tvers av enhetene *“har det til gode”*. Dette forklares med at man har mange daglige arbeidsoppgaver og at man er *“opptatt av sine brukere og sine ting”*. I forbindelse med omstillingsprosessen jobbes det ifølge informant 1 nå med å standardisere oppgaver ut fra *“best practice”*. Samtidig skal det være rom for fleksibilitet og man skal ende opp med kvalitative gode tjenester *“som jobber effektivt”*.

Mellomledernivå

Ifølge informant 8 skjer det mye deling av erfaring internt i enheter eller soner, og i noen tilfeller mellom enheter der lederne har tatt initiativ til dette. Informanten hevder likevel at det er lite læring av gode verktøy og teknikker som hver enhet eller sone har utviklet.

Informant 4 mener at det foregår mye læring i møter med kommunens tiltaksteam. Her avgjøres saker om omsorgsnivå og den faglige diskusjonen rundt dette betyr at man lærer av hverandre.

Informant 10 forklarer at det rundt bruken av tvang foregår mye læring og opplæring. Her har man av og til brukere som er på grensen i forhold til tvangsvedtak og man har her tatt i bruk en kollektiv opplæring av de ansatte på å vurdere hva lovverket sier. Dette er også noe man tar opp med Fylkesmannen der det ofte kan være etiske dilemma som man trenger innspill på. Her nevnes eksempelvis bruken av *“babycall”* opp mot retten til overvåking av brukere. Hvor går grensen for hva som kan tas i bruk av hjelpemidler av de ansatte kontra bevarelse av brukerens rettigheter i forhold til overvåking.

Informant 11 forteller at man forsøker å dele læring med to andre enheter som leverer samme tjenesten. Vedkommende mener at *“det sitter nok vanvittig mange flinke folk som har gjort*

seg gode erfaringer på ting som med fordel kunne vært delt mye mer”. Her sier informanten at den deling og læring som foregår mellom disse tre enhetene er fordi de tar initiativ selv og ikke et resultat av systemet i sektoren.

Det som fungerer godt fanges ifølge informant 14 opp på avdelingsrapporter, avdelingsmøter eller man fanger det opp ved å lese i dokumentasjon. Det kan også være at noen kommer og gir en tilbakemelding, men det er ingen systematikk i det å fange opp ting som fungerer ifølge informanten. Læring etter hendelser spres gjennom møter på avdelingene der man samtidig prøver å bygge ned redselen for å si ifra om feil. I tillegg hevder informant 14 at det generelt er en utstrakt kultur for å dele og lære av hverandre, *“det skjer i alle settinger uten at vi på en måte skriver det. Jeg tror nok at vi jobber mye med ROS og sikkerhet og sånn, men vi kaller det ikke det fordi det er jo det vi alltid har gjort. Folk har det i seg”*.

Informant 14 forteller at det har vært hendelser med pasienter som går ut og forsvinner og at det i denne forbindelse er laget gode rutiner som er delt med de andre enhetene. Det har vært rutiner som går på varsling og rolleavklaringer og som har fungert svært bra. Slike eksempler tas gjerne opp på ledermøter med de overordnet ledelse og enhetsledere. Informant 14 bekrefter at ledere som sitter på liknende enheter ofte utveksler erfaringer og tar opp problemstillinger for å høre hvordan andre løser det.

Utøvende nivå

Ifølge informant 6 er man gode på å lære og utveksle erfaring. I enheten har man ukentlige teammøter der man har internundervisning, og i tillegg går man sammen med en annen enhet (med like tjenester) ca hver annen måned og har fokus på kompetanseheving. Informant 6 forteller videre at man bruker midt-rapporter til å snakke gjennom ulike saker og utfordringer. Blant annet er det satt av tid til etiske dilemma en gang per uke der man diskuterer og reflekterer med hverandre innad i enheten. Ifølge informant 6 har det ikke vært hendelser eller nesten-hendelser i enheten, men sier at dersom det har vært noe “mindre” har lederen tatt det opp på personalmøte eller i en rapport der man spør om hva som skjedde, hvordan man kan unngå at slikt skjer og hva man kan gjøre for at det ikke skal skje igjen. Informant 6 sier at det ikke bare er læring i forhold til feil, men at man også lærer av gode praksiser og at dette deles gjennom dialog i personalgruppen og bidrar til at man endrer i tiltaksplaner. Informant 13 forklarer at de i sin enhet løpende tar opp faglige temaer som KOLS, forflytningsteknikk, diabetes og lignende. Videre poengterer informanten at denne etterlyser muligheten for å ta kursing, men at det ikke er økonomi til slike initiativer; *“Da går vi glipp av å lære nye ting”*.

Informant 13 presiserer dog at *“noen kurs får vi gå på, men av og til har jeg ønske om å lære enda mer utover disse kursene”*.

7.0 Drøfting

I dette kapittelet vil vi diskutere utvalgte funn fra forstudie og hovedstudie opp mot teori for å videre kunne besvare problemstillingen fra hovedstudien: ”*Hvordan kan systemteori skape økt fokus på arbeid med samfunnssikkerhet i en middels stor norsk kommune?*”.

7.1 Hvilken type organisasjon representerer en kommune?

I forhold til systemteorien kan vi kategorisere både kommunen som helhet og helse- og omsorgssektoren under det Leveson (2011) kaller for *organized complexity*; et system som er for kompleks til fullstendig analyse og samtidig for organisert til at statistikk kan gi gode nok svar fordi konteksten ikke vil avspeiles i statistikk. En fullstendig analyse er vanskelig å se for seg når kommunen er så preget av sosiale interaksjoner og gjensidig avhengighet. I helse- og omsorgssektoren får man stadig nye brukere og ansatte, samtidig som det påvirkes av ytre krav som samhandlingsreformen eller økende krav fra innbyggerne. I tillegg er kommunen påvirket av både klare og mindre klare interaksjoner fra det øvrige samfunnet og en globalisert verden, der hendelser i en annen kommune eller annet land får betydning for hvilke krav som stilles til kommunen.

I forstudien er det flere ansatte som også karakteriserer kommunen som en kompleks organisasjon som er styrt av ulike lovverk, forskrifter og krav fra myndigheten, i tillegg til et lokalt politisk styre som også legger føringer for kommunens prioriteringer. Selv om flere referer til kommunen som en kompleks organisasjon, så er det også flere informanter i hovedstudie som sier at kommunen preges av silotenking, og at hver enhet innenfor sektoren i en viss grad “lever sitt eget liv”. Dersom dette er tilfelle vil man kunne si at sektorer og enheter heller preges av en tanke om å være enkeltelementer eller komponenter i et system, der man fungerer likt om man er en del av et system eller ei – altså det Leveson (2011) kaller for *organized simplicity*. Faren ved å se på sektoren og enhetene som *organized simplicity* er at kommunen mister en forståelse for hvordan interaksjoner har betydning for systemet som helhet. Da vil det være vanskelig for overordnet ledelse å lede kommunen som helhet i samme retning, uansett om målet er sikkerhet eller noe annet.

Dersom man skulle kategorisert kommunens kompleksitet som *unorganized complexity* ville det bety at man kunne forklart kommunen ut i fra statistikk. Statistikk vil i stor grad kunne brukes til å gjøre sammenligninger med andre kommuner og tilsvarende sektorer i andre kommuner, men ved bruk av statistikk vil man miste verdifulle særtrekk som gir en nødvendig forståelse. Denne strategien er anvendt i forbindelse med sektorens ressursanalyse,

der en konsulent som utgangspunkt har sett på økonomi og fordeling av tjenester i sammenligning med andre kommuner. Denne statistikken kan gi en pekepinn på hvor sektoren bør utredes nærmere, men i en kompleks organisasjon som kommunen mener vi det er helt nødvendig å ha størst fokus på helheten med kontekst og de særtrekk som er med å definere både styrker og utfordringer i kommunen.

Med kategorien *organized complexity* adresseres manglene fra de to andre kategoriene og det fokuseres her på helheten i kommunen og den aktuelle konteksten. Vi mener denne konteksten er viktig å ha med når man skal forstå hvordan en kommune eller sektor fungerer i praksis. Konteksten er i vår studie eksempelvis med til å forklare hvorfor kommunens H-ROS prosess har gått på lavbluss siden oppstartskurset i februar; denne overskygges rett og slett av kommunens omstillingsprosjekt. Konteksten kan også være en kultur i kommunen som preges av 'frykt og skyld' som eksempelvis bidrar til at avvik underrapporteres. Dette tema kom opp forstudien, og ble i hovedstudien bekreftet av ansatte i helse- og omsorgssektoren. En slik kultur kan ifølge Turner (Turner og Pidgeon, 1997) hindre læring i kommunen eller sektoren.

Spørsmålet blir hvordan samfunnssikkerhet kan ivaretas i en kompleks organisasjon. Sikkerhet som en egenskap i et system er ifølge Leveson (2011) et resultat av samspillet mellom de ulike delene i systemet. Når systemet er en kommune så bør samfunnssikkerheten avspeiles i kommunens overordnede mål. Gjør de ikke det, vil føringene til samfunnssikkerhetsarbeidet utover til sektorene bli uklare og systemforståelsen vil mangle.

Samfunnssikkerhet i en middels stor norsk kommune slik vi ser det er mer enn bare en evne til å håndtere uønskede hendelser. Det handler også om evnen til å ivareta de daglige utfordringene som kommunen står overfor i forhold til de verdiene som er viktige for kommunen, spesielt om en ser dette i et større perspektiv. Dette omfatter alt fra mobbing i skolen til sikre veier og bærekraftige helsetjenester. Dersom evnen til å ivareta samfunnssikkerheten i en kommune, slik vi forstår den, skal opprettholdes på lengre sikt ser vi at dette er utfordrende i kommunen på grunn av ressurser. Her vil forebygging være et sentralt element, som i systemteorien (Leveson, 2011) ivaretas av kontrollfunksjonen. De forebyggende tiltakene kan da ses som en del av nødvendige justeringer som må til for å sikre overordnede mål i takt med at kommunen utvikler seg. Samtidig kan forebyggende tiltak kreve samarbeid mellom ulike sektorer. Dette kan eksempelvis være i forhold til å forebygge brann i kommunale boliger. Her er det nødvendig at helse- og omsorgssektoren klarer å identifisere risikofaktorer i forhold til den enkelte bruker og at teknisk sektor gjør fysiske sikringstiltak. Samtidig er det ifølge Leveson (2011) viktig at det er en aktør som sikrer at

samarbeidet ivaretar målene som er satt. I kommunen ville dette være aktører som sikrer et tverrfaglig samarbeid som er nødvendig for å ivareta kommunens mål. Videre kan en slik kontrollfunksjon også overvåke det som Turner (Turner & Pidgeon, 1997) poengterer, i forhold til at det over tid er gjort så mange tilpasninger at den faktiske utfordringen ikke oppfattes som et avvik.

Et annet eksempel med gjensidig avhengighet kan man også finne i forholdet mellom folkehelse, og kultur- og oppvekst. Tall som viser negativ utvikling i forhold til barn og unges trivsel og overvekt blir en oppgave som sektorene må samarbeide om for å få effekt av planer og tiltak. Her viser forstudien at folkehelsekoordinatoren mangler både ressurser og mandat til å få gjennomslagskraft utover i kommunen. Dette kan ut fra Levesons (2011) systemforståelse vise at det mangler tydelighet i overordnede mål og hvordan disse skal omsettes utover i sektoren. I et slik tilfelle kan man argumentere for at mangelen på et tydelig mandat kan bety at målene ikke føres ut i sektoren og at en form for inkubasjonsperiode (Turner & Pidgeon, 1997) kan utvikle seg i det tomrom som oppstår når ikke målene blir omsatt til konkrete handlinger.

I kommunen er det fokus på forebygging og forebyggende tiltak, men det er tilsynelatende økonomi og politiske prioriteringer som kan hemme disse tiltakenes implementering og effekt. Kommunen leverer utallige tjenester til innbyggerne innenfor de økonomiske rammene kommunen har å forholde seg til. Dette betyr at høyere prioritering av en sektor vil gå på bekostning av en annen. Slike prioriteringer med stramme ressurser mener Leveson (2011) også kjennetegner komplekse organisasjoner. Her sier Leveson (2011) at man for å kunne justere og gjøre de riktige prioriteringene er avhengig av informasjon og kunnskap og en struktur som setter dette i system. Her handler det for kommunen om å sikre den rette balansen i forhold til de målene man har satt. Dette er slik vi ser det en av de største utfordringene i kommunen, og bidrar til en kamp om ressursene fremfor samarbeid om felles mål. Dette er interessante elementer å se på i forhold til de funn som fremkommer i hovedstudien.

7.2 Systemperspektiv

Vi mener det er nødvendig å gå i dybden på systemet, her særlig helse- og omsorgssektor, for å forstå helhet og kontekst. Dette gir et utgangspunkt til blant annet å vurdere og kategorisere kommunen og sektor i forhold til vår modell over kompleksitet (se teorikapittelet). Dette gir videre innspill til anvendelsen av eksempelvis systemteorien. Funn i forstudien viser at det er

lite systematisk arbeid i forhold til samfunnssikkerhet. Målet med hovedstudien var derfor å gå i dybden med arbeidspraksiser for å finne mulige svar på hvorfor man ikke håndterer en systematisk tilnærming. Det som blant annet viste seg var at det er en utfordring å dra i felles retning fordi alle enhetene drives ulikt. Dette betyr da at det ute i enhetene kan oppfattes å være en mer komponentbasert (Leveson, 2011) forståelse enn en tydelig bevissthet om å være en del av et større system. Selv om mellomlederne har denne bevisstheten så viser funn i hovedstudien at muligheten for å forme sin egen enhet er stor, noe som uttrykkes som en utfordring av informantene. Sett i et systemperspektiv blir det vanskelig å sikre at kvaliteten i tjenestene som gis stemmer overens med det målet som er satt på sektornivå eller kommunenivå i forhold til hvilke tjenester man ønsker å levere. Samtidig er det en utfordring på enhetsnivå å få alle ansatte med på de føringene som mellomlederne gir. Ifølge Leveson (2011) har det stor betydning i systemteorien at en skal kunne sikre styring av overordnede mål, og utfordringen med å sikre implementering kan da ses som et kontrollproblem.

Med tanke på at kommunen representerer en kompleks organisasjon med mye gjensidig avhengighet vil det også være vanskelig på overordnet kommunenivå å sikre at de tjenestene som leveres stemmer overens med kommunens overordnede mål. Som det står i kommunens planstrategi skal hensynet til samfunnssikkerhet inngå i alle planer. Hvordan dette sikres i helse- og omsorgssektoren, når hver mellomleder har så stort ansvar for å forme egen enhet, blir ut ifra våre funn vanskelig å se. Hvis lignende funn finnes i de andre sektorene kan det argumenteres for at hensynet til samfunnssikkerhet i kommunen blir svært personavhengig i forhold til hvilken kompetanse og forståelse det finnes blant ansatte utover i kommunens sektorer og enheter. Det er i empirien tydelig at det også preges av tid og ressurser man har tilgjengelig.

I tillegg viser funn i empirien at det er vanskelig å skape en oversikt over utfordringene som finnes i systemet fordi man på overordnet nivå, der man har muligheten til å se helheten, er avhengig av tilbakemeldinger fra aktører helt ned på utøvende nivå. Det er utfordrende for mellomledere å fange opp ting i egen enhet fordi ansatte ikke melder avvik og fordi det er så mange ansatte at den uformelle kommunikasjonen ikke kompenserer tilstrekkelig. Når det samtidig er få treffpunkt og ikke alltid god informasjonsflyt mellom leder og mellomledernivå, kan man forestille seg at aktører på overordnet "systemnivå" mangler tilbakemelding og en oppdatert prosessmodell som er nødvendig i styringen slik Leveson (2011) presenterer det.

Mye av dette skyldes ifølge våre funn at det skjer mye tilpasninger på utøvende nivå som ikke når lenger opp i systemet. Selv om dette ofte er nødvendig, og gjør at man håndterer situasjonen der og da, gir det lite læringsgrunnlag oppover i systemet. Det som fremkommer av funnene er at når hver enhet “lever sitt eget liv” så mangler forståelsen for at man er en komponent eller del av et større system. Det underbygger påstanden om at et systemperspektiv kan bidra til å se helheten slik at lokale tilpasninger ikke får uheldige virkninger i en annen del av systemet. I forbindelse med samfunnssikkerhet kan det her tenkes at dårlige tilpasninger over tid, som ikke stemmer overens med kommunens mål, kan få negative konsekvenser i forhold til kommunens omdømme eller innbyggernes tillit. Det er viktig å understreke at det også er mange “positive” tilpasninger som kan gi læring utover enheten. Eller at man i en enhet har funnet gode løsninger på utfordringer, som flere enheter i sektoren sliter med, og som derfor ville hatt nytte av en slik læring.

7.3 Hvilke mål har man i kommunen og i sektoren?

Det første elementet i Levesons (2011) systemteori er *sikkerhetsbegrensninger*. I denne sammenhengen er det disse begrensningene som skal avspeile målene som kommunen eller sektoren har satt. Det er gjennom sektorplaner og temaplaner utarbeidet mål for kommunen og sektoren. Samtidig setter lover en del krav som må ligge til grunn for målene, eksempelvis i forbindelse med samhandlingsreformen som sektorplanen i stor grad tar utgangspunkt i. For å kunne si noe om hvordan målene for sektoren omsettes i de eksisterende tjenestene har det vært viktig å avdekke hva ledere, mellomledere og ansatte legger i gode tjenester.

Funn i hovedstudien viser her at ledere på overordnet nivå har bredere fokus på hva en god tjeneste innebærer, der man både forsøker å se den enkelte bruker, men også å se tjenestene i en større sammenheng. Funnene viser likevel at det er en felles forståelse om at den gode tjenesten er tilpasset brukeren. Det gjenspeiler et av de overordnede felles målene i sektoren om individuell tilpasning av tjenestene. Hvordan det omsettes i praksis er det ulike tilnærminger til. Dette kan blant annet forklares med at man har ulike brukergrupper som krever ulike tjenester, i tillegg til at det handler om tjenester til enkeltindivid. Ifølge mellomlederne og ansatte på utøvende nivå gjøres det “hele tiden” tilpasninger ut mot brukerne. På utøvende nivå presiseres det at tilpasningene skjer innenfor de grensene og vedtakene som er satt. Hvordan man tilpasser seg er i stor grad avhengig av erfaring. Hvis man ser dette i et systemteoretisk perspektiv (Leveson, 2011) er det viktig at informasjon om

disse tilpasninger når oppover i systemet. Her kan det være viktig informasjon som det er bruk for til å eksempelvis gjøre en vurdering av om tilpasningen representerer en større trend eller om dette ses som tilpasninger som er innenfor de gitte begrensningene eller kravene.

På ledernivå må man i forhold til systemteorien (Leveson, 2011) og sikkerhetsstyring (Aven et al., 2004) ha klare mål for hva kommunen skal levere og hvordan de skal levere. Disse kommer ut i sektorene i form av rutiner, prosedyrer og planer. Her ser vi at det på mellomledernivå oppleves som at det er for lite planverk og retningslinjer for hvordan man skal drifte enhetene og skape like tjenester. Andre informanter mener på den annen side at det gjerne kommer nok planer og retningslinjer, men at det for mellomlederne ikke er tid til å diskutere med ledelsen hvordan man skal bruke og prioritere disse. Ifølge Aven et al. (2004) handler sikkerhetsstyring om å fastsette mål, utforme tiltak eller virkemidler og å “overvåke” den praktiske gjennomføringen. I forhold til å fastsette mål ser vi at det i kommunen er mange konkurrerende mål og delmål. Hvis kommunen eller sektoren skal sette et mål med hensikt om å styre sikkerheten, krever det at alle er med å jobbe mot dette mål. Her ser vi at flere mellomledere forklarer at det i mange tilfeller er vanskelig å dra i samme retning. Selv om flere mellomledere viser at de mellom enhetene setter i verk noen tiltak for å dra i “samme retning” så er det ofte vanskelig å få med andre sektorer. Dette blir tydelig mellom for eksempel helse og omsorg og teknisk sektor der man vegrer seg for å ta tak i oppgaver som ikke er tydelig knyttet til sektoren, fordi man ikke har økonomi eller tid til det. Det er ikke alle våre funn som er direkte relatert til sikkerhet, men når det i flere tilfeller stopper opp ved daglige utfordringer og samarbeid, hvordan takler man da å nå frem til samme mål når det gjelder forebyggende risiko og sikkerhetsarbeid?

Aven et al. (2004) sier at man blant annet gjennom ledelse og styring kan nå det sikkerhetsnivået som er i overensstemmelse med virksomhetens definerte mål. Her viser resultater fra hovedstudie at flere mellomledere synes det er vanskelig å ivareta lederfunksjonen og beskriver seg selv mer som en administrator. Grunnen til dette er at hver mellomleder har så mange ansvarsoppgaver å fylle, som saksbehandling og vedtak, personalansvar, økonomi og faglig ansvar. I forhold til det å fastsette mål og utforme tiltak og virkemidler for sikkerhetsstyring er det lite tid til å utarbeide strategiske handlingsplaner i fellesskap innenfor helse og omsorgssektoren. Hvordan dette ivaretas av den enkelte enhet synes person- og ressursavhengig. Dette vil også være et viktig arbeid i en systemteoretisk forståelse (Leveson, 2011) av kommunen, der ledelsen har oversikt over mål og der mellomlederne (kontrollfunksjonen) setter disse ut i kommunen som tiltak og virkemidler.

Utviklingen og omstillingen i helse- og omsorgssektoren er helt avhengig av strategisk ledelse ifølge sektorens overordnede handlingsplan. Det er flere eksempler fra empirien som viser at det er uavklarte oppgaver mellom ulike sektorer som tar mye tid, eksempelvis at man bruker tre måneder på å bestemme om teknisk sektor kan bistå i en flytteprosess eller at det brukes mye tid på å bestemme hvem som skal holde uteområde utenfor kommunale boliger. Selv om dette ikke direkte kan knyttes mot samfunnssikkerhet mener vi at det viser en bruk av tid på oppgaver som genereres av kompleksiteten og den gjensidige avhengigheten som i mange tilfeller kunne vært avklarte dersom man hadde sett oppgavene samlet sett i et systemperspektiv. Det ville kunne frigjort ressurser slik at man hadde bedre tid og ressurser til å drive ledelse og strategisk arbeid. Det er også noe av poenget i resiliensteorien, at standardisering av trivielle oppgaver kan lette presset på den totale arbeidsmengden (Macrae 2013). Poenget er da at man kan bruke kapasiteten på andre krevende oppgaver, som gjør at man øker tilpasningsevnen. Tid er i så måte en nøkkelfaktor i forhold til en proaktiv tilnærming fordi man både skal ha muligheten til å forutse og forstå hva som skjer i systemet, tid som det tilsynelatende er behov for på mellomledernivå. Dette vil på sikt kunne spare ressurser som i dag brukes på brannslukking.

7.4 Hvordan ivareta systemperspektiv?

En generell betraktning etter å ha gått i dybden med helse- og omsorgssektoren er at den nåværende strukturen blir en utfordring hvis man skal anvende prinsippene fra systemteoriens kontrollstruktur (Leveson 2011). Ute på enhetsnivå ivaretas *kontrollfunksjonen* i systemet av mellomlederne.

Her kan vi for det første diskutere i hvilken grad de opererer mellom de to hierarkiske nivåene, som Leveson (2011) poengterer, og argumentere for at de i praksis er så opptatt av den daglige driften at rollen som mellomleder i realiteten opererer på enhetsnivået, fremfor mellom to nivå. Her forklarer informant 11 at det er organisert slik at hver enhet lever sitt eget liv og at det med få overordnede retningslinjer er veldig personavhengig hvordan leder organiserer enheten. Det mangler i tillegg tett oppfølging fra overordnet nivå, noe som bidrar til at enhetene i mange tilfeller ikke er synlige for hverandre. Dette kan ifølge informanten bety at man drifter i ulike retninger og blir mindre opptatt av det overordnede målet. Dette er ifølge Turner (Turner & Pidgeon, 1997) problematisk i den forstand at det danner grobunn for en inkubasjonsperiode som kan føre til tap fordi nødvendig informasjon ikke utveksles. Ved

bruk av Levesons (2011) systemforståelse kunne sikkerhet i kommunen blitt sett på i sin helhet der nivåene er til for å gi mening til hverandre. Dette er vanskelig å oppnå dersom enhetene er lite synlige for hverandre. Man kan i den forbindelse forestille seg at en mer tydelig kontrollfunksjon vil kunne være pådriver for at en slik tankegang når utover i sektoren eller kommunen, alt etter hvilket nivå man plasserer kontrollfunksjonen på.

For det andre kan man stille spørsmål ved om enhetsledere i kommunen evner å ha en systematisk kontrollfunksjon uansett om vi legger til grunn at de opererer på eller mellom nivå. På overordnet nivå i sektoren er man ifølge informant 3 bevisst om at mellomlederne føler de bruker stillingene sine mest på administrasjon fremfor ledelse. Når mellomlederne er så opptatt av daglig drift kan man forestille seg at kontrollfunksjonen ikke klarer å operere systematisk og til en viss grad mister oversikten over det som skjer i enhetene. Det betyr at det kan gjøres mange tilpasninger på utøvende nivå uten at mellomleder er orientert. Dette kan både være tilpasninger som gjør at man ikke drar i riktig retning, eller det kan være tilpasninger som er nødvendige for å dra i riktig retning i forhold til de målene som er satt. Ut ifra tankegangen om resiliens, slik Hollnagel et.al (2013) ser det, må variasjon i tjenesteyting dempes hvis den går i feil retning og forsterkes dersom det går i riktig retning. For at læringsutbytte og et fokus på 'best practices' skal være mulig er man uansett avhengig av tilbakemelding eller informasjon, uavhengig av om avviket medførte negative eller positive konsekvenser. Ved å ikke være orientert mister mellomlederen og dermed kontrollfunksjonen evnen til å fange opp tendenser som krever endringer på systemnivå.

Aven et al. (2004) sier videre at styring dreier seg om relasjoner vertikalt og horisontalt. Dette kan også knyttes til Levesons (2011) bruk av informasjonssløyfer i kontrollstrukturen og mellom nivå og enheter. Flere mellomledere sier at det på grunn av den flate strukturen er kort vei mellom linjene og at det derfor er lett å opprettholde god kommunikasjon og særlig den uformelle kontakten blir lettere. Samtidig blir det sagt at det er for få treffpunkt mellom ledere på overordnet nivå og mellomledere. Dette kan bety at effekten av informasjonssløyfen (Leveson 2011) mister sin kraft i og med at informasjonsutvekslingen ikke foregår ofte nok, ifølge funn i hovedstudien.

De horisontale relasjonene mellom enhetsledere ser ut til å være ivaretatt gjennom uformell kommunikasjon og initiativ som ulike mellomledere selv setter i verk. I forhold til de vertikale relasjonene oppover gir noen mellomledere uttrykk for at det er for få treffpunkt, mens andre gir uttrykk for at de tar kontakt oppover når det er behov. Begge deler viser etter vårt syn at det er vanskelig å oppnå overordnet styring i sektoren, spesielt med tanke på at

ledere på overordnet nivå uttrykker at de savner “nok” tilbakemeldinger fra noen mellomledere. Den daglige driften går rundt og folk får hjelp, men det systematiske arbeidet med hvordan ting skal løses og hvilke prioriteringer som skal gjøres er en utfordring i sektoren. Selv om det ikke påvirker den daglige tjenesteytelsen i den forstand at brukere får de de har behov for, vil det kunne påvirke oppnåelse av noen av målene som er satt - særlig i forhold til et folkehelseperspektiv, der man skal klare å opprettholde et bærekraftig tjenestetilbud.

Den vertikale relasjonen mellom mellomledere og ansatte på utøvende nivå ser i mange tilfeller ut til å være god. Flere ledere sier samtidig at de har så stort ansvarsområde at det tidvis er vanskelig å sikre hvordan informasjon blir mottatt og tolket på utøvende nivå. Flere kommer også med eksempler der informasjon om rutiner og prosedyrer ikke er forstått eller tatt i bruk. Dette betyr at rollen som kontrollfunksjon (Leveson, 2011) i mange tilfeller ikke fungerer og i hvert fall ikke på en systematisk måte. Det store ansvarsområde til mellomlederne kan også representere en latent svakhet (Reason, 1997) i den forstand at det er vanskelig å følge ansatte opp og derfor sikre at man har tilstrekkelig og god nok kompetanse.

7.4.1 ROS-analyser

Et sentralt element i kontrollfunksjonen er evnen til å tilpasse og justere sikkerhetsbegrensningene nedover i systemet basert på tilbakemelding og kunnskap fra lavere nivå og føringer fra høyere nivå (Leveson, 2011).

Her er ROS-analysen og avviksrapportering de mest tydelige verktøyene i kommunen til å avdekke eksisterende og fremtidige risiko og sårbarheter i systemet. Funn fra hovedstudie viser at det er svært ulik bruk av ROS-analyser ute i de forskjellige enhetene, selv om det poengteres at det har vært fokus på å gjennomføre ROS-analyser i sektoren det siste halve året. Det er ingen felles forståelse av bruk av ROS-analyser i sektoren som helhet. Dette vises gjennom svar fra informantene der en informant forteller at dette gjøres årlig på vernerunden, i tillegg til at det har vært et samarbeidsprosjekt med andre enheter. En annen mellomleder forteller på sin side at man snart skal begynne å lære seg “redskapene” og en tredje mellomleder erkjenner at det både mangler ROS-analyser og at det mangler kompetanse til å kunne gjennomføre slike. Enten kan dette vise at det mangler en systematisk fremgangsmåte i forhold til å bruke ROS som verktøy, ellers så viser det at et halvt år ikke er lang nok tid til å få etablert eller implementert et mål om å bruke ROS-analyse. Uansett har det betydning for

sektoren eller kommunen når man skal utforme mål eller når den som har kontrollfunksjonen skal gjøre tilpasninger. Her er det ifølge Leveson (2011) viktig å vite hva man skal beskytte seg mot og denne kunnskapen kan komme fra eksempelvis ROS-analyser. Her er det også mulig å frembringe kunnskap som kan avsløre avvik i forhold til antagelser om risiko i kommunen (Turner & Pidgeon, 1997).

Med ROS-kurset hadde man fra overordnet ledelse i kommunen et mål om å sette arbeidet med samfunnssikkerhet og beredskap i system. Kurset skulle bidra til å skape en felles forståelse og fundament for det kommende arbeidet med H-ROS. Hvis man fra ledelsens side videre ønsket å omsette dette målet i praksis, så kunne man fulgt opp kurset med et nytt mål og dermed satt krav til deltakerne på kurset. Dette anses som nødvendig da informanter i beredskapsteamet sier at det er vanskelig å føre arbeid med eksempelvis ROS-analyser ut i kommunens sektorer fordi man mangler mandat til å legge slike føringer. Samme utfordring belyses ytterligere på mellomledernivå der flere informanter gir uttrykk for at det er vanskelig å gjennomføre ROS-analyser uten at det kommer klare føringer fra overordnet nivå.

Dette kan være begrunnet i to forhold; manglende kunnskap i forhold til bruk av ROS og manglende tid og ressurser til å få det gjennomført. Det viser at mellomledere venter på føringer, samtidig som ansatte i beredskapsteamet med den nødvendige kunnskapen ønsker at føringer skal gis. Dette er et tydelig eksempel på gjensidig avhengighet. Det som mangler i dette avhengighetsforholdet er mandatet som skaper et grunnlag for at målet om bruken av ROS-analyse, som et ledd i å sette arbeidet med samfunnssikkerhet og beredskap i system, skal kunne oppnås. Poenget med at man må ha mandatet på plass er at disse føringene som gis også krever at man setter av tid og ressurser til dette arbeidet om det skal kunne gjennomføres. Ellers blir det som mange mellomledere påpeker, et "på toppen" arbeid som aldri vinner frem i en hard prioriteringskonkurranse og dermed også grobunn for en potensiell inkubasjonsperiode (Turner & Pidgeon, 1997).

Til tross for at kommunen blir opplært i det vi mener er en mer hendelses- og beredskapsfokusert ROS-analyse, så er dette et verktøy som tar for seg sektorovergripende utfordringer. Ved bruken av ROS-analyse er det en fare for at enhetene opererer innenfor kategorien *organized simplicity* (Leveson 2011) og bare ser på enheten isolert sett. Faren her er at man ikke får med seg interaksjonene med resten av systemet. Fordelen med ROS-analyser er at prosessen kan skape fokus og få ansatte til å begynne å tenke hva som kan skje, og på den måten øke fokus på det å forutse, noe som er en av faktorene for å oppnå resiliens (Hollnagel et.al, 2013). Hvis dette også blir en del av en overordnet systematikk på sektor- og

kommunenivå kan organisasjonen som helhet bli med på å øke evnen til tilpasning slik at man kan hindre hendelser i å skje, og ikke bare være tilpasningsdyktig når noe inntreffer.

Resultatet av en ROS-analyse kan bidra til å sette i verk konkrete tiltak i forhold til uønskede hendelser, mens selve prosessen med ROS kan bidra til å belyse eller løse en del av de indre sårbarhetene. Eksempelvis kan det avsløre konkrete sårbarheter i forhold til samarbeid, ansvars- og rolleavklaringer og manglende systematisk arbeid for å nå felles mål. Dette er viktig i forhold til Turners (Turner og Pidgeon, 1997) poeng om at informasjonen om sårbarheter ofte finnes ute i organisasjonen, men at ulik informasjon må ses i sammenheng for å gi betydning. At man får belyst ulike utfordringer i en ROS-prosess viste seg tydelig da både interne og eksterne aktører ble samlet til et tverrfaglig analysemøte i forbindelse med ROS-prosjektet i skolesektoren. Dette endte med å bli et forum der mange andre risiko og sikkerhetsutfordringer ble tatt opp mellom de ulike aktører på møtet - også utfordringer som ikke var en del av møteagendaen.

Arbeidet med H-ROS i kommunen er det eneste verktøyet som tar for seg problemstillinger i forhold til kommunen som helhet og dermed et verktøy som kan ivareta systemperspektivet (Leveson, 2011; Turner & Pidgeon, 1997). Dette understreker viktigheten av å ha en tydelig forankring hos både lokalpolitikere og den øverste ledelsen i kommunen for å få samfunnsikkerhet på agendaen. Dette er et relativt nytt verktøy i kommunesammenheng og får man utnyttet det mer systematisk kan man forestille seg å få avdekket mye verdifull kunnskap og informasjon i forhold til risikostyringen ute i enhetene, samt overordnet i sektor og kommune. Informasjon som Turner (Turner og Pidgeon, 1997) hevder ofte er tilstede i en organisasjon. Dette vil videre være et viktig bidrag av informasjon til en kontrollfunksjon i systemtenkingen (Leveson 2011). Det er gjerne denne kontrollfunksjonen som skal klare å se de overordnede sammenhengene i kompleksiteten og dermed klare å justere kursen i tide. Det betyr at kontrollfunksjonen kan bli en som i større grad evner å se de koblingene i systemet som ikke nødvendigvis er lineære eller fremkommer direkte som resultat av en ROS-analyse. Informasjonen fra ROS-analysene kan da tenkes å gi mer mening i et systemperspektiv på høyere nivå i kommunen.

Det kan derfor gjøres mer systematisk bruk av ROS-analysen som verktøy, men det krever ressurser hvis man skal dekke hele sektoren og kommunen med den måten man opererer på per i dag. Dette kan med fordel også bygges inn i de eksisterende strukturene. Det er mye møtevirksomheten i kommunen og blir ROS-analyse, eller et fokus på "hva er det vi er redd for, bekymret over etc.", en agenda på disse møtene vil man nå langt ut i organisasjonen med

kunnskapsinnhenting og samtidig sikre den nødvendige kontinuerlige prosessen med å tenke sikkerhet i egen organisasjon og tiltak som er nødvendige for dette. Da trenger det ikke å være så omfattende i fordi det integreres i allerede eksisterende strukturer.

7.4.2 Avvik

Avviksrapportering i QM+ er et mer etablert verktøy når det gjelder daglige utfordringer enn det ROS-analysen er. Avviksrapportering gir et grunnlag for å se på eksisterende rutiner og tydeliggjøre behovet for nye rutiner ifølge informanter på både leder- og mellomledernivå. Avvik kan ifølge informant 3 også brukes til å observere kvaliteten i tjenesten. Her er det blant informantene en bevissthet om at det underrapporteres når det gjelder avvik, hvilket underbygger Turners (Turner og Pidgeon, 1997) poeng om at det finnes informasjon som kan ha betydning for å oppdage sårbarheter. Dette kan bety at man som leder ikke har grunnlag eller informasjonen som trengst for å endre på rutiner og prosedyrer, hvilket understøtter Perrows (1984) påstand om at kunnskapen i mange tilfeller er ukjent og utilgjengelig i komplekse system. Flere informanter sier at de gjennom å delta på møter, rapporter og lunsjpauser får informasjon om utfordringer i enhetene, eller informasjon om ting som ikke fungerer. Men som informant 5 sier kan man få høre at det skjer mye rutinesvikt, uten at disse blir meldt inn som avvik. Med tanke på at noen av informantene har opptil 100 ansatte under seg (inkludert vikarer og helgearbeidere) er det vanskelig å se for seg hvordan en mellomleder kan skaffe seg denne nødvendige informasjonen om avvik gjennom uformelle kanaler. Det handler ikke om at mellomleder skal ha en fullstendig oversikt over alt som rører seg i enheten, men mellomlederen må ha en oversikt over hva som fungerer og ikke fungerer av rutiner og prosedyrer. Denne informasjonen blir også nødvendig i forhold til å kunne fokusere på *best practice* (Hollnagel, 2013). Grunnen til dette er at de fleste rutinesvikt tilsynelatende ikke får alvorlige konsekvenser, og ifølge informant 14 er dette også grunnen til at det ofte ikke meldes som avvik. Sett i et *safety II* perspektiv (Hollnagel, 2013) er det nettopp i slike situasjoner man skaper et læringsgrunnlag fordi man klarte å håndtere situasjonen - det er ikke fokus på hva som gikk galt (fordi det ikke gikk galt), men det er fokus på hva som gikk bra fordi man løste situasjonen selv om rutinen var utilstrekkelig. I dette perspektivet kan man da bruke den positive håndteringen av situasjonen til å oppdatere eller lage tilstrekkelige rutiner. Det betyr ikke at man løpende skal endre rutiner etter enkelthendelser, men at mellomleder kan danne seg en oversikt over tendenser eller "oppnopning" av feil, som eksempelvis ofte skjer i forhold til samme rutine. Denne oversikten er også med til å holde *prosessmodellen* (Leveson 2011) oppdatert og vil danne grunnlag for eventuelle tilpasninger. Her viser funn i

hovedstudien at det i liten grad gjøres bruk av de positive tilpasningen til å gjøre tilpasninger på systemnivå, både fordi det ikke gis tilbakemeldinger på “positive” avvik og fordi det ikke finnes formelle forum for å utveksle læring i sektoren.

Like viktig er det at mellomleder har en evne til å se disse avvikene i et systemperspektiv. Det som for en ansatt på utøvende nivå anses som en ubetydelig tilpasning av en rutine kan i et større systemperspektiv, ifølge Leveson (2011) ha betydning for den tjenesten som leveres i enheten eller sektoren. Det kan være en tilpasning der man ikke klarer å begrense tiden man bruker hos en enkelt tjenestemottaker, slik at prioriteringen av tidsbruk blir feil. Dersom dette ikke når opp til eksempelvis mellomlederen som kontrollfunksjon (Leveson 2011) er det ikke mulighet for å se det i en større sammenheng og eventuelt lage nye retningslinjer som er i tråd med overordnet mål.

Flere informanter på utøvende nivå sier at de fleste utfordringene tas opp på såkalte husmøter. Her legges også strategier for hvordan de skal løses. Sett i et kontrollperspektiv (Leveson 2011) eller i forhold til at informasjonen finnes her (Turner & Pidgeon, 1997) blir det særlig viktig at mellomleder er tilstede her for å kunne få denne informasjonen. Er mellomleder ikke tilstede på slike fora kan man frykte at informasjonen vil oppleves som både ukjent og utilgjengelig (Perrow 1984) og bare nå frem når det er kommet til et kritisk punkt i en fase der uønskede tendenser allerede er synlige, altså en eventuell inkubasjonsperiode (Turner & Pidgeon, 1997). Hvis mellomlederne ikke har føling med det som skjer i enhetene blir det vanskelig å se hvordan tilpasningene får effekt utover enheten eller avdelingen. Slik vi forstår det er det et mål for de fleste mellomlederne å delta på disse møtene, men som informant 13 forteller dukker det ofte opp andre ting som gjør at leder ikke får delta på møtene likevel.

Et annet moment som trekkes frem er at avvik skal lukkes av nærmeste leder. Flere informanter påpeker at alvorlige avvik kan lukkes uten at man overordnet i sektoren klarer å sikre kvaliteten, til tross for at det informeres om selve avviket oppover i systemet. Det er ifølge informant 3 ikke systematisk beskrevet hvordan man sikrer kvaliteten i avvikshåndteringen ved alvorlige saker. I slike alvorlige saker er det også gjerne flere element involvert, som IKT, økonomi og personell, hvilket ifølge informanten betyr at kvaliteten kan sikres bedre på systemnivå enn ved håndtering hos den enkelte mellomleder. Her foreslår informant 1 og 3 et kvalitetsutvalg som kan ivareta denne funksjonen og sikre at avvik lukkes i henhold til overordnet mål. Et slik kvalitetsutvalg vil i systemteorien (Leveson 2011) kunne ivareta en overordnet kontrollfunksjon i sektoren og bidra til at sikre at de tilpasningene til avvik som gjøres gir mening for systemet som helhet.

På utøvende nivå skjer det mange tilpasninger og man er vant med å tilpasse seg brukerne. De fleste av disse tilpasninger går bra og ingen tenker at dette skal rapporteres som avvik - på tross av at det i noen tilfeller er en bevissthet om at det er et avvik. Dette kan bety at noen typer avvik til en viss grad kan oppleves som det Turner (Turner og Pidgeon, 1997) kaller for kulturelle sannheter og dermed blir det ikke rapportert. På utøvende nivå oppleves det også i noen tilfeller som en barriere å skrive avvik fordi man henger seg selv ut eller andre kollegaer og her vil man ifølge Turner & Pidgeon (1997) miste verdifull læring på grunn av fokus på skyld. På mellomledernivå sies det også at det ligger i helsepersonellens natur at man tilpasser seg og “ordner opp”, hvilket kan forstås som kulturell norm (Turner & Pidgeon, 1997). Dette viser at det er en rapporteringskultur utover i sektoren som hindre både læring og oversikt over farer eller utfordringer.

7.5 Tilpasning

Selv om det foregår mange tilpasninger på utøvende nivå er det viktig å understreke at det ikke nødvendigvis er et poeng at man her skal tenke samfunnssikkerhet i de tjenestene man leverer. Det er mest hensiktsmessig at det på utøvende nivå fokuseres på de oppgavene som man er satt til å gjøre innenfor de *sikkerhetsbegrensningene* som er satt (Leveson 2011). Disse utspringer av mål på et overordnet nivå og følges opp og implementeres av *kontrollfunksjonen* som per i dag skal ivaretas av mellomledere i sektoren.

Fokuset man bør skape på dette nivået er en forståelse for at man er en del av et større system (Leveson, 2011) slik at man forstår at de tilpasningene som gjøres og de valgene om å rapportere eller ikke rapportere avvik har betydning for hvilken kontroll den som overvåker klarer å ha. Deretter blir det mellomledernes ansvar å følge opp de ansatte på utøvende nivå - en funksjon som er vanskelig å ivareta dersom man ikke får tilbakemelding om de forholdene som skjer på utøvende nivå.

Det er en styrke at man klarer å tilpasse seg de forholdene man jobber under, men som ‘*best practice*’ prinsippet (Hollnagel, 2013) bygger på er man avhengig av å lære av de gode praksisene og med utgangspunkt i disse kan man lage en strategi for å drive sikkert - i motsetning til å fokusere på det som går galt. Det krever også at man som mellomleder får innsikt i de tilpasningene som gjøres ute i enhetene/sonene og bygger videre på disse. Spesielt siden de fleste tilpasningene gjøres for å klare å gi brukerne best mulig tjenester innenfor de rammene som finnes.

Til dette formålet er kanskje avviksrapportering feil verktøy slik det brukes i dag, fordi man anser avvik som noe negativt. Hvis avvik ses på som et læringsmoment (Hollnagel et al., 2013) i den forstand at “ja man fikk det til og man løste situasjonen, men hvordan?” - det er svaret på dette spørsmålet mellomlederne trenger for å kunne lære av de gode praksisene. Hvis det som informantene sier er en underrapportering fordi det blir et spørsmål om skyld, er det slik vi ser det i et resiliens-perspektiv (Hollnagel et al., 2013), nødvendig å snu trenden fra “å lære av feil” til å “lære av de gode praksisene” siden helsepersonell er gode på tilpasning. Dette handler da i større grad om å bygge på de tilpasningene som gjøres. Hadde ikke disse tilpasningene fungert ville det ha resultert i mye større og mer alvorlige avvik enn det som er tilfelle per i dag. Alvorlige avvik vil få konsekvenser som gjør at dette havner på et høyere nivå, uavhengig av om det meldes eller ikke. Problemet er da at er skaden skjedd, og man får informasjonen via klagesaker, hendelser eller lignende.

Som Macrae (2013) påpeker fungerer bare resiliente helsesystem under passende sentralisering for å koordinere og spre lærdom fra lokale forbedringer. Dette er også grunnen til at en mellomleder trenger denne informasjonen for å at det skal få læringseffekt i organisasjonen. Denne vil da kunne utgjøre en kontrollfunksjon som skal sikre at læringen og nye sikkerhetsbegrensninger når ut i sektoren (Leveson, 2011). Læringseffekten kan brukes til å standardisere trivielle oppgaver og dermed få mer kapasitet og fleksibilitet i de mer krevende oppgaver (Macrae, 2013). I en sektor presset på ressurser vil dette kunne bidra til å sikre kvaliteten i tjenestene overordnet sett.

Funnene i både forstudie og hovedstudie viser at evnen til å tilpasse seg i stor grad avhenger av erfaring, kunnskap og kompetanse. De fleste ledere og mellomledere i sektoren sier at de både er avhengige av flinke ansatte for å kunne gi gode tjenester og at dette er med på å sikre kvaliteten i de tjenestene som gis. I et systemperspektiv må man vite hva som foregår ute i enhetene og den overvåkingen ivaretas av en *kontrollfunksjon* (Leveson, 2011). Hvis kontrollfunksjonen i størst grad lener seg på flinke og erfarne ansatte hvordan gjøres da justeringer på systemnivå? Kontrollfunksjonen kan ikke ha fullstendig oversikt og kontroll over det som foregår ute enhetene, men denne bør ha en *prosessmodell* med oversikt over systemet samt sikre en oversikt over om *sikkerhetsbegrensninger* i form av rutiner og prosedyrer følges samt effekten av disse. Når det gjelder åpne system er det ifølge Leveson (2011) et særlig behov for løpende kommunikasjon for at en kontrollfunksjon skal være effektiv. Her sier informant 2 at det er varierende hvor flinke mellomledere er til å rapportere

oppover og at det er når ting går galt man får høre om det. Det betyr også at muligheten for å gjøre justeringer først kommer i etterkant av hendelser.

De fire prinsippene for å oppnå et resilient helsevesen (Hollnagel et al., 2013) er evnen til respondering, monitorering, læring og forutsigelse. Det som synes å være utfordringen til mange mellomledere er evnen til å forutse og monitorere på grunn av at de har så mange oppgaver. Og fordi de er avhengig av innspill fra de ansatte, noe som tilsynelatende er varierende. Respondering og læring skjer tydeligvis oftere på utøvende nivå hvor det “må” skje fordi man plutselig kan stå oppi uforutsette situasjoner. Samtidig viser funn at det gir lite læringsutbytte utover den respektive enheten eller avdelingen. Dersom man skal kunne bruke *best practice* (Hollnagel et al., 2013) som en tilnærming for å øke sikkerheten er man avhengig av å vite hvordan systemet virker. Selv om dette tilsynelatende ivaretas gjennom møter og uformell kommunikasjon er det vanskelig å ivareta denne funksjonen godt nok på grunn av alle arbeidsoppgavene som skal ivaretas, spesielt på mellomledernivå.

Tiltak fra ROS-prosesser, avvikshåndtering og *best practice* blir sentrale verktøy i sektorens arbeid med samfunnssikkerhet. Her var det ikke tydelig for oss i forstudien hvordan man sikret implementering av tiltak og etterfølgende overvåking. Dette er ifølge Aven et al. (2004) viktige element i sikkerhetsstyringen. I hovedstudien kom det mer tydelig frem der vi fant at det var vanskelig for både overordnet ledelse og mellomledere å sikre at eksempelvis nye rutiner ble spredt utover i kommune og sektor. Oppdaterte rutiner og prosedyrer skal ligge i kvalitetssikringssystemet QM+, men bruken av QM+ blant de ansatte er ifølge funnene varierende. Informasjon om nye rutiner gis også på personalmøter eller sendes ut via mail, oppslag etc, men hvordan effekten av tiltakene blir fanges oftere opp tilfeldig via uformelle kanaler. Dette kan i flere tilfeller være en svakhet fordi mellomlederne har så mange ansatte under seg, og hva som fanges opp via uformell kommunikasjon er tilfeldig. Ifølge Reason (1997) er dette en latent svakhet som svekker kontrollstrukturen (Leveson, 2011).

7.6 Hvorfor systemteori?

Analysemodellen (Mod.1) gir en visuell oversikt over hvordan man kan tenke styring av sikkerhet i en kompleks organisasjon. Det første elementet i modellen er *sikkerhetsbegrensninger*. Det ligger et mål til grunn for disse begrensningene som skal stemme overens med de tjenestene som leveres ut mot tjenestemottakere. Målene omsettes fra overordnet nivå til rutiner og prosedyrer på utøvende nivå. Selv om dette også gjelder

“hverdagslige” rutiner blir sikkerhetsbegrensningene en del av disse. Det mangler en systematisk beskrivelse for hvordan nye rutiner og tiltak føres ut i sektoren. Dette er en mangel i forhold til Levensons (2011) tilnærming til *system safety*. På tross av dette viser funn i hovedstudien at man klarer å håndtere de fleste daglige utfordringene i den forstand at brukerne stort sett får de tjenestene som de har krav på. Er det da et problem at man ikke har en systematisk plan for å implementere rutiner utover i organisasjonen? Her viser funn at disse utfordringene i stor grad løses på utøvende nivå på grunn av stor erfaring og kompetanse hos de ansatte. Her er det likevel et poeng at når man skal styre sikkerheten (Aven et al., 2004; Leveson, 2013) i et kompleks system mister man en del av denne styringen når man ikke sikrer implementeringen av mål og sikkerhetsbegrensninger utover i kommunens sektorer.

Det neste elementet i analysemodellen er *kontrollfunksjonen*. Denne skal sørge for å kommunisere sikkerhetsbegrensningene nedover i systemet og samtidig overvåke tilstand og effekten av disse begrensningene og gjøre tilpasninger når det trengs. Ifølge våre funn i helse- og omsorgssektoren ser vi at denne funksjonen ute i enhetene ivaretas av mellomlederne. Siden det er en flat struktur ivaretas den overordnede kontrollfunksjonen av sektorlederen. De største utfordringene som mellomlederne selv uttrykker er at det er så mange oppgaver som skal håndteres på dette nivået at de ikke klarer å oppfylle denne funksjonen tilstrekkelig. Videre er denne kontrollfunksjonen i enhetene avhengig av at de på utøvende nivå gir tilstrekkelig med tilbakemeldinger. Uten tilbakemeldinger blir det vanskelig for kontrollfunksjonen å gjøre de rette tilpasninger i systemet. Her er underrapportering av avvik og manglende bruk av ROS-analyse informasjon som i mange tilfeller mangler i sektoren.

Det neste elementet er aktørene. Disse finnes på hvert nivå i systemet og er de som omsetter sikkerhetskravene til konkrete handlinger. Når vi ser på det nivået som leverer tjenester ut mot brukerne er aktørene her de ansatte på utøvende nivå. Disse er avhengige av føringer og sikkerhetsbegrensninger som passer inn i det overordnede system. Disse utspringer av nivået over og formidles av kontrollfunksjonen, her mellomlederne. Her gir funnene et mindre tydelig bilde av hvorvidt eksempelvis rutiner og prosedyrer blir brukt og er forstått på utøvende nivå. Empirien viser mer tydelig at det foregår mye tilpasninger på dette nivået. Her er det mange gode tilpasninger i spill, men empirien viser at disse i liten grad spres oppover eller på tvers i organisasjonen. Det betyr at man mister verdifull læringsoverføring samtidig som man ikke får en vurdering på tilpasningene fra høyere nivå. I forhold til systemteorien (Leveson, 2013) er dette noe man gjerne kan styrke i sektoren og kommunen.

Det er også disse ansatte som skal skrive avviksrapporteringen som blant annet danner grunnlag for at kontrollfunksjonen på ulike nivå kan gjøre nødvendige tilpasninger. Her viser empirien at det er en klar underrapportering de fleste steder i sektoren. I stedet sier funn fra empirien at mye av denne informasjonen heller kommer opp gjennom uformell kontakt. I forhold til systemteorien vil det likevel være å betrakte som en latent svakhet (Reason, 1997) kontrollfunksjonen, da man kan miste systematikken i innhenting av informasjon. Ved å få en klar systematisk struktur på dette vil man kunne generere data som kan vise trender i sektoren og kommunen. Her kan det være verdifullt å henvise til konkrete avviksrapporteringer fremfor uformelle samtaler.

Det neste element i modellen er den *kontrollerte prosessen*. Det utøvende nivået er her særlig interessant. Det er her prosessen er direkte rettet mot brukerne i sektoren. Det er også her kommunens og sektorens overordnede mål blir omsatt til tjenester til brukerne. Empirien viser her at tjenestene i sektoren er et resultat av mange rutiner i bunn og mange tilpasninger som gjøres av de ansatte i forhold til brukeren. Mange av de konkrete tjenestene som leveres her er et resultat av samspill, strategier og erfaring. Her er avdelingsmøter et tydelig fora der mange beslutninger tas om tilpasninger til brukerne.

Det siste elementet i modellen er en *sensor* som monitorerer og gir tilbakemeldinger fra de tjenestene som leveres i den kontrollerte prosessen. Her viser empirien at det i sektoren brukes verktøy som ROS-analyse og avviksrapportering i QM+ til å skaffe kunnskap og oversikt over utfordringer i sektor og enhetene. Her er det varierende systematikk og kunnskap i forhold til bruken av ROS-analyse, særlig utover i enhetene. Videre er bevisstheten om underrapportering av avvik i sektoren en faktor her. Dette er viktige indikatorer i en sensorfunksjon og som kontrollfunksjonen videre er svært avhengig av. I forhold til systemteorien (Leveson, 2011) er dette en svakhet i sektoren og mye av informasjonen når ikke opp eller kommer i varierende grad frem gjennom både formelle og uformelle kanaler.

Dette viser at det i sektoren kan være grunnlag for å fremheve en tydeligere kontrollstruktur. I forhold til analysemodellen er det mulig å finne avvik eller mangler når det gjelder alle elementene i modellen. En del skyldes at disse elementene hører tett sammen og at en manglende systematikk fra kontrollfunksjonen forplanter seg videre i modellen. Det er mye erfaring, gode tilpasninger og gode praksiser som heller ikke når ut i organisasjonen når denne systematikken og systemforståelsen mangler. I en organisasjon preget av knappe ressurser og vanskelige prioriteringer vil systemforståelsen og et fokus på å få frem de gode praksisene kunne få sektoren og kommunen som helhet et skritt nærmere å levere de kontrollerte

tjenestene som står i stil til mål og visjoner. Her er nøkkelen å få kontrollstrukturen integrert i allerede eksisterende strukturer og prosesser.

7.7 Hva er utfordringene ved å bruke systemteori i denne sammenhengen?

Den største utfordringen med å anvende prinsippene fra systemteori i eksisterende strukturer, er at mellomlederne som per i dag har kontrollfunksjonen i enhetene har så mange oppgaver å ivareta at det vanskelig lar seg gjøre uten å tilføre mer ressurser. Uansett hvor gode de ansatte på utøvende nivå blir i å melde avvik så skal disse avvikene uansett håndteres og følges opp. Ifølge informantene på mellomledernivå er det utfordrende nok å følge opp alle ansatte med medarbeiderundersøkelser. Derfor kan man si at det økonomiske handlingsrommet kommunen mangler kan påvirke mulighetene for å anvende prinsippene, slik de presenteres her. Selv om det på sikt kan spares penger på å øke ressursene her, så vil gjerne den umiddelbare kostnaden bli stor. Her er man igjen avhengig av politikerne som skal prioritere og beslutte.

Et annet poeng er at utgangspunktet for Levesons (2011) systemteori var helt andre typer organisasjoner enn det en kommune, og spesielt en helse- og omsorgssektor, representerer. Til tross for at disse også kan kategoriseres innenfor *organized complexity* kategorien er det noen utfordringer når prinsippene skal overføres, spesielt til helsesektoren. Grunnene til dette er blant annet at konsekvensene av å ikke følge en rutine naturlig nok vil variere ut ifra hvilken rutine det er snakk om. Innenfor helse- og omsorgssektoren er det mange rutiner som ligger opp mot vedtak og tiltaksplaner, altså rutiner som er direkte knyttet opp mot brukeren. Flere av informantene sier at det ofte er helt nødvendig å gjøre tilpasninger i forhold til disse fordi man har med mennesker å gjøre. Det er derfor viktig å poengtere at hensikten ikke er at man nødvendigvis skal lære eller justere ut ifra alle dagligdagse tilpasninger som gjøres. I disse tilfellene må man i størst mulig grad sikre god kompetanse blant de ansatte slik at disse tilpasningene gjøres fornuftig.

I denne sammenheng er det likevel viktig å ha med seg Levesons (2011) poeng om at man er en del av et større system og at tilpasningene som gjøres kan ha konsekvenser for det overordnede målet. Eksempelvis om man bruker mye mer tid hos en bruker enn det som står i vedtaket, og dette skjer ofte hos mange brukere, så vil det gå utover effektiviteten som man er avhengig av for at alle skal få den hjelpen de har rett på. Dette er særlig viktig i forhold til å

oppnå målet om bærekraftige helsetjenester, og ikke minst nødvendig da ressursanalysen i sektoren viser at det ikke hadde gått rundt i sektoren dersom alle som har vedtak skulle fått hjelp. Et annet mål er økt egenomsorg, men dersom man bruker for liten tid hos en pasient og ikke klarer å bruke det “kliniske blikket” som informant 6 beskrev, vil man kunne miste viktig informasjon om hva behov brukeren har for å ivareta egenomsorgen.

7.8 Anbefaling

Ved å anvende den brede forståelsen av samfunnssikkerhet så foregår det mye forebyggende arbeid for å sikre kommunens levering av tjenester. Vi mener at dersom kommunen «adopterer» denne forståelsen så vil man få tydeliggjort at mange av de forebyggende tiltakene som eksisterer handler om samfunnssikkerhet. For at samfunnssikkerhet skal ivaretas i hele kommunen mener vi det er hensiktsmessig å gjøre bruk av systemteorien. Dette betyr at vi bør se på kommunen som helhet når det gjelder arbeid med samfunnssikkerhet. Her er det viktig å få kommunisert målene tydelig nedover i kommunen samtidig som det er nødvendig med gode kanaler for tilbakemeldinger. I forhold til tilbakemeldinger er det ønskelig med bedre og mer avviksrapporing av både “positive og negative” rutinesvikt. Arbeidet med ROS-analyser og H-ROS utover i organisasjonen bør også få tydeligere føringer. Mellomlederne i helse- og omsorgssektoren har på grunn av nåværende struktur manglende kapasitet til å ivareta en systematisk kontrollfunksjon. I forbindelse med omstillingsprosessen bør man derfor overveie om et ekstra mellomleder-nivå mellom disse og ledelsen i sektoren kan utgjøre en slik kontrollfunksjon og dermed frigi ressurser og ansvar til mellomlederne. I sektorens ledelse kan det også med fordel etableres en kontrollfunksjon som tar for seg sektoren som helhet. Dette er i empirien også foreslått av flere ansatte i omtalen av et kvalitetsutvalg.

Å tenke sikkerhet i tjenestene som gis, ved bruk av verktøy som ROS og økt fokus på å bruke QM+ er spesielt viktig i kommunens omstillingsprosess som oppfordrer til mye mer bruk av velferdsteknologi for å håndtere fremtidige ressursutfordringer innenfor sektoren. Her er det naturlig å tro at utfordringene og risikofaktorene vil øke. Både fordi det er snakk om teknologi og fordi dette er nye verktøy som de ansatte skal forholde seg til.

For å sikre et økt fokus på samfunnssikkerhet i kommunen som helhet krever det at systemtankegangen føres utover i kommunens sektorer systematisk. Vil man gjøre alvor av dette anbefaler vi å opprette en overordnet samfunnssikkerhetskoordinator-stilling i

kommunen. Denne skal administrere en overordnet kontrollstruktur og sikre at informasjons- og kommunikasjonskanalene brukes til å avdekke utfordringer og tilpasse kommunen til eksisterende og kommende utfordringen innen samfunnssikkerhet. Denne stillingen bør operere med klare mandater og målet er at kommunen både på kort og lang sikt skal spare penger ved å forsterke det som fungerer bra og forebygge det som ikke er gode løsninger for systemet som helhet.

8.0 Konklusjon

I oppgavens del I var formålet å avdekke hva samfunnssikkerhet er i en middels stor norsk kommune.

Med utgangspunkt i vår case avdekket forstudien at samfunnssikkerhet i denne kommunen i høy grad er en evne til å tilpasse seg og håndtere utfordringer og uønskede hendelser. Det er samtidig en hard kamp om prioritering av ressurser i det daglige der det ikke blir mye tid til å ta for seg indre sårbarheter i systemet som generes av kompleksiteten i organisasjonen. Det er størst fokus på å få hjulene til å gå rundt og det mangler derfor en systematikk i å avdekke risiko og sårbarheter i kommunen. Kommunen fremstår som en kompleks organisasjon der det leveres et bredt spekter av tjenester til et bredt spekter av innbyggere. Disse tjenestene er en viktig del av kommunens arbeid med samfunnssikkerhet i den forstand at innbyggerne trenger og forventer tjenestene. Mister innbyggerne tilliten til kommunens håndtering av viktige funksjoner og tjenester vil dette kunne påvirke holdninger og atferd som igjen vil kunne påvirke samfunnssikkerheten. Det er denne bredere forståelsen av samfunnssikkerhet vi står igjen med etter forstudien. Kommunens største utfordring er i denne sammenheng å sikre et systematisk arbeid med samfunnssikkerhet utover i kommunen.

I oppgavens del II har problemstillingen vært å se på hvordan systemteorien kan bidra til å øke fokus på arbeidet med samfunnssikkerhet i kommunen.

Her har vi tatt utgangspunkt i en bred definisjon av samfunnssikkerhet fordi denne sier mest om kommunens arbeid med samfunnssikkerhet. Her er manglende systematikk i arbeidet med samfunnssikkerhet undersøkt nærmere i kommunens helse- og omsorgssektor med det resultat at det i sektoren råder en stor tilpasningsevne, mens en systemforståelse i mange tilfeller synes mangelfull på enhetsnivå. Med en analysemodell som fokuserer på systemteoriens kontrollprinsipper har vi avdekket en del forbedringspotensial som kan bidra til å sikre at overordnede mål når utover i sektor og kommune. Her gir systemteorien kommunen et verktøy til å se på kommunen som helhet, med overordnet mål for samfunnssikkerheten. Den tydeliggjør også behovet for en kontrollstruktur som ivaretar disse målene utover i kommunen. Det mest utfordrende i denne sammenhengen er at det for helse- og omsorgssektoren legges for mange oppgaver på den enkelte mellomleder slik at kontrollfunksjonen ikke kan ivaretas på en god måte. Dette krever at man må tilføre mer ressurser, enten for å avhjelpe mellomlederfunksjonen eller tilføre et nytt ledd som kan ivareta

denne kontrollfunksjonen. Ved å tydeliggjøre denne kontrollfunksjonen fra systemteorien vil det bidra til å øke fokus på samfunnssikkerhet i sektoren.

I kommunens omstillingsprosess er det også en mulighet for å ta i bruk prinsippene fra systemteorien på kommunen som helhet. Her vil opprettelsen av en overordnet “samfunnssikkerhets koordinator” sikre at kommunens mål for samfunnssikkerhetsarbeidet ivaretas utover i kommunen. Denne vil basert på en systemforståelse og kontrollstruktur, implementere og overvåke tiltak knyttet til arbeidet med samfunnssikkerhet og i den forstand sikre et økt fokus på samfunnssikkerhet utover i kommunens sektorer. Med innspill fra resiliensteorien i form av gode praksiser er det lagt opp til tilpasninger som fokuserer på det som fungerer og ikke det som feiler.

8.1 Videre forskning

Arbeidet med å avdekke samfunnssikkerhet i en kommune har vist at det med sin kompleksitet er gjenstand for mye mer forskning. Her vil det være interessant å gå dypere inn i arbeidspraksis for å bedre forstå arbeidet med samfunnssikkerhet i sin helhet.

Videre viser denne studien at det er forhold som gjør at avviksrapporteringen er mangelfull. I den forbindelse ville det være interessant å gå i dybden på den kultur som finnes i kommunen og som er med til å definere hva som rapporteres og ikke. Her vil det også være relevant å se hva som skal til for å endre en slik kultur og endre fokus til å se på avvik som noe positivt og som kilde til læring.

Når helse- og omsorgssektoren i forbindelsen med omstillingsprosjektet ser på velferdsteknologi, er dette noe som vil være interessant å undersøke implikasjonene av. Hvordan økt bruk av teknologi i tjenestene påvirker kompleksiteten i kommunen, kan her være gjenstand for mer forskning.

Litteraturliste

Aftenbladet.no (Forside). Hentet fra <http://www.aftenbladet.no/> (24.05.17).

Amalberti, R. (2013). Resilience and Safety in Health Care: Marriage or Divorce? I E.Hollangel, J.Braithwaite & R.L.Wears (Red.), *Resilient Health Care* (s. 27-37). Farnham: Ashgate Publishing Limited.

Andersen, S. (1997). *Case-studier og generalisering*. Bergen: Fagbokforlaget.

Anderson, J.E., Ross, A. & Jaye, P. (2013). Resilience engineering in healthcare: Moving from epistemology to theory and practice. *REA Symposium on Resilience Engineering* June 25-27 Soesterberg, The Netherlands.

Aven, T., Boyesen, M., Njå, O., Olsen, K. H., & Sandve, K. (2004). *Samfunnssikkerhet*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bergström, J., Wisen, R.V., Henriqson, E. (2015). On the rationale of resilience in the domain of safety: A literature review. *Reliability Engineering & System Safety*, 141, 131-141.

Blaikie, N. (2010). *Designing Social Research*. Cambridge: Polity Press.

Bryman, Alan (2008): "Social research methods". Oxford: University Press.

Clay-Williams, R. (2013). Re-structuring and the Resilient Organisation: Implications for Health Care. I E.Hollangel, J.Braithwaite & R.L.Wears (Red.), *Resilient Health Care* (s. 123-133). Farnham: Ashgate Publishing Limited.

Comfort, L.K., Boin, A. & Demchak, C.C. (Red.), (2010). *Designing Resilience: Preparing for Extreme Events*. Pittsburgh: University of Pittsburgh.

Dekker, S., Bergström, J., Amer-Wählin, I. & Cilliers, P. (2013). Complicated, complex, and compliant: best practice in obstetrics. *Cogn Tech Work*, 15, 189–195.

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, DSB (2015) Veileder: *Departementenes systematiske samfunnssikkerhets og beredskapsarbeid*. Hentet fra <https://www.dsb.no/lover/risiko-sarbarhet-og-beredskap/veileder/departementenes-systematiske-samfunnssikkerhets--og-beredskapsarbeid/#innledning> (20.02.17).

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, DSB (2014). *Veileder til helhetlig ROS i kommunen*.

DSB (2016). *Kommuneundersøkelsen 2016. Status for samfunnssikkerhets- og beredskapsarbeidet i kommunene*. Hentet fra https://www.dsb.no/globalassets/dokumenter/rapporter/kommuneundersokelsen_2016pdf.pdf (17.02.17).

- Engen, O.A., Kruke, B.I., Lindøe, P.H., Olsen, K.H., Olsen, O.E. & Pettersen, K.A. (2016). *Perspektiver på samfunnssikkerhet*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Fairbanks, R.J., Perry, S., Bond, W. & Wears, R.L. (2013). Separating Resilience from Success. I E.Hollangel, J.Braithwaite & R.L.Wears (Red.), *Resilient Health Care* (s. 159-167). Farnham: Ashgate Publishing Limited.
- Fangen, K. (2004). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Flyvbjerg, B. (2004). Five misunderstandings about case-study research. I Seale, C., Gobo, G., Gubrium, J. & Silverman, D. (2004). *Qualitative Research Practice* (s. 420-434). London and Thousand Oaks, CA: Sage.
- Forskrift om kommunal beredskapsplikt (FKB). (2011). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-08-22-894> Lastet ned 01.02.17
- Ghauri, P.N. & Grønhaug, K. (2010) *Research Methods in Business Studies*. 4. utg. Financial Times Prentice Hall, New York.
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967/1970). *The Discovery of Grounded theory. Strategies for Qualitative research*. Chicago: Aldine Publ.Co. 1967 –Third printing 1970.
- Hammer, W. (1972) *Handbook of System and Product Safety*. Englewood Cliffs: Ashgate
- Hollnagel, E.(2004). *Barriers and Accident Analysis*. Ashgate Publishing Group
- Hollnagel, E., Braithwaite, J. & Wears, R.L. (2013). *Resilient Health Care*. Farnham: Ashgate Publishing Limited.
- Hollnagel, E., Woods, D and N. Leveson (2006). *Resilience Engineering. Concepts and Precepts*. Ashgate Publishing Group
- Hutter, B.M. (2001). *Regulation and Risk: Occupational Health and Safety on the Railways*. Oxford: Oxford University Press.
- Kruke, B.I., Olsen, O.E. & Hovden J. (2005). *Samfunnssikkerhet - forsøk på en begrepsfesting*.
- Kuhn, T. (1970). *The structure of scientific revolutions*. Chicago : University of Chicago Press
- Kvale, S. & Brinkmann (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- LaPorte, T.R. and P.M. Consolini (1991). Working in practice but not in theory: Theoretical challenges of High-Reliability Organizations. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 1, 19-47
- Leveson, N.G. (2011) *Engineering a Safer World. Systems Thinking Applied to Safety*. MIT Press.
- Lovdata (2016). *Lov om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og Sivilforsvaret (sivilbeskyttelsesloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2010-06-25-45> (20.02.17).

- Lovdata (2016). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62> (20.02.17).
- Lovdata (2017). *Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71?q=plan%20og%20byggningsloven> (20.02.17).
- Macrae, C. (2013). Reconciling regulation and resilience in health care. I E.Hollangel, J.Braithwaite & R.L.Wears (Red.), *Resilient Health Care* (s. 111-121). Farnham: Ashgate Publishing Limited.
- McIntyre, G.R. (2000). *Patterns in Safety Thinking. A literature guide to air transportation safety*. Ashgate
- Njå, O. & Vastveit, K.R. (2016). *Norske kommuners planlegging, gjennomføring og bruk av risiko- og sårbarhetsanalyse i forbindelse med samfunnssikkerhetsarbeidet*. Rapport nr. 59, Universitet i Stavanger.
- Norsk senter for forskningsdata: *Informasjon og samtykke*. Hentet fra http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/ (29.03.17).
- Perrow, C. (1984, 1999): *Normal Accidents*. New York: Basic Books.
- Pettersen, K.A., & Schulman, P.R. (2016). *Drift, adaptation, resilience and reliability: Toward an empirical clarification*. Safety Science.
- Reason, J. 1997: *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Ashgate.
- Regjeringen (2015). *Kommunestruktur og samfunnssikkerhet: Tale på Samfunnssikkerhetskonferansen 2015*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/kommunestruktur-og-samfunnssikkerhet/id2393459/> (22.05.17).
- Stake, R. (1995). *The art of case Study research*. California: SAGE Publications.
- Statistisk sentralbyrå (2017). *KOSTRA*. Hentet fra <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kostra> (23.05.2017).
- Store norske leksikon (2016). *Kommuner*. Hentet fra <https://snl.no/kommune> den 22.05.17
- Stortingsmelding nr.10 (2016-2017). *Risiko i et trygt samfunn. Samfunnssikkerhet*. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/00765f92310a433b8a7fc0d49187476f/no/pdfs/stm201620170010000dddpdfs.pdf> (02.05.17)
- Stortingsmelding nr.17 (2001-2002). *Samfunnssikkerhet*. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ee63e1dd1a16409fa0bb737bfda9279a/no/pdfa/stm200120020017000dddpdfa.pdf> (17.02.17)
- Turner, B. & Pidgeon, N.F. (1997) *Man-Made Disasters*. Oxford: Butterwoth Heineman.

Weick, K.E. and Sutcliffe, K.M. (2007). *Managing the Unexpected*. 2nd Ed. San FranWood: Jossey-Bass

Westrum, R. (2006). A typology situations. I: Hollnagel, E., Woods, D.D., Leveson, N. (Eds)., *Resilience Engineering: Concepts and Precepts*. Oxford: Ashgate Publishing Group, s. 55-66.

Westrum, R.(1993). Cultures with Requisite Imagination. In J.A . Wise, V.D. Hopkin and P.Stager (eds): *Verification and Validation of Complex Systems: Human Factors Issues*. Berlin, Springer, 401-416.

Woods, D.D. (2015). Four concepts for resilience and the implications for the future of resilience engineering. *Reliability Engineering & System Safety*, 141, 5-9.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Intervjuguide

Intro:

- Presentere oss
 - Formål: få innsikt i arbeidspraksisen i sektoren, på alle nivå.
 - Anonymisering: Blir tatt opp på bånd, men bånd blir slettet så snart oppgaven er ferdig sensurert. Blir oppbevart på en trygg plass. Ingen får lytte, men om det skulle være aktuelt er det kun snakk om sensor. OK? Vis du ønsker, kan få tilsendt det vi har skrevet (før det leveres inn).
1. Beskriv din jobb. Fortell om deg selv eller din plass i organisasjonen. Hva er ditt ansvarsområde.
 2. Dersom du skal si noe generelt om helse- og omsorgssektoren som du er en del av – hvordan fungerer den. Hvilke utfordringer har man med strukturen i sektoren. *(Organiseringen, regelverket, bemanning, beslutningstaking, ansvar, rettigheter osv.)*
 3. Hvor går grensene for ditt ansvarsområde? (Hvem tar over der dine grenser går? Går du ofte utover grensene? Er det faste eller flytende grenser? Tilpasning?)
 4. Hvem og hva er du avhengig av for å levere av en god tjeneste til en bruker?
 5. Kan du beskrive hva som kjennetegner en god tjeneste for deg?
 6. Hva påvirker kvaliteten på oppgavene som du gjør i ditt arbeid? (Positiv og negativ påvirkning) *Krav, standarder, prosedyrer som sikrer kvalitet i tjenesten. Hvorfor/hvorfor ikke – hvordan fanger man opp om det fungerer eller ikke? Vis dette ikke klarer å følges opp, hvordan og til hvem formidles dette?*
 7. Hvordan fungerer samarbeidet i din avdeling? (Horisontalt/vertikalt). *Hvem samarbeider du med utenfor din avdeling og hvordan? Beskriv hvordan du samarbeider med dine ledere og evt. dine ansatte under deg.*
 8. Hvordan vil du si at sikkerheten og/eller kvaliteten på tjenesten som gis kan observeres og påvirkes. *Informasjonsflyt for at justeringer og tilpasninger skal kunne skje. Feedback. Ansvarspersoner.*
 9. Hvordan håndteres hendelser/nesten – hendelser der pasientens eller din egen sikkerhet har stått i fare? Skjer dette? Selvpoplevd eller andres erfaringer?
 10. Hva skaper utfordringer for deg og ditt team?
 11. Gjøres det ofte tilpasninger i forhold til standardiserte oppgaver? Beskriv.
 12. Læring/justering: Hvordan brukes erfaring til læring i sektoren? *Lærer man også av de gode historiene.*

13. Er grensene fornuftige? (Om man ofte går utover vedtak) – hvordan påvirker det ansatte og pasientens sikkerhet og kvalitet.
14. Hvordan gjør du tilpasninger? Hva er de basert på (erfaring?)? Blir denne erfaringen delt med andre – eller har du fått denne erfaringen fra andre?
15. Registrerer du avvik – i så fall, hva er det du registrerer avvik? De du ikke melder, hva er grunnen til det? Er det noe du tenker som avvik, men som ikke blir ansett som avvik. Noe du kunne du tenke deg å registrere og få sendt videre oppover i systemet?

Vedlegg 2 – Dokumentoversikt

Oversikt over dokumenter	Kilde
Evaluering – storbrann i hall	Tilsendt fra kommunen
Evaluering – ekstremvær Urd	Tilsendt fra kommunen
Evaluering – ekstremvær Vidar	Tilsendt fra kommunen
Evaluering – ekstremvær Nina	Tilsendt fra kommunen
Evaluering – Informasjon etter Urd	Tilsendt fra kommunen
Overordnet beredskapsplan	Tilsendt fra kommunen/Tilgjengelig på nett
Foreløpig rapport fra Fylkesmannen	Tilsendt fra kommunen
Sektorplan Helse- og omsorg	Tilgjengelig på kommunens nettsider
Temaplan Skole	Tilgjengelig på kommunens nettsider
Folkehelseprofil i kommunen 2016	Tilgjengelig på kommunens nettsider
Kommuneplan, samfunnsdel 2015-2017	Tilgjengelig på kommunens nettsider
Planstrategi for kommunen 2016-2019	Tilgjengelig på kommunens nettsider