



HAR HELSEFORETAKENE NOE Å LÆRE FRA POLITIETS BEREDSKAPSSYSTEM?

Master i risikostyring og sikkerhetsledelse 2014

Samfunnsvitenskapelig fakultet, Universitetet i Stavanger

Hans Kristian Solberg

MASTERGRADSSTUDIUM I

RISIKOSTYRING OG SIKKERHETSLEDELSE

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Høst 2014

FORFATTER: Hans Kristian Solberg

VEILEDER: Odd Einar Olsen

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Har helseforetakene noe å lære fra politiets beredskapssystem?

EMNEORD/STIKKORD: Beredskap, krise, krisehåndtering, intuisjon, skjevheter, heuristikker, beslutningstaking, helseforetak

SIDETALL: 76

KRISTIANSAND 11. september 2014

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har vært både interessant og krevende, og oppleves som svært relevant for mitt arbeid med beredskap i Sørlandet sykehus HF og Helse Sør-Øst RHF.

Studieløpet har bestått av enkeltmoduler fra fagområdene risikostyring, samfunnssikkerhet og krise- og sikkerhetsledelse, og er gjennomført ved siden av full jobb, med unntak av korte perioder med forelesninger i Stavanger og ved Norsk utdanningscenter for samfunnssikkerhet og beredskap (nusb) i Asker.

Takk til Sørlandet sykehus HF for økonomistøtte og permisjoner. En stor takk til familien for tålmodigheten, støtten og interessen som er vist for studiet og oppgaven, og for kvalifisert korrekturlesning i innspurten. Mange takk også til veileder Odd Einar Olsen, som har gitt gode råd, konstruktiv kritikk og oppmuntringer underveis i skrivingen.

Kristiansand 11. september 2014

Hans Kristian Solberg

Sammendrag

Beredskap innebærer å være forberedt på å håndtere en alvorlig uønsket hendelse, det vil si å ha det man trenger av planer, verktøy og kompetanse til å håndtere situasjonen. Lover, forskrifter og nasjonale og regionale beredskapsplaner gir føringer for helseforetakenes beredskap, men føringene stiller ikke spesifikke krav til hvordan beredskapssystemene skal utformes, og til hvordan foretakene skal organisere sin krisehåndtering. Nasjonal helseberedskapsplan og Regional beredskapsplan stiller imidlertid krav til at beredskapsprinsippene ansvar, likhet, nærhet og samvirke skal legges til grunn.

For å undersøke grunnlaget for foretakenes beredskapsorganisering, hvilke faktorer som er viktige i krisehåndteringen og hvordan beslutningene fattes, falt valget på å gjennomføre en kvalitativ casestudie av 4 helseforetak og ett politidistrikt. Hovedproblemstillingen for studien er *spørsmålet om helseforetakene har noe å lære fra politiets beredskapssystem*. I motsetning til spesialisthelsetjenesten har politiet et felles beredskapssystem, med detaljerte krav til utforming og innhold, noe som sikrer en stor grad av likhet mellom politidistriktene.

Gjennom dokumentanalyse av overordnet planverk og intervjuer med ni respondenter fra helseforetakene ble inntrykket av store ulikheter i helseforetakenes beredskapsorganisering bekreftet. Alle respondentene oppfattet likevel at eget beredskapssystem var hensiktsmessig. Også respondentene fra politiet var tilfredse med eget beredskapssystem, og mener dette gir nødvendig standardisering av politiarbeidet samtidig som det er fleksibelt nok til å gi lokalt handlingsrom.

Et vesentlig funn i denne studien er *at likhetsprinsippet er en hovedårsak til ulikhetene i beredskapsorganiseringen i helseforetakene*. Det innebærer ikke nødvendigvis at beredskapsorganisasjonen er identisk med den daglige driftsorganisasjonen, men at grunnstrukturen i ledelsesnivåene beholdes, og at linjeledere og stabsfunksjoner beholder sine oppgaver og fullmakter når kriseledelse etableres.

Svaret på studiens hovedproblemstilling er todelt. En konklusjon er at *elementene i politiets beredskapssystem bare i begrenset grad lar seg overføre til helseforetakene*. Årsaken er at vektleggingen av likhetsprinsippet i foretakene langt på vei krever at eventuelle endringer må gjøres *både* i beredskapsorganisasjonen og den ordinære driftsorganisasjonen. Politiets beredskapssystem stiller de samme kravene til den daglige organiseringen som til

beredskapsorganiseringen, og dermed integreres likhets- og nærhetsprinsippet i selve systembeskrivelsen. En tilsvarende standardisering av beredskapssystemene på tvers av helseforetakene forutsetter en standardisering også av den ordinære driftsorganisasjonen.

Dette betyr imidlertid ikke at helseforetakene *ikke* har noe å lære fra politiets beredskapssystem. Studien viser at det finnes områder i helseforetakene *som ikke begrenses av likhetsprinsippet fordi de ikke er relevante for den ordinære driften*, og som dermed kan være aktuelle for å hente lærdom fra politiet. Dette underbygges også av at respondentene åpner opp for en viss standardisering. Standardisering krever i prinsippet overordnede føringer, men mye kan også oppnås ved å utvikle anbefalinger og veiledere i relevante fagmiljøer.

Spørsmålet om hvordan beslutninger blir tatt i krisesituasjoner er ikke klart besvart i studien, og er et tema det bør forskes videre på. Respondentenes svar viser at det ikke ligger spesifikke valg av teoretisk tilnærming eller beslutningsstrategi til grunn. Mangelen på bevisste metodevalg i helseforetakene kan tyde på en intuitiv tilnærming til hvordan beslutningene fattes. Dette betyr ikke at beslutningene ikke kan være gode. Intuitiv beslutningstaking vil i mange tilfeller være hensiktsmessig, noe som bekreftes av mye forskning. Det er imidlertid en del forutsetninger for at dette skal fungere, og kunnskapen om dette må være grunnleggende dersom intuitiv beslutningstaking skal inngå i kompetanseutviklingen i foretakene.

Innholdsfortegnelse

1	Bakgrunn for oppgaven.....	1
1.1	Innledning.....	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Avgrensninger	2
1.4	Begrepsbruk.....	3
1.5	Utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten.....	4
1.5.1	Beredskapsplanlegging i sykehus og helseforetak.....	5
1.5.2	Hva vet vi egentlig om helseforetakenes kriseledelse?.....	5
1.5.3	Hva vet vi om politiets kriseledelse?.....	5
2	Teori.....	6
2.1	Introduksjon.....	6
2.2	Hybride organisasjoner.....	7
2.3	Krisens utfordringer.....	9
2.4	Sense Making	10
2.5	Decision Making.....	10
2.5.1	Beslutningstaking under usikkerhet	10
2.5.2	Naturalistisk beslutningstaking	12
2.5.3	Tenke fort og langsomt	14
2.5.4	Er intuisjonen til å stole på når beslutninger skal tas?	16
2.5.5	Streetlights and Shadows	17
2.6	Meaning making.....	19
2.7	Terminating	19
2.8	Learning.....	20
2.9	Oppsummering av teori	20

3	Metode	22
3.1	Design av metode	22
3.1.1	Dokumentanalyse	23
3.1.2	Utforming av intervjuguidene	24
3.1.3	Intervjuer	24
3.2	Fremdrift og aktiviteter.....	25
3.3	Studiens gyldighet (validitet).....	26
3.4	Pålitelighet (reliabilitet).....	27
3.5	Generaliserbarhet.....	27
3.6	Sterke og svake sider ved studien.....	28
4	Empiri	30
4.1	Introduksjon.....	30
4.2	Beredskapsprinsippene	30
4.3	Politiets beredskapssystem (PBS)	31
4.3.1	Innledning.....	31
4.3.2	Hvordan oppfatter respondentene PBS?	32
4.3.3	Utformingen av politiets beredskapssystem.....	34
4.3.4	Kriseledelse og beslutningstaking	40
4.3.5	Kompetanseutvikling	41
4.4	Helseforetakenes beredskapssystem.....	42
4.4.1	Overordnede føringer for helseforetakenes beredskap.....	42
4.4.2	Dokumentanalyse av overordnede beredskapsplaner	44
4.4.3	Utforming av helseforetakenes beredskapssystemer.....	45
4.4.4	Kriseledelse og beslutningstaking	52
4.4.5	Kompetanseutvikling	54
5	Drøfting.....	57

5.1.1	Overordnede føringer	57
5.1.2	Forskjeller og likheter mellom politiet og helseforetakene.....	57
5.1.3	Hybrid organisering og ledelse	59
5.1.4	Utforming av beredskapssystemene.....	60
5.1.5	Planverk.....	61
5.1.6	Sentralisert eller desentralisert kriseledelse	61
5.1.7	Standardisering.....	63
5.1.8	Stabs- eller linjeledelse.....	65
5.1.9	Kompetanseutvikling	66
5.1.10	Beslutningstaking	67
5.1.11	Læring	72
6	Konklusjon.....	74
7	Referanser	77
8	Vedlegg.....	81

1 Bakgrunn for oppgaven

1.1 Innledning

Den 22. juli 2011 inntraff den største beredskapshendelsen i Norge siden 2. verdenskrig. De fleste delene av samfunnets kriseberedskap ble satt på prøve, og innsatsen er grundig gjennomgått i rapporter i ettertid. Rapportene trekker fram flere forbedringspunkter, noen kjente fra tidligere hendelser og øvelser. Selv om helsevesenet i stor grad fikk positiv omtale for sin innsats denne dagen, er det påpekt flere områder for forbedring også her. Økt prioritering av øvelser var et viktig punkt i flere av rapportene.

Det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst RHF oppnevnte i 2006 Regionalt beredskapsutvalg (RBU). RBU skal være et forum for erfaringsutveksling, samhandling og kompetanseutvikling, og er rådgivende for RHFet innenfor beredskapsområdet. Utvalget fikk i oppgave å følge opp en del av forbedringspunktene etter 22. juli. På bakgrunn av dette ble det besluttet å utarbeide et utkast til en øvingsveileder for beredskap i helseforetakene. I diskusjonene videre ble det etter hvert klart at en slik veileder også burde omfatte kompetanseutvikling. Parallelt med arbeidet med veilederen har av helseforetakene også presentert sine beredskapssystemer i utvalgsmøtene. Det viser store forskjeller både i planverk, organisering og sammensetning av kriseledelse og begrepsbruk.

Ulikhetene i beredskapssystemer vanskeliggjør utviklingen av en veileder for øvelser og kompetansebygging. Ulik begrepsbruk fører også til misforståelser i kommunikasjonen mellom foretakene i forbindelse med øvelser og reelle hendelser. Dette reiser spørsmål om det er ønskelig eller mulig å gjennomføre en større grad av standardisering av helseforetakenes beredskapssystemer. For å undersøke dette nærmere er det relevant å vurdere helseforetakenes beredskap opp mot en etat som har gjennomgående og standardiserte krav til beredskapsorganiseringen. Politiet er en slik etat, og møter store utfordringer samtidig og av samme type som helsevesenet når alvorlige hendelser inntreffer.

Motivasjonen for å gjennomføre denne studien er sprunget ut av arbeidet som seniorrådgiver for beredskap i Sørlandet sykehus HF, et engasjement i Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med oppfølgingen av 22. juli, og som leder av RBU. Dette har gitt innsikt i hvordan foretakenes

beredskapssystem er utformet, men har også inspirert til å søke en dypere forståelse av hvorfor.

1.2 Problemstilling

Beredskap innebærer ”tiltak for å forebygge, begrense eller håndtere kriser og andre uønskede hendelser”. Det betyr å være forberedt, det vil si å ha det man trenger av planer, verktøy og kompetanse til å håndtere situasjonen. Når det skjer en alvorlig hendelse, og et sykehus settes i økt beredskap og etablerer kriseledelse, hva har kriseledelsen da å støtte seg til? Er beredskapsplanene til hjelp, er organiseringen av kriseledelsen hensiktsmessig, og har lederne tilstrekkelig beslutningskompetanse? Er de i stand til å ta de riktige beslutningene raskt nok, og til å sørge for at de implementeres? Hva påvirker beslutningene? Er det noe spesialisthelsetjenesten kan lære av hverandre eller andre typer virksomheter? Ut fra dette ble det formulert følgende hovedproblemstilling:

Har helseforetakene noe å lære fra politiets beredskapssystem?

For å forsøke å finne svar på dette er beredskapssystemene i 4 helseforetak i en helseregion vurdert opp mot politiets beredskapssystem. Oppgavens tema retter seg mot betydningen av beredskapsorganisering generelt, og tar utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

1. *Hva er grunnlaget for utformingen av politiets hhv. helseforetakenes beredskapssystemer?*
2. *Er det spesielle faktorer som er viktige i politiets hhv. helseforetakenes krisehåndtering?*
3. *Hvordan blir beslutningene tatt i de to etatene?*

1.3 Avgrensninger

Politiet fikk mye kritikk 22. juli, mens både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i stor grad fikk positiv omtale. Denne oppgaven er ikke en studie av årsakene til at spesialisthelsetjenesten eller politiet lyktes eller mislyktes den 22. juli. Når hendelsen omtales er det fordi erfaringene og rapportene setter temaet inn i en kontekst, og synliggjør de utfordringene ledelsen på ulike nivåer utsettes for. Det er heller ikke innenfor rammene av denne oppgaven å vurdere om det er ulikheter mellom politidistriktene, til tross for at de har et felles beredskapssystem.

Helsevesenet består ikke bare av spesialisthelsetjenesten, dvs. helseforetakene. Kommunene har ansvar for primærhelsetjenesten med for eksempel legevakt, helse- og omsorgssentra. De spiller også en hovedrolle for etablering og drift av evakuerte-/pårørendesentra (EPS) ved større hendelser. I denne oppgaven berøres ikke kommunenes beredskap nærmere. Når begrepet helse brukes i teksten er det derfor spesialisthelsetjenesten og helseforetakene det henvises til.

1.4 Begrepsbruk

Som det fremgår av empirikapittelet bruker respondentene ulike betegnelser på ledelsesnivåer og kriseledelse. Et helseforetak består i hovedsak av flere sykehus. Når taktisk eller operativt nivå nevnes, er det knyttet til det enkelte sykehus, mens strategisk nivå vil være det sykehusovergripende, det vil foretaksnivå. Taktisk, stedlig og lokalt er for øvrig uttrykk for samme nivå, tilsvarende gjelder strategisk, overordnet og sentralt.

Politi og helse bruker ellers motsatte betegnelser på ledelsesnivåer. Politiet bruker operasjonelt nivå om det som i helse betegnes taktisk, mens taktisk nivå hos politiet er det som i helse heter operativt nivå.

Kriseledelse, beredskapsledelse og katastrofeledelse er alle begreper som benyttes i foretakenes planverk, og som også brukes om hverandre i litteraturen, men som uttrykker det samme. NOU 2000:24 introduserte begrepet krise på denne måten, senere fulgt opp i St. meld. 17 (2001-2002): ”En krise er en hendelse som har potensiale til å true viktige verdier og svekke en organisasjons evne til å utføre viktige funksjoner”. Det finnes også andre definisjoner, men denne er den mest brukte i forvaltningen. I engelskspråklig litteratur brukes i hovedsak begrepet crisis management, som best kan oversettes med krisehåndtering. I offentlige dokumenter (offentlige utredninger, lover og forskrifter) anvendes ikke lenger katastrofebegrepet knyttet til ledelse og planverk, men reserveres til å karakterisere de alvorligste hendelsene. Dette gjenspeiles etter hvert også i helseforetakenes planverk. I denne studien er det i hovedsak krisebegrepet som vil bli brukt. Unntaket når det refereres spesifikt til forhold i de undersøkte foretakene.

Selv om begrepet beredskap også brukes om ressurser og kompetanse for å håndtere dagliglivets ulykker og sykdom, vil begrepet i denne teksten knyttes til større og alvorlige hendelser der kriseledelse og –tiltak iverksettes.

1.5 Utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten

Når man skal vurdere organiseringen av beredskap og krisehåndtering i et helseforetak kan det være nyttig å gå noen år tilbake og se på enkelte utviklingstrekk. Utgangspunktet for beskrivelsen nedenfor er det som for fram til 2002 het sentralsykehus, men som i dag sammen med nærliggende sykehus utgjør et helseforetak. Selv om det forekommer variasjoner, har utviklingen i de fleste foretakene felles utviklingstrekk.

I 1989 startet innføringen av medisinsk nødmeldetjeneste, med etablering av LV-sentraler (legevaktsentraler) og AMK-sentraler (akuttmedisinske kommunikasjonsentraler) med mottak nødmeldinger via 003, etter hvert 113, i sykehusene. Samtidig ble helseradionettet, et analogt samband basert på ledige frekvenser fra det utrangerte mobiltelefonsystemet, bygd ut for å binde sammen LV- og AMK-sentralene, ambulansetjenesten og annet helsepersonell i vakt. Med dette ble sykehusenes ansvarsområde utvidet til også å omfatte det prehospitale området. Ambulansetjenesten var på det tidspunkt i stor grad privat drevet, med unntak av enkelte sykehusbaserte stasjoner.

På 1980-tallet hadde de fleste lokal- og sentralsykehus mottakelsesavdelinger som tok imot elektive pasienter, mens alvorlige skader og andre akutte tilstander oftest ble transportert direkte til intensivavdelingene for stabilisering og behandling. Etter hvert ble mottakelsene konvertert til akuttmottak, og stabiliserende behandling av de fleste pasientgrupper ble overført dit.

Etter 1996 overtok sykehusene det faglige ansvaret for, i stadig flere områder også driften, av ambulansetjenesten. Dette førte til en betydelig oppgradering av utstyr og kompetanse, blant annet ved at det etter hvert ble stilt krav til fagbrev for ambulanspersonell. Samtidig sørget AMK-sentralene for en kvalitetsforbedring for kontakten mellom publikum og helsevesen, og helseradionettet bidro til en mer effektiv utrykningstjeneste. Utviklingen førte til en profesjonalisering av nødmeldetjenesten, ambulansetjenesten, akuttmottakene og andre akuttmedisinske avdelinger. Det er dette det refereres til når det operative nivået i helseforetakene nevnes i denne studien.

1.5.1 Beredskapsplanlegging i sykehus og helseforetak

Sykehusenes katastrofeplaner var på 90-tallet i hovedsak identisk med det som i dag kalles beredskapsplaner for eksterne ulykker, og det var lite fokus på interne hendelser. Dette skyldtes at den tekniske infrastrukturen var enklere og dermed mer robust, og at behovene for uavbrutt forsyning av strøm, vann og telefoni var mindre kritisk enn i dag. IT-systemer var i liten grad tatt i bruk, og påvirket ikke sykehusenes sårbarhet. Etter at helseforetaksmodellen ble innført i spesialisthelsetjenesten i 2002 med de regionale helseforetakene som eiere av sykehusene, startet et mer systematisk arbeid med planverk og tiltak knyttet til infrastruktur og interne hendelser. Beredskapsprinsippene ansvar, likhet og nærhet ble lagt til grunn.

1.5.2 Hva vet vi egentlig om helseforetakenes kriseledelse?

Det finnes lite forskning på bakgrunnen for helseforetakenes valg av beredskapsorganisering og hvilken kompetanse beslutningstakerne faktisk har. Det kan virke som om kriseledelsen på taktisk og strategisk nivå i foretakene ikke har gjennomgått en tilsvarende profesjonalisering som på operativt nivå, og at beredskapstenkningen fortsatt i stor grad er knyttet til større eksterne ulykker. Spørsmålet er derfor om ikke det dimensjonerende scenarioet for beredskapsarbeidet nå bør hentes fra områder som vil medføre større utfordringer for den overordnede ledelsen, nemlig alvorlige og langvarige interne hendelser. Dette temaet vil bli berørt senere i oppgaven.

En sammenligning mellom helseforetak og etater som har et etablert og gjennomgående beredskapssystem kan bidra til å synliggjøre sterke og svake sider ved ulike modeller. Helseforetakene har, i motsetning til både politiet, brann- og redningsetaten og Siviltforsvaret, ikke et felles beredskapssystem. I intervjuene av respondenter fra helseforetaket stilles derfor spørsmålet om dette er et problem.

1.5.3 Hva vet vi om politiets kriseledelse?

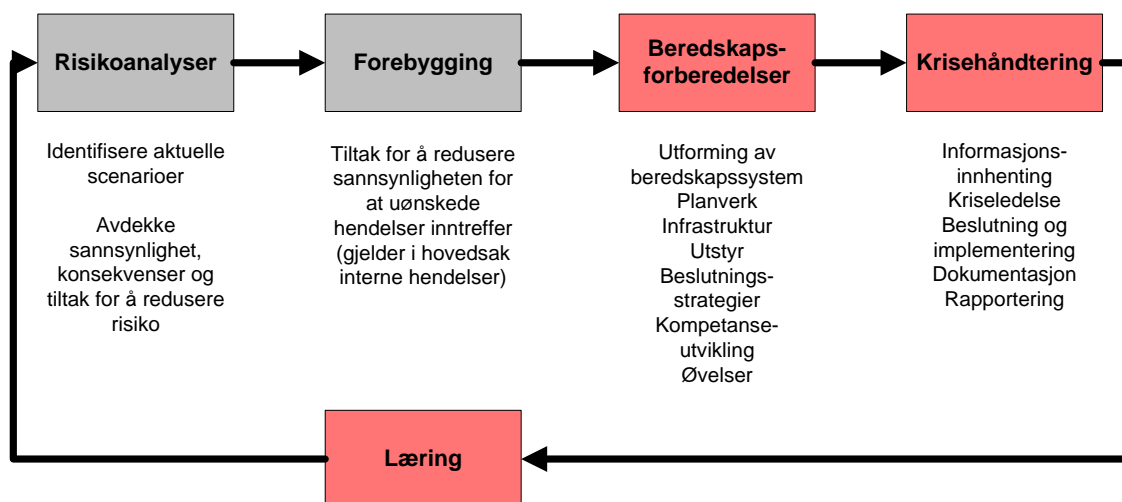
Fra helsevesenets side er det liten innsikt i hvordan politiet tar beslutninger i krisesituasjoner og hva slags kompetanse lederne har. Det er også noe av bakgrunnen for å gjennomføre intervjuer med politiet. Tradisjonelt er ikke spesialisthelsetjenesten representert i LRS redningsledelse, og får dermed ikke innsikt i politiets krisehåndtering på den måten.

2 Teori

2.1 Introduksjon

Store norske leksikon definerer beredskap som ”det å være forberedt til innsats for å møte uventede kritiske situasjoner”. Denne forberedtheten krever at man vet noe om hva som kan hende (risiko), hva slags ressurser (personell, utstyr og lokaliteter) man trenger for å håndtere situasjonen og hvilken kompetanse som er nødvendig. Dette må settes i system, og beskrives i et planverk. Figur 1 visualiserer dette, og er en modell basert på egne erfaringer fra arbeidet innenfor beredskapsområdet.

Utformingen av beredskapssystemet vil være avhengig av hva slags kriser organisasjonen kan bli utsatt for, og hvilke oppgaver som må håndteres, både de som er knyttet til krisen og de som er knyttet til å opprettholde parallell drift. Det er her risikoanalyser kommer inn. Både helseforetakene og politiet har liten mulighet til å forebygge eksterne hendelser, det vil si hendelser som skjer utenfor egen virksomhet, men de må være forberedt på å håndtere situasjonen. Figur 1 er en visualisering av en beredskapssløyfe som de fleste helseforetakene i praksis anvender. Hvor godt man håndterer situasjonen når krisen kommer, er avhengig av hvor godt forberedt virksomheten er, og hvor god krisehåndteringen er.



Figur 1. Elementene i et beredskapssystem (basert på egen erfaring)

Når en krise oppstår, vil utfallet avhenge av hvor godt virksomheten er forberedt (altså graden av beredskap) og av hvordan krisehåndteringen gjennomføres, det vil si hvordan kriseledelsen håndterer situasjonen. I denne oppgaven er det de tre delementene *utforming av beredskapssystem, kompetanseutvikling og kriseledelse/beslutningstaking* som blir vektlagt. Temaet læring vil også bli berørt fordi det er en viktig del av grunnlaget for kompetanseutvikling.

Det teoretiske grunnlaget for oppgaven er valgt for å belyse temaene som trekkes frem i forskningsspørsmålene. Forutsetningen for å utforme et beredskapssystem er at man vet noe om hva slags hendelser og påvirkninger virksomheten kan bli utsatt for, og hvordan ulike typer kriser utvikler seg. Viktige beslutninger må tas på flere nivåer i organisasjonen, og valg av beslutningsstrategier og teoretisk grunnlag for beslutningskompetanse trekkes fram som viktig i forskningen. Denne studien skal forsøke å avdekke om dette også anses som viktig i helseforetakene..

Chrichton et al (2000) beskriver flere hendelser i ulike virksomheter, og påpeker at ”across industries and agencies, emergency management organisations share many of the following features”, og nevner noen momenter som også er relevante for politi og helse:

- Multi-person-systemer, med ulike personer og team som har viktige roller i krisehåndteringen
- Geografisk spredte enheter med nøkkelroller i krisehåndteringen
- Ad hoc-team som ellers ikke arbeider sammen
- Ulike mål som må oppnås parallelt
- Personer som arbeider under stress og i stressende omgivelser

2.2 Hybride organisasjoner

Selv om både politiet og helseforetakene kan karakteriseres som beredskapsorganisasjoner, er det ikke først og fremst de store, alvorlige hendelsene som er avgjørende for organiseringen. Det sies ofte om helsevesenet at ”beredskap er integrert i daglig drift”. Hovedoppgaven for helseforetakene er å oppfylle sørge-for-ansvaret, som er en samlebetegnelse for de oppgavene som helseforetakene er pålagt iht. § 2-1 a i Lov om spesialisthelsetjenesten. I tillegg kreves god virksomhetsstyring, og dette gir et spenningsfelt mellom fag og ledelse, noe som kjennetegner hybride organisasjoner.

Johansen et al (2010) definerer hybride organisasjoner som ”organisasjoner som inneholder strukturelle, kulturelle og prosessuelle elementer fra ulike organisasjonsformer”. I dagligtale brukes ellers begrepet hybrid som en karakteristikk av at noe er blandet eller sammensatt. Det som kjennetegner ledelsesutfordringene i slike organisasjoner er at ”selve miksen av ulike elementer antas å skape tvetydighet og usikkerhet”. Johansen et al nevner sykehus som et eksempel, der det er spenninger mellom stykkprisfinansiering og pasientrettighetsloven. Det vises til sykehusreformen, som ble gjennomført 1. januar 2002 på bakgrunn av et ønske om mer effektiv utnyttelse av ressursene. Reformen stilte eksplisitte krav til ledelsesmessig ansvar på alle nivåer i sykehusene, til et ”profesjonelt lederskap”. Dette forsterket et allerede eksisterende spenningsforhold mellom administrativ regelorientering og profesjonell autonomi (utøvd av sykepleiere og leger). Etter en periode der det ble ansatt generelle ledere, ofte sykepleiere med lederutdanning, er pendelen nå på vei tilbake til å ansette leger som ”hybridledere” på de fleste nivåer i foretakene.

Selv om eksempelet ovenfor er hentet fra sykehus er de samme mekanismene gjeldende i andre virksomheter, også politiet. Det nevnes spenninger mellom politiutdannet personell og ledere uten politiutdanning, som jurister og administrativt personell. Engelstad et al (2010) knytter hybridbegrepet til motsetningsfylte relasjoner og krav i en organisasjon, med det resultat at det oppstår en vedvarende tilstand av indre motsetninger.

Berg et al (2010) påpeker at reformene i helsevesenet de siste årene har hatt som målsetting å sette pasienten i sentrum, og at behandlingen derfor må organiseres etter pasientforløp. Det bidrar til utviklingen av hybride former for organisering. Behandlingsansvaret delegeres til ledere på et lavere nivå, samtidig som kontrolltiltak ovenfra skjerpes. Denne utviklingen er påvirket av den innsatsstyrte tilnærmingen New Public Management, hentet fra det private næringsliv. Ifølge Berg et al er det et paradoks at det skjer en hybridisering av ledelse som en følge av reformer som egentlig tar sikte på å forsterke den hierarkiske styringen. Resultatet er ledere i sykehus må kombinere generell og faglig ledelse for å få legitimitet.

Berg et al oppsummerer sin gjennomgang av litteratur om hybridledelse i sykehus med at det ikke finnes en klar definisjon på hybridledelse, men at det kan oppfattes som både en blandingsrolle og en grenserolle mellom faglig og generell ledelse. Det fremstår altså ikke som et entydig fenomen verken som rolle eller praksis.

2.3 Krisens utfordringer

Noen kriser utvikler seg langsomt, og kan også ha lang varighet (finne tilbake til teori om dette). Andre utvikler seg raskt og avsluttes raskt. Begge typer har sine utfordringer, men de er ulike. Ulykker er av den siste kategorien, og vil være preget av at beslutningene må tas under tidspress, og med utilstrekkelig informasjon tilgjengelig. Ved kriser som utvikler seg langsomt kan utfordringen være å oppdage krisen før det er for sent.

Boin et al. (2005) stiller i boka *The Politics of Crisis Management* spørsmål om hvilke faktorer som påvirker ulike typer kriser som konflikter, menneskeskapt ulykker og naturkatastrofer. Boka retter seg i utgangspunktet mot krisehåndtering på politisk nivå, men forfatterne understreker at teorien også gjelder ”practitioners in and beyond the public sector”.

Boin et al viser til at krisens faser ofte beskrives slik: forebygging, begrensning, kritiske beslutninger og normalisering. Med utgangspunkt i dette definerer forfatterne fem kjerneoppgaver for kriseledelsen:

1. *Sense making*:
 - Oppdage krisen på grunnlag av ofte uklare og motstridende tegn på at noe ekstraordinært er i ferd med å skje
 - Definere hva krisen egentlig dreier seg om
 - Definere omfang og trusselnivå
2. *Decision making*:
 - Beslutte og iverksette adekvat respons
 - Koordinere aktiviteter og innsats
3. *Meaning making*
 - Skape et bilde av situasjonen og kommunisere dette ut på en entydig og klar måte
 - Skape aksept for det bildet som presenteres
4. *Terminating*
5. *Learning*

I det følgende knyttes andre teoretiske referanser opp mot de fem kjerneoppgavene som beskrives av Boin et al.

2.4 Sense Making

Mange av tegnene på at en krise er under utvikling kan være til stede i en organisasjon i lang tid, og sense making dreier seg om å oppdage krisen. For de krisene som ikke starter med en tydelig hendelse, viser dette seg å være et kritisk punkt. Boin et al beskriver de viktigste årsakene til det, men påpeker at en krise er en sosial og subjektiv konstruksjon, noe som innebærer at det først er krise når noen mener det er krise:

A crisis is a label, a semantic construction people use to characterize situations or epochs that they somehow regard as extraordinary, volatile, and potentially far-reaching in their negative implications.

Sense making påvirkes av erfaring, stressnivå og kapasitet hos dem som forventes å oppdage krisen, og har stor betydning for virksomhetens sårbarhet. Sårbarhetsutvalget (NOU 2000:24) definerer sårbarhet slik: ”Sårbarhet er et uttrykk for de problemer et system vil få med å fungere når det utsettes for en uønsket hendelse, samt de problemer systemet får med å gjenoppta sin virksomhet etter at hendelsen har inntruffet”. Ifølge Boin et al er suksessfaktorer for robuste organisasjoner evnen til risikoerkjennelse, desentralisering og trening.

Også Klein (2009) er opptatt av sense making, og i boka *Streetlights and Shadows* definerer han begrepet slik:

Sensemaking is the attempt to understand events that have occurred and to anticipate what might happen next.

2.5 Decision Making

2.5.1 Beslutningstaking under usikkerhet

Beslutningstaking foregår hele tiden i alle organisasjoner. Det som skiller beslutningstaking i kriser fra den daglige virksomheten i hovedsak usikkerhet og tidspress. Lipshitz et al (1997) analyserte rapporter om beslutningstaking under usikkerhet, og fant at beslutningstakerne skilte mellom tre typer usikkerhet: inadekvat forståelse, ufullstendig informasjon og ikke-definerte alternativer. Usikkerheten kan både være knyttet til egen rolle, til situasjonen eller til resultat av handling. Lipshitz et al. formulerte tre forslag til karakteristikk av usikkerhet:

1. Usikkerhet i konteksten handling er en følelse av tvil som blokkerer eller utsetter handlingen
2. Usikkerheten som beslutningstakerne må håndtere avhenger av modellen de bruker for å ta beslutninger
3. Ulike typer usikkerhet klassifiseres ut fra hva beslutningstakeren er usikker på, og årsaken til dette.

Forfatterne påpeker at beslutningstakere av og til er ute av stand til å handle, ikke fordi de mangler informasjon, men fordi de er overveldet av overfloden av motstridende betydninger. Det de da kan gjøre er enten å redusere usikkerheten ved å innhente tilleggsinformasjon, erkjenne usikkerheten og handle ut fra risikovurderinger, eller benekte usikkerheten.

Useem et al (2005) analyserer en fatal brann i South Canyon for å avdekke de kritiske beslutningene som ble tatt slik at de kan legges til grunn for ”improving leadership decision making in other institutions, including company management”. Konklusjonen er at beslutningene som lederne av brannmannskapene måtte ta ”are not unlike decisions faced by managers of most organisations”. Det pekes spesielt på tre faktorer som årsak til suboptimale beslutninger: lederen er lite forberedt, utsettes for akutt stress og har uklart autoritet.

Boin et al mener at suksessfull krisehåndtering ikke avhenger så mye av selve beslutningene som av implementeringen og koordineringen av dem. De fleste beslutningene tas i mindre grupper, noe som betyr at beslutningene også i stor grad påvirkes av hvordan disse gruppene fungerer. Ytterpunktene er grupper enten preget av konflikt eller av ensrettethet, og flere faktorer virker inn:

Negative faktorer:

- Medlemmene mangler kompetanse og erfaring fra krisehåndtering
- Bestående konflikter mellom medlemmene forsterkes under press
- Konformitet, dvs. for stor enighet, fremmer ikke miljø for kritiske argumenter

Suksessfaktorer:

- Aksept av de ulike rollene i gruppen, og av hvem som gir råd og hvem som gjør det endelige valget
- Lederen sørger for å få fram reelle synspunkter og forslag, ”the multiple advocacy method”

- Desentralisering av beslutninger bygget på premisset om at bare beslutninger som ikke kan tas nede i organisasjonen skal tas i kriseledelsen: ”... only those decisions that cannot be taken on the spot will raise to the top where crisis leaders reside”
- Evnen til “a healthy dose of improvisation”, krisene har tendens til ikke å følge det planer og strukturer legger opp til
- Effektiv koordinering for at beslutningene skal kunne settes ut i livet, mye avhenger av etablering av informasjonsknutepunkter

Momentene ovenfor beskriver en kombinasjon av sentralisert og desentralisert beslutningstaking. En desentralisert beslutningstaking øker organisasjonens robusthet, men forutsetter en klar delegasjon av beslutningsmyndighet.

Hvordan foreta gode beslutninger, og hva er gode beslutninger? Problemet er at man ikke vet om beslutningen er god eller dårlig når man foretar den, spesielt ikke hvis tidspress og stress påvirker beslutningstakerne. Aven et al (2004) mener derfor at man heller bør fokusere på vurderingen i forkant av beslutningen, på ulike beslutningsstrategier. Å finne egnede strategier, velge taktikk og gjennomføre effektiv skadebegrensning er ifølge Aven et al de viktigste oppgavene i en beredskapssituasjon. Et opplæringsprogram bør derfor legge til rette for at personellet kan

- anvende et sett av regler eller prosedyrer (regelbasert nivå)
- reagere raskt og automatisk (ferdighetsnivå)
- analysere situasjonen (kunnskapsbasert nivå)

Målsettingen er at trening fører til et mer regelbasert og ferdighetsbasert adferd, noe som reduserer behovet for analyse. Dette er i samsvar med Kleins konklusjoner og med innholdet i RPD-modellen.

2.5.2 Naturalistisk beslutningstaking

Lipshitz et al (2001) beskriver Naturalistic Decision Making (NMD) som en videreutvikling av en rekke modeller for beslutningstaking. Starten var Classical Decision Making (CDM), som spores helt tilbake til Bernoulli i 1738. NMD ble initiert i en konferanse i 1989 og beskrevet av Klein et al. (1993). Lipshitz et al (2001) definerer NMD som ”an attempt to

understand how people make decisions in real-world contexts that are meaningful and familiar to them”.

En forutsetning knyttet til NDM er at den gjelder *dyktige* beslutningstakere, dvs. personer med relevant erfaring og kunnskap fra det aktuelle fagområdet. 4 karakteristikk beskrives som sentrale:

1. Proessorientering: modellen forsøker ikke å forutsi hvilke opsjoner som vil bli implementert, men beskriver den kognitive prosessen
2. Beslutninger baseres på at håndteringen passer, og ikke ved valg mellom konkurrerende løsninger. Dette innebærer følgende:
 - Alternative løsninger evalueres sekvensielt, en av gangen
 - Løsningen velges ut fra om den er kompatibel med situasjonen
 - Prosessen kan være analytisk, men hviler oftere på at mønsteret passer, eller på uformelle resonnementer.
3. Modellen er uformalisert og kontekst-bundet, forklart som ”proficient decision making by experienced knowledge”.
4. Modellen er preskriptiv og empiri-basert, dvs. den utleder preskriptive tiltak fra deskriptive modeller basert på ”expert performance”.

Dette innebærer altså at empirisk-baserte beskrivelser bare er gyldige når kunnskap kan utvikles gjennom gjentatte oppgaver og valid tilbakemelding. NMD er et kompromiss mellom den teoretiske verdien av modeller og forskning, og anvendeligheten av kunnskapen som utvikles. Prototypen på NMD-modellen er Recognition-Primed Decision Making (RPD). Modellen ble utviklet ved å studere kognitive oppgaver utført av brannmenn. Det ble observert at lederne i de fleste tilfeller valgte et handlingsmønster uten å sammenligne flere løsningsalternativer, men fulgte det første de identifiserte, noe som reiste to spørsmål: Hvordan kunne de stole på den første handlingen de betraktet? Og hvordan kunne de evaluere en enkelt løsning uten å sammenligne den med andre.

RPD som modell ble utformet ved å sammenstille beskrivelsene fra brannlederne selv. Det finnes tre varianter av modellen:

- I. Den enkleste varianten baseres på at erfaring utvikler prototyper eller kategorier, og at fagfolkene oppfatter situasjoner som typiske med visse handlinger som passende og vanligvis suksessfulle.
- II. Hvis situasjonen er uklar kan dyktige beslutningstakere skape en situasjonsbeskrivelse som gjør det mulig å mentalt simulere hendelser som kan observeres i situasjonen.
- III. Beslutningstakeren simulerer mentalt en retning for handling for å se om den vil fungere eller om den vil ha uakseptable konsekvenser.

Alle tre variantene avhenger av ekspertise og utgjør en fremoverrettet prosess mot løsning. Det er viktig å være klar over at ekspertise i denne sammenhengen ikke viser til ekspertise på spesifikke fagområder, men til dyktighet knyttet til beslutningstaking iht. punktene fra RPD. Det vil være i denne betydningen begrepet ekspertise brukes i denne studien. Funnene er senere repetert flere ganger med ulike yrkesgrupper, og RPD-strategien viser seg å bli brukt ved 80 – 90 % av hendelsene som er undersøkt. Bare for svært uerfarne beslutningstakere blir den brukt i mindre enn 50 % av tilfellene. Modellen fungerer når beslutningstakere har nødvendig erfaring, når det er tidspress, usikkerhet og ikke-definerte mål. Den fungerer mindre bra i kompliserte tilfeller, der beslutningene må begrunnes eller der det er flere interesser involvert.

Beslutningstaking blir tradisjonelt studert på tre nivåer: individ, gruppe og organisasjon. Det som er beskrevet ovenfor er stort sett rettet mot individet. Lipshitz et al. stiller spørsmål om hva som er effektiv beslutningstaking, og hva som får et team av eksperter til å bli et ekspertteam, og gir følgende svar:

- ”Team situation-awareness” (situasjonsbevissthet) er avgjørende for effektiv beslutningstaking
- Delte mentale modeller, dvs. felles oppfatning av oppgaven, gir bedre kommunikasjon og planlegging, og bedrer teamets beslutningsevne.

2.5.3 Tenke fort og langsomt

Kahneman (2013) presenterer i boka *Tenke fort og langsomt* oppfatninger om dømmekraft og beslutningstaking knyttet til intuisjon og til skjevheter i intuitiv tenkning. Ifølge Store norske leksikon betegner intuisjon i dagligdags språkbruk ”en spesielt effektiv og direkte form for erkjennelse eller erkjennelsesevne”. Skjevheter, eller på engelsk bias, er knyttet til intuisjon,

og kan skyldes at intuisjonen bygger på ulike heuristikker. Store norske leksikon definerer bias som ”utsagn, valg og vurderinger som på systematisk måte avviker fra det som stemmer overens med virkeligheten” og heuristikk som ”en enkel fremgangsmåte eller strategi som en problemløser kan ta i bruk for å øke sjansen til å løse en oppgave”, enkelt sagt en tommelfingerregel. Et eksempel er tilgjengelighetsheuristikken som gjør at man vektlegger informasjon som det er lett ”å komme på”. Intuisjon og heuristikker har betydning for beslutningstaking i usikre situasjoner, og Kahneman siterer Herbert Simon: ”Intuisjon er verken mer eller mindre enn gjenkjennelse”. Gjenkjennelse oppstår imidlertid på grunnlag av kompetanse og erfaring (ekspertise), og Kahneman utleder at ”rask tenkning omfatter både ekspertintuisjon og heuristikker”.

Når den raske tenkningen ikke gir resultater skjer overgangen til ”den langsomme tenkningen”. I del 1 av boken beskrives dette med en metafor om to aktører som kalles *System 1* og *System 2*:

- System 1 virker automatisk og hurtig, med liten eller ingen anstrengelse og ingen opplevelse av viljeskontroll
- System 2 tildeler oppmerksomhet til de anstrengende mentale aktivitetene som krever det, inkludert komplekse utregninger. Aktiviteten til System 2 assosieres ofte med en subjektiv opplevelse av agens, valg og konsentrasjon

System 1 er altså den intuitive metodikken, og leverer uanstrengt en strøm av inntrykk og følelser som er hovedkilde til de eksplisitte overbevisningene og bevisste valgene til System 2, den kognitive tilnærmingen. Som mennesker identifiserer vi oss med System 2, men det er egentlig System 1 som dominerer. System 2 overvåker adferden og tar over når System 1 ikke finner løsninger på aktuelle problemer. System 1 aktiverer tanker som igjen kan føre til ideer som kan skape en kontekst for utvikling av scenarioer. Tankene fremkalles ofte av likhet, nærhet i tid og sted eller kausalitet, og skyldes ifølge Kahneman en priming-effekt. Når man hører eller leser et ord, eller det oppstår en situasjon, vil den første reaksjonen dette skaper ”prime” forståelsen eller føre til assosiasjoner. Dette er automatiske og ubevisste reaksjoner, og påvirker våre valg i større grad enn vi er klar over. System 2 bestemmer altså mindre enn vi tror. På mange måter er altså System 1 et middel til å trekke ”forhastede slutninger”. Det er effektivt hvis konklusjonene stort sett er riktige og kostnadene ved en og annen feilslutning er akseptable, men er risikabelt hvis man ikke er fortrolig med situasjonen, innsatsen er høy eller det ikke er tid til å innhente mer informasjon.

Kahneman formulerer det slik: "What you see is all there is (WYSIATI)". Det du ser er alt som finnes, og er selve grunnlaget for "forhastede slutninger". Det er en form for avgrensning, og gjør det mulig å tenke raskt og hente mening uten å ha fullstendig informasjon, den informasjonen man har er *alt som er å vite*. Derfor skaper System 1 den best mulige historien ut fra informasjonen som er tilgjengelig, og hvis det er en god historie, tror man på den.

System 1 har imidlertid også andre svakheter. Hvis et tilfredsstillende svar på et vanskelig spørsmål ikke blir funnet raskt, vil System 1 finne et relatert spørsmål som er enklere. Dette er egentlig en definisjon på heuristikk: en enkel prosedyre som bidrar til å finne brukbare, men ofte ufullstendige svar på vanskelige spørsmål. Med andre ord: hvis du har et problem du ikke kan løse, finn et enklere problem du *kan* løse. I del 2 av boken beskriver Kahneman ulike typer heuristikker som underbygger teorien om System 1 og trangen til forhastede slutninger. Heuristikkene fører skjevheter i bedømmning av ulike temaer, og til at ulike irrasjonelle påvirkninger aksepteres av System 1 og gjør det lite pålitelig i mange sammenhenger.

2.5.4 Er intuisjonen til å stole på når beslutninger skal tas?

Kahnemans teorier står til en viss grad i motsetning til Klein (2009) og hans NDM-tilnærming. Ifølge Kahneman avviser NDM-erne fokuset på skjevheter i forskningen på heuristikker. De kritiserer denne forskningen for å være alt for opptatt av svakheter og basert på kunstige eksperimenter, i motsetning til Kleins studier av "virkelige mennesker". Det var Klein som i sin tid utviklet teorien om Recognition Primed Decisions (RPD), og Kahneman påpeker at den involverer både System 1 og System 2. I første fase danner man seg en foreløpig plan som en automatisk funksjon av den assosiative hukommelsen (System 1), i neste fase skjer en bevisst prosess der planen gjennomgås i tankene for å sjekke om den vil fungere (System 2).

Forskerne som er uenige med Klein påpeker at skjevheter (bias) forstyrrer tenkningen vår, og at bruk av heuristikker tyder på at man ikke kan stole på folks evne til å ta tenke klart og foreta gode vurderinger og beslutninger. Klein er uenig i dette, og mener at disse begrensningene er lettere å demonstrere i laboratorieforsøk enn i reelle situasjoner. Klein argumenterer for at selv om skjevheter kan føre til feil beslutninger, spiller de en effektiv rolle i det virkelige liv. For å kompensere for mulige feil mener han at beslutningstakere må hjelpes til å bygge ekspertise, blant annet til å bli i stand til å utforme gode mentale modeller.

2.5.5 Streetlights and Shadows

Klein (2009) innleder boka *Streetlights and Shadows* med beskrivelse av en nestenulykke med et passasjerfly som et eksempel påpeker at det finnes hendelser der ordinære rutiner og prosedyrer ikke virker. Det er derfor behov for to ”mentale gir”, ett for å bruke standard prosedyrer, og ett for å kunne improvisere når situasjonen er uavklart. Han sammenligner dette med det menneskelige øye, der enkelte celler er avhengige av lys, og ser detaljene, men er ubrukelig når det er mørkt. Da aktiveres andre celler som er mye mer følsomme for lys, men som ikke registrerer fine detaljer. Det vi ser i godt lys er altså annerledes enn det vi ser i mørket, og vi trenger begge egenskapene. Klein mener denne dualiteten illustrerer måten vi må planlegge og håndtere risiko og usikkerhet på, den viser hvordan vi utvikler ekspertise og hvordan vi kan bruke intuisjon. Klein og hans kolleger har i løpet av de siste 30 årene gjennomført studier i naturalistiske settinger for å forstå hvordan folk tenker under ”skyggefulle” forhold med tvetydig informasjon, uklare mål og skiftende situasjoner. Klein har altså utviklet sine teorier i ”den skarpe enden”, og ikke i laboratorier og ved hjelp av eksperimenter, slik Kahneman har arbeidet. Likevel har forskningen og konklusjonene deres store likhetstrekk.

Klein tilegner den intuitive tilnærmingen til et ”automatisk system” som er raskt og bygger på ”den tause kunnskapen”, og den analytiske tilnærmingen til det ”reflektive systemet”, som er langsommere og mer bevisst. Inndelingen tilsvarer Kahnemans System 1 og System 2.

Klein lister opp 11 påstander om beslutningstaking som ofte oppfattes som sannheter, men argumenter mot deres gyldighet. Hans påstand er at dette kan være riktig følge i velordnede situasjoner, men kan bidra til at komplekse problemer blir behandlet som om de er enkle og håndterbare. Få krisesituasjoner er velordnede, og påstandene vil da være til hinder for å bruke intuisjon og ekspertise.

For eksempel er påstand nr. 1 at “teaching people procedures helps them perform tasks more skillfully”. Klein påpeker at prosedyrer gjør det lettere å evaluere praksis, de hjelper uerfarne til å gjennomføre oppgaver, de øker toleransen for forstyrrelser og de gjør det lettere for team å forutsi hverandres handlinger. Poenget er likevel at prosedyrer er utilstrekkelige, de kan hindre utvikling av ekspertise, og de vil forvitte over tid. Når folk blir dyktigere vil de se situasjoner og sammenhenger, og vil stole mer på sine umiddelbare og intuitive reaksjoner. Regler vil være bra i starten, men man må ”move beyond rules in order to achieve mastery”.

Kravet om å følge prosedyrene kan føre til middelmådighet, og bare ved å respektere begrensningene i prosedyrer og sjekklister vil vi bli i stand til å bruke dem fornuftig. Kleins påstand er at “skilled performers need latitude to depart them from procedures”. Han formulerer motsatsen til påstand 1 slik: “In complex situations, people will need judgment skills to follow procedures effectively and to go beyond them when necessary”.

Når man står oppe i en situasjon man raskt må ta stilling til, er det ifølge Klein en fare for at man intuitivt velger en konklusjon som i ettertid ikke bare viser seg å være feil, men også blokkerer for å tenke alternativt (påstand 5). Dette kan føre til at man holder fast ved den første løsningen for lenge. Det er derfor viktig å ha et åpent sinn for andre løsninger, men det må kombineres med en aktiv uttesting av alternativene. Klein illustrerer dette med blant annet eksempler fra helsevesenet.

På tilsvarende måte gjennomgår Klein de andre påstandene han mener er tillagt for mye vekt i beredskapssammenheng.

Våre erfaringer reflekteres i det Klein kaller den tause, ubevisste kunnskapen, og som er grunnlaget for ekspertise. Han argumenterer for at det nettopp er dette som er avgjørende for håndteringen av komplekse situasjoner. Kunnskapen baseres på evnen til å skille sanseintrykk, gjenkjenne handlingsmønstre, skille mellom det typiske og det avvikende, og evnen til å konstruere mentale modeller. Alt dette er ubevisste mekanismer. Man blir imidlertid ikke ekspert ved bare å akkumulere erfaringer, men ved å lære av erfaringene og bruke dem til å utvikle mentale modeller. Klein og Kahneman forsket i fellesskap over flere år på hvordan man kan utvikle ekspertise, og deres felles konklusjon var at det er to forhold som må være oppfylt for å utvikle intuisjonen: situasjonen må til en viss grad være forutsigbar, og folk må ha mulighet til læring.

Klein påpeker at det er nødvendig å *kombinere* systematisk analyse og intuisjon, men illustrerer i flere eksempler at logisk tenkning og analyse faktisk ikke fører til riktigere resultat enn bruk av intuisjon. Selv om modeller og verktøy for å kunne generere og analysere alternative valg er tilgjengelig, viser det seg dessuten at beslutningstakere i praksis ikke benytter seg av muligheten til dette, men velger den første løsningen de mener er god nok.

Klein (2009) argumenterer også mot at det er mulig å redusere usikkerhet ved å samle mer informasjon. Han påpeker at dette er gyldig dersom man *ikke har* den informasjonen man

trenger, men ikke hvis *man ikke kan stole* på den informasjonen man har, hvis det foreligger *motstridende* informasjon eller hvis den er *uforståelig*. Hans konklusjon er at “in complex environments, what we need isn't the right information but the right way to understand the information we have”.

Beslutningstaking innebærer evne til å forstå situasjonen, og til å tilpasse seg til hendelsen. Tilpasning betyr å kunne revidere målene, bli mer motstandsdyktig overfor trusler man ikke kan forutse, og å endre måten man samarbeider på. Klein viser til at prosjekter som startet med veldefinerte mål ikke oppnådde bedre resultater enn prosjekter der målene i utgangspunktet var mer flytende: ”det viktige er at vi ikke reviderer planen for å nå målene, men at vi reviderer målene”.

Avslutningsvis påpeker Klein at mye av trening og opplæring som gjennomføres går ut på å ”fylle opp lageret med informasjon” i den tro at man dermed oppnår ekspertise. Dette bygger på at man kan omsette informasjonen til fakta, anvendelige regler og prosedyrer. I komplekse situasjoner er det imidlertid den tause kunnskapen som er viktig, evnen til å gjenkjenne mønstre og skape mentale modeller. Kleins konklusjon er at for å kunne skape gode mentale modeller må man ha evnen til å redefinere dem man har fra tidligere.

2.6 Meaning making

Når krisen er erkjent og nødvendige beslutninger tas og implementeres er det også et annet aspekt som må håndteres: det er mange som venter på og forventer informasjon om situasjonen. Dette gjelder media, personer som er direkte berørt av hendelsen, myndigheter og publikum generelt. Boin et al (2005) understreker at krisekommunikasjonen har en avgjørende betydning for om kriseledelsen oppnår eller taper aksepten for å gjennomføre nødvendige tiltak. Dette har også med kredibilitet og omdømme å gjøre.

2.7 Terminating

I en del kriser kommer de største utfordringene etter at den operative fasen er overstått, i fasen kalt terminating. Dersom kriseledelsen ikke har håndtert krisen godt eller har ansvar for at den oppstod, vil det føre til en *politisk* krise i etterkant av selve hendelsen. Krisen er altså ikke over før både den operative og politiske fasen kan avsluttes.

2.8 Learning

Boin et al (2005) avslutter beskrivelsen av kjerneoppgavene med å drøfte hva som skal til for å lære av krisene, og til å være i stand til å implementere det man har lært. Forfatterne har en noe pessimistisk oppfatning, og mener at evnen til kriseledelse, evnen til å lære og kraften til å reformere står i motsetning til hverandre. På side s. 117 – 118 i boka beskrives tre typer læring som kombineres for å oppnå en læringseffekt:

- *Experience based* – gjennom å være direkte eksponert for krisen og dens virkninger
- *Explanation based* – gjennom en rasjonell søken etter årsaker til feil og effekter av respons
- *Competence eller skill based* – når kriseledelsen ikke har vært i stand til å håndtere krisen på grunn av manglende kompetanse eller ferdigheter

Klein (2009), Kahneman (2013) og andre forskere som er opptatt av RPD, legger vekt på det å utvikle ekspertise som grunnlag for å god intuitiv beslutningstaking understreker at evnen og muligheten til læring er en forutsetning for gjenkjennelse. Det er utenfor denne studiens rammer å gå dypere inn i teori om læringens mekanismer.

2.9 Oppsummering av teori

Oppgavens hovedproblemstilling er operasjonalisert i tre forskningsspørsmål knyttet til utforming av beredskapssystem, hvilke faktorer som er viktige i krisehåndteringen og hvordan beslutninger blir tatt. Vesentlig for utforming av et beredskapssystem vil være erkjennelsen av hva slags kriser virksomheten kan bli utsatt for. Både politi og helsevesen opplever relativt ofte akutte kriser i form av store ulykker, og er kanskje best forberedt på å håndtere disse. Langsomt utviklende kriser, som for eksempel pandemien i 2009, er sjeldnere. Begge disse hendelsene kan karakteriseres som eksterne for begge etatene. Helseforetakene har i tillegg interne hendelser å bekymre seg for, hendelser som kan true pasientsikkerheten og den daglige driften.

Den teoretiske tilnærmingen i kapitlene foran omfatter dels generelle beskrivelser gyldige for ulike typer kriser, og dels mer spesifikk teori rettet mot beslutningstaking under usikkerhet. Flere av forfatterne som er omtalt beskriver eksempler fra krisehåndtering på operativt nivå, for eksempel blant brannmenn og annet innsatspersonell, og trekker fram en intuitiv

tilnærming til beslutningstaking. Dette er relevant for helsepersonell og polititjenestemenn på innsatsnivå. Det understrekes også at en intuitiv tilnærming kan anvendes på et mer overordnet nivå, det vil si i kriseledelsen.

Det fremgår ikke av politiets beredskapssystem eller foretakenes beredskapsplaner om det er foretatt spesifikke valg for beslutningsteori eller beslutningstrategier. Det kunne i så fall vært et utgangspunkt for drøftingen av likheter og ulikheter mellom etatene. Den teoretiske innfallsvinkelen som er valgt for oppgaven oppfattes likevel som relevant for å kunne analysere empiriske funn og besvare forskningsspørsmålene.

3 Metode

3.1 Design av metode

Utgangspunktet for denne studien er som beskrevet innledningsvis egen observasjon av store ulikheter i helseforetakenes beredskapssystemer. Dette viser seg blant annet i sammensetning av kriseledelse på de forskjellige nivåene i organisasjonene. Kompetansekrav til ledere og ledergrupper er lite omtalt, og beslutningsstrategier og beslutningsteori synes ikke å være en del av beredskapsforberedelsen. Det er ikke funnet forskning eller litteratur fra Norge som beskriver konsekvensene av denne tilsynelatende mangelen på bevisst valg av struktur og innhold i foretakenes beredskapssystemer. Hendelser som setter kriseledelsen på prøve er sjeldne, og evalueringsrapporter etter større hendelser der spesialisthelsetjenesten har vært involvert belyser i hovedsak hva som har skjedd, men berører i liten grad selve kriseledelsen og konsekvensene av den.

For å få mer kunnskap om dette temaet ble det besluttet å sammenligne beredskapssystemet i noen utvalgte helseforetak med politiets beredskapssystem. Bakgrunnen for det er at politiets beredskapssystem del I (PBS I) stiller detaljerte krav til struktur og innhold i politiets beredskapsorganisering. Dette vil kunne danne bakgrunn for å belyse sterke og svake sider i begge etater.

Ut fra dette ble det formulert en problemstilling knyttet til om ***helseforetakene har noe å lære fra politiets beredskapssystem***. Dette ble videre problematisert i tre forskningsspørsmål:

1. *Hva er grunnlaget for utformingen av politiets hhv. helseforetakenes beredskapssystemer?*
2. *Er det spesielle faktorer som er viktige i politiets hhv. helseforetakenes krisehåndtering?*
3. *Hvordan blir beslutningene tatt i de to etatene?*

For å forsøke å få svar på forskningsspørsmålene ble det valgt å gjennomføre en empirisk undersøkelse med kvalitativ tilnærming. Denne tilnærmingen anvendes når man ønsker å fremskaffe dybdekunnskap på et begrenset område. Jacobsen (2005) beskriver at kunnskapen kan være av to typer. Den ene er å finne ”noe vi ikke har visst om i det hele tatt”. Den andre

typen er videreutvikling av kunnskap om ”noe vi allerede vet”. I denne studien er det den sistnevnte vinklingen som er aktuell.

Jacobsen definerer forskning som ”en systematisk undersøkelse av ett eller flere spørsmål” og kjennetegnene er at innsamlingen av data, behandlingen av informasjonen og presentasjonen av funn skjer systematisk. Dette innebærer ikke at forskningen vil beskrive en objektiv virkelighet, men at den i beste fall vil gi en bedre forståelse av sammenhenger og påvirkninger innenfor temaet.

Metodevalget for denne studien er i hovedsak basert på Jacobsen (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Det er valgt en induktiv tilnærming, det vil si at innsamling av data er gjort uten at det er formulert noen teori på forhånd. Utfallet av empiri og analyse er altså i utgangspunktet åpent. Oppgavens problemstilling er deskriptiv (beskrivende), og det er valgt et intensivt design. Ifølge Jacobsen er det intensive opplegget kjennetegnet ved at man går i dybden og intervjuer relativt få respondenter, i dette tilfellet 12. Dette får fram nyanser og detaljer knyttet til problemstilling og forskningsspørsmål.

Studien ble innledet med dokumentanalyse av relevante styrende dokumenter for helseforetak og politi, etterfulgt av intervjuer med respondenter fra 4 helseforetak og ett politidistrikt. Kombinasjonen av dokumentanalyser og intervjuer kalles triangulering, og er med på å øke studiens gyldighet. I dette tilfellet vurderes respondentenes oppfatninger og erfaringer opp mot fakta beskrevet i overordnede dokumenter og planverk. Studien er en casestudie avgrenset til å omfatte beredskapssystem og kriseledelse.

3.1.1 Dokumentanalyse

I forkant av intervjuene ble det gjennomført en dokumentanalyse av lover/forskrifter, nasjonale og regionale beredskapsplaner, politiets beredskapssystem (PBS I), samt det overordnede beredskapsplanverket i helseforetakene. Dette er beskrevet i empirikapittelet. Dokumentanalysen av foretakenes beredskapssystem er for sammenligningens skyld satt opp i en matrise, se vedlegg 3. Hensikten med å analysere lover/forskrifter og nasjonale/regionale beredskapsplaner var å avdekke om det foreligger føringer for utforming av beredskapssystem og beslutningsstrategier. Gjennomgangen av foretakenes beredskapsplanverk ble gjort for å se om eventuelle overordnede føringer var blitt nedfelt og operasjonalisert. I tillegg var det relevant å avdekke likheter og ulikheter mellom foretakenes beredskapssystemer.

Detaljeringsgraden i dokumentanalysen av foretakenes planverk vil kunne føre til identifisering av de deltakende foretakene. Dette anses ikke som problematisk ettersom det ikke fremkom spesielt kontroversielle utsagn eller temaer.

3.1.2 Utforming av intervjuguidene

Intervjuguidene, se vedlegg 1 og 2, er egentlig en operasjonalisering av forskningsspørsmålene. Som beskrevet i kapittel 3.1.3 var det lagt opp til semistrukturerte intervjuer, og spørsmålene var i hovedsak utformet for å gi en retning på samtalen heller enn å være styrende.

Det formelle grunnlaget for utformingen av beredskapssystemene ble klarlagt gjennom dokumentanalysen, og spørsmålene til respondentene ble utformet for å få informasjon om hvordan disse kravene var innfridd og hvilke andre faktorer som hadde spilt inn. I tillegg var det viktig å få kunnskap om hvorvidt beredskapssystemene ble ansett som hensiktsmessige. Dette gjenfinnes i intervjuguidens spørsmål 1 – 6 for begge etatene.

Forskningsspørsmål 2 tok sikte på å avdekke respondentenes erfaringer med beredskapssystemene og hva de vektlegger i krisehåndteringen. Dette dekkes av intervjuguidens spørsmål 7 – 13 for politiet og 7 – 11 for foretakene.

De øvrige spørsmålene rettet seg mot generell beredskaps- og beslutningskompetanse. For politiets del ble dette knyttet til eksisterende kompetanseutviklingsprogrammer, for helseforetakene var spørsmålene noe mer spesifikke.

Alle respondentene fikk tilsendt intervjuguidene på forhånd.

3.1.3 Intervjuer

Respondentene ble kontaktet på forhånd og forespurt om de ville være med i studien, og alle som ble kontaktet sa seg villige til det. Det ble så sendt ut kortfattet informasjon på e-post.

Intervjuene ble gjennomført som åpne, semistrukturerte samtaler med den enkelte respondent, og respondentene fikk dermed selv velge vinkling og prioritering av temaene. Det var viktig å få fram en beskrivelse av respondentenes egne synspunkter på foretakets hhv politiets beredskapssystem, og om dette oppfattes som hensiktsmessig eller ikke. Intervjuene ble gjennomført ute i foretakene og på politihuset i respondentenes egne kontorer eller lokale

møterom. Intervjuene ble tatt opp på diktafon, og hadde en varighet på mellom 40 og 60 minutter.

Respondentene ble valgt ut i egenskap av å ha viktige roller i krisehåndtering og –ledelse, og dermed forventet å inneha grundig kunnskap om beredskapssystem. Alle respondentene hadde erfaring både fra operativt/taktisk, taktisk/operasjonelt og strategisk nivå.

Respondentene fra helseforetakene

- Rådgiver/prosjektleder for prehospitale tjenester
- En erfaren kirurg (overlege), leder av strategisk/taktisk kriseledelse
- En erfaren anestesioverlege, beredskapssjef
- To fagdirektører, ledere av overordnet kriseledelse og administrerende direktørs fullmakter
- Divisjonsdirektør for prehospitale tjenester
- To administrerende direktører
- Erfaren ambulansesarbeider og AMK-operatør

Respondentene fra politiet

- Stabssjef
- Assisterende stabssjef
- Leder av etterretning (P2)

Etter intervjuene ble det tatt utskrifter av essensielle deler av opptakene. Dette ble lagt inn i matrise basert på spørsmålene i intervjuguidene. Ettersom intervjuene var semistrukturerte krevde det en viss redigering og omplassering, men uten at respondentenes formuleringer ble endret. I neste omgang ble utsagnene samordnet og kategorisert i temaer slik det fremgår av empirikapittelet. Dette ble først gjort foretak for foretak, og til slutt samlet for alle 4 foretak. Intervjuene med politiet ble behandlet på samme måte. Svarene er anonymisert så langt det er mulig uten at de mister sin informasjonsverdi eller betydning.

3.2 Fremdrift og aktiviteter

Arbeidet med studien har foregått i tidsrommet fra uttak 17. januar 2014 til innlevering 15. september.

Tabell 1. Gjennomføring av studien

Tidsperiode	Aktivitet	Formål	Utbytte
Januar - februar	Utforming av problemstilling og forskningsspørsmål		
Februar	Anskaffelse og gjennomgang av litteratur		
Mars	Utvelgelse av respondenter og avtaler om intervjutidspunkt		Positiv respons fra alle forespurte
Mars	Gjennomgang av PBS I, aktuelle lover/forskrifter og nasjonale/regionale beredskapsplaner	Skaffe kunnskap om føringer for politiets hhv foretakenes beredskapssystem før intervjuer	Utforming av intervjuguide
April	Dokumentanalyse av beredskapsplaner fra 4 helseforetak	Skaffe kunnskap om helseforetakenes beredskapssystemer	Utforming av intervjuguide
Mai - juni	Gjennomføring av intervjuer politi og helse		Intervjuenes varighet i underkant av en time, tatt opp på diktafon
Juni – juli	Analyse og drøfting		
August	Justering av teori og empiri, utkast til konklusjon		

3.3 Studiens gyldighet (validitet)

Valg av problemstilling og formulering av forskningsspørsmålene legger premisser for funn i en undersøkelse. Vurderingen av gyldighet dreier seg om hvorvidt de innsamlede dataene svarer på problemstillingen. I studien er forskningsspørsmålene operasjonalisert for både å få fram faktiske opplysninger, reelle erfaringer og synspunkter fra respondentene. Alle intervjuene ble avsluttet med spørsmål om det var temaer respondenten ønsket å ta opp i tillegg til hva intervjuguiden la opp til, og om det var andre spørsmål som burde vært stilt. Ingen av respondentene hadde noe vesentlig å tilføye til det.

Respondentene ble lovet full konfidensialitet. Hensikten er både å sikre at respondentene føler seg frie til å svare ærlig på spørsmålene, og å skjerme enkeltpersoner fra reaksjoner på eventuelle kontroversielle uttalelser. Svarene opplevdes som åpne og konstruktive, og var også i stor grad sammenfallende både innenfor og på tvers av foretakene. Det er derfor grunn til å anta at resultatene av undersøkelsen gir et riktig bilde (intern gyldighet) av det enkelte foretaks beredskapssystem. Ingen av svarene oppfattes som spesielt kontroversielle.

Utvelgelsen av foretak ble gjort for å oppnå variasjon i antall tilhørende sykehus og størrelsen på disse, ut fra en oppfatning av at dette ville kunne påvirke organiseringen av overordnet kriseledelse. Alle foretak og respondenter ble valgt på grunnlag av relevans, og ikke representativitet.

3.4 Pålitelighet (reliabilitet)

Reliabilitet innebærer i prinsippet et krav om at en annen forsker vil oppnå samme resultat i en tilsvarende undersøkelse. Intervjuene i denne casestudien var semistrukturerte, med mulighet for respondentene til kunne vektlegge egne synspunkter og erfaringer. Fordelen med en slik tilnærming er at man kan gå i dybden for å få fram flere nyanser og relevant kunnskap som ikke fanges opp av spørsmålene. Respondentenes svar vil til en viss grad være kontekstavhengige. Flere av respondentene var dessuten kjent for intervjueren på forhånd, en relasjon som kan ha betydning for utviklingen av samtalen. Respondentene har imidlertid lang erfaring fra lederroller eller andre funksjoner som gir faglig og personlig integritet. Sammenfallene av synspunkter mellom respondenter som kjente intervjueren og de som ikke gjorde det, taler for at den enkelte i liten grad lot seg forstyrre av relasjonen til intervjueren.

Resultatene oppfattes som pålitelige fordi svarene er som innhentet fra personer med samsvarende roller og bakgrunn i de forskjellige foretakene i stor grad har gitt et sammenfallende bilde av beredskapssystemene. Det var også stort samsvar mellom svarene fra respondentene og fremstillingen i foretakenes beredskapsplaner. Det var et tilsvarende samsvar mellom polititjenestemennenes svar og PBS I.

3.5 Generaliserbarhet

Studien er gjennomført i en tredjedel av helseforetakene i en helseregion. Alle har akuttberedskap og ansvar for mottak av skadde fra større ulykker og katastrofer. Ut fra egen kjennskap til øvrige foretak er det grunn til å anta at det ville vært gjort tilsvarende funn også der. Det er altså grunn til å anta at resultatene er generaliserbare til andre foretak i denne regionen. Uten mer kunnskap om de øvrige regionale helseforetakene har gitt føringer for organisering av beredskapssystemer, begrepsbruk eller andre områder, er det ikke mulig å vurdere om funnene i denne studien også er generaliserbare til foretak utenfor regionen.

Når det gjelder undersøkelsen i politiet er forholdene noe annerledes. Føringer og krav til beredskapssystem er nedfelt i PBS I, og dermed gjeldende for alle politidistrikt.

Respondentenes svar gir først og fremst svar på hvordan man oppfatter hensiktsmessigheten av systemet, og om det gir nok handlingsrom til å ta gode beslutninger. Siden det bare er gjennomført intervjuer med representanter fra ett distrikt, er det ikke mulig å vurdere man ville fått tilsvarende respondentsvar også i andre distrikt.

Fordelen med en casestudie med semistrukturerte spørsmål er at man kan gå i dybden av avgrensede problemstillinger. Ulempen vil være mindre grad av generaliserbarhet. Egen erfaring fra mange års arbeid på beredskapsområdet har gitt innsikt i mange av temaene som er berørt i studien. Dette har vært en viktig forutsetning for å formulere problemstilling og forskningsspørsmål, og for å gjennomføre intervjuene på en måte som får fram relevante data. På den annen side er det en fare for at for mye forhåndskunnskap gir en skjevhet i tilnærmingen, og at egne synspunkter farger fremstilling og konklusjoner. Dette er forsøkt motvirket ved å være bevisst på faren gjennom alle studiens faser.

3.6 Sterke og svake sider ved studien

Når det gjelder helseforetakene har undersøkelsen ført fram til relativt klare konklusjoner på problemstillingen og på det første forskningsspørsmålet (om grunnlaget for utforming av beredskapssystem). Når det gjelder forskningsspørsmål 2 er det klart at den viktigste faktoren for krisehåndteringen er vektleggingen av likhetsprinsippet, og det er gjennomgående for alle foretakene. Det var ikke urimelig å forvente på forhånd at både kompetanseutvikling og et tema som beslutningsstrategi og beslutningskompetanse også ville vært identifisert som viktige faktorer, men det gir studien ikke belegg for. Respondentene trakk heller ikke fram andre spesielle synspunkter på hva som påvirker beslutninger og krisehåndtering og hvordan beslutningene blir tatt. Dette er påfallende vurdert opp mot forskning og teori på området, men er i samsvar med egen erfaring. Svarene kan tolkes slik at disse faktorene *ikke* er sentrale i helseforetakenes beredskapstenkning, noe som er et viktig funn i seg selv.

Søkelyset i denne studien er først og fremst rettet mot helseforetakene. Sammenligningen med politiet var både for å avdekke forskjeller og eventuelle likheter mellom beredskapssystemene i de to etatene, og for å få en vurdering av hvordan polititjenestemenn oppfatter et gjennomstandardisert system. Når det gjelder helseforetakene var respondentsvarene såpass sammenfallende at dersom ett eller to foretak hadde vært utelatt fra studien ville ikke

nødvendigvis funnene blitt annerledes, men det ville skapt mer usikkerhet knyttet til pålitelighet og generaliserbarhet.

Det er også et spørsmål om resultatene i studien ville ha blitt annerledes hvis ikke det var gjennomført en sammenligning mellom politi og helseforetak. Til det er å si at oppmerksomheten som dokumentstudien og intervjuene med polititjenestemennene rettet mot vesentlige forhold for organisering av beredskapssystem og aspekter ved kriseledelse har vært viktig for perspektivet på vurderingen av foretakene.

4 Empiri

4.1 Introduksjon

I forkant av intervjuene ble det foretatt en dokumentanalyse av relevante lover/forskrifter og andre overordnede styrende dokumenter. Hensikten med dette var å avklare hvilke formelle føringer politiet og helseforetakene må forholde seg til ved utforming av beredskapssystem. For politiets del er overordnede føringer flettet inn sammen med informasjonen fra respondentene i kapittel 4.3. For helseforetakene er overordnede føringer beskrevet i kapittel 4.4.1. For å belyse lokale forhold ble det også gjennomført en dokumentanalyse av de undersøkte foretakenes overordnede beredskapsplaner, se vedlegg 3.

4.2 Beredskapsprinsippene

Stortingsmelding 17 (2001 – 2002) slår fast at ”arbeidet med samfunnssikkerhet skal ta utgangspunkt i prinsippene om ansvar, nærhet og likhet. Prinsippene skal være styrende for målet om at samfunnet skal kunne forebygge og håndtere kriser på en effektiv måte”. Dette gjelder alle etater som arbeider med beredskap. Stortingsmelding 29 (2011 – 2012) introduserer også samvirkeprinsippet, som innebærer at ”samvirke skal være et bærende element i all planlegging og organisering av samfunnssikkerhets- og beredskapsarbeidet”.

Disse 4 prinsippene ligger altså til grunn for beredskapsarbeidet i politiet og helseforetakene. Politiets beredskapssystem (PBS I), som ble utgitt før stortingsmelding 29, omtaler bare de tre første. Lov om helsemessig og sosial beredskap omtaler bare ansvarsprinsippet. I den nye utgaven av Nasjonal helseberedskapsplan er alle 4 prinsipper lagt til grunn.

Disse prinsippene er altså viktige grunnpilarer i beredskapsarbeidet, og er derfor et tema i intervjuene med respondentene fra politi og helseforetak.

- **Ansvar:** Den virksomheten som har ansvar for et fagområde eller tjenestetilbud i en normalsituasjon, har ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og håndtering av ekstraordinære hendelser. Ansvaret gjelder også informasjon innenfor eget fagområde.
- **Nærhet:** Kriser håndteres på lavest mulige nivå.

- **Likhet:** Den organisasjonen man etablerer under kriser skal være mest mulig lik den man opererer med til daglig, jf. ansvarsprinsippet.
- **Samvirke:** Alle virksomheter har et selvstendig ansvar for å sikre et best mulig samvirke med relevante aktører i arbeidet med forebygging, beredskap og krisehåndtering.

4.3 Politiets beredskapssystem (PBS)

4.3.1 Innledning

Lensmannsetaten er den eldste etaten i Norge, etablert allerede på 1100-tallet. Etter en ny lov i 1894 ble det opprettet 54 politidistrikter, som bestod helt til 2001, da politireformen reduserte antallet til 27. I 1994 ble politi- og lensmannsetaten slått sammen til én etat. Politiloven av 1995 beskriver politiets mål, oppgaver og organisasjon samt andre bestemmelser.

Politidirektoratet (POD) ble etablert i 2001, og startet arbeidet med å utvikle Retningslinjer for politiets beredskap. Inntil da var retningslinjene for politiarbeidet beskrevet i diverse rundskriv, samlet i permer ute i distriktene.

Politidistriktene har et selvstendig ansvar for å løse samfunnsoppgavene innenfor sine områder, og skal ”i utgangspunktet håndtere alle politioppgaver ved uønskede og/eller ekstraordinære hendelser og kriser”. Grunnlaget for dette er politiloven. Retningslinjene for politiets beredskapsarbeid gis av politidirektøren gjennom PBS I.

Politiets beredskapssystem består av tre deler:

- PBS I, som gir overordnede retningslinjer for politiets beredskap
- PBS II, som omfatter styringsdokumenter fra Politidirektoratet, det vil si instruksjer, forskrifter og reguleringer som legger grunnlaget for politiets planverk
- PBS III inneholder lokale planer og prosedyrer og rutinene for gjennomføring av tjenesten iht. til de overordnede føringene

Beredskap og krisehåndtering er delt inn i nivåer:

- Politisk nivå, dvs. regjeringen
- Strategisk nivå er Justis- og beredskapsdepartementet

- Operasjonelt nivå består av Politidirektoratet (POD)
- Taktisk nivå er de 27 politidistriktene

Begrepene strategisk, operasjonelt og taktisk brukes også som begrep innenfor hvert politidistrikt:

- Strategisk nivå ledes av politimesteren
- Operasjonelt nivå omfatter operasjonssentralen og politistaben
- Taktisk nivå er feltarbeidet ute i distriktet

Kapittel 1 – 6 i PBS I omhandler beredskapsprinsippene, nasjonal beredskap, politiets beredskapsressurser, beskrivelse av samvirkeaktører og beredskapsområder, og gås ikke nærmere inn på her. Kapittel 7 – 8 beskriver føringene for politiets organisering innenfor det enkelte politidistrikt, og omfatter både ledelsesnivåene i distriktene og en nærmere beskrivelse av disse funksjonene. Dette er sentralt for sammenligningen med helseforetakene i denne studien. Kapittel 9 omhandler innsatsledelse, og berøres bare i den grad det har betydning for forholdet mellom taktisk og operasjonelt nivå.

Politiberedskapen omfatter imidlertid ikke bare de store hendelsene, men brukes også om den døgkontinuerlige beredskapen for å håndtere regulære politiopp-gaver. PBS I dekker begge disse områdene, og gir spesifikke føringer for hvordan organisasjonen skal bygges opp. Det er et viktig prinsipp at denne organiseringen skal være den mest mulig den samme enten det gjelder håndteringen av de ordinære politiopp-gavene eller krisehåndtering (likhetsprinsippet).

4.3.2 Hvordan oppfatter respondentene PBS?

Politiets beredskapssystem er detaljert og stiller klare krav til distriktenes organisering. For å klarlegge hvordan politiet selv oppfatter dette er det gjennomført intervjuer med 3 polititjenestemenn fra et politidistrikt. Alle har bred erfaring arbeid i stabsfunksjoner, som operasjonsledere og som innsatsledere på taktisk nivå. Flere av dem har også arbeidet i overordnede politiinstanser. Funksjonene respondentene har i dag stabssjef, ass. stabssjef og P2 (funksjonen med ansvar for etterretning mv.).

I det følgende er svarene fra de tre respondentene integrert i omtalen av politiets beredskapssystem. Den valgte inndelingen i underkapitler er gjort for å tydeliggjøre nivåene og funksjonene i politiets ledelsessystem, og referer i hovedsak til kapittel 7 i PBS I.

Respondentene gir uttrykk for at de oppfatter politiets beredskapssystem som hensiktsmessig, særlig etter at det de siste årene er videreutviklet og beskrevet i PBS I. Tidligere var tjenesten i stor grad basert på en mengde instruksjoner som ikke var satt i et klart system. Alle understreker viktigheten av at systemet må være fleksibelt, slik at det blir tilstrekkelig handlingsrom til å løse oppgavene, og oppfatter at dagens system innfrir dette. En av respondentene har erfaring fra utlandet, og oppfatter særlig det svenske politisystemet som mer rigid enn det norske, og mener det kan føre til handlingslammelse og forsinkelser.

Respondentene fra politiet oppfatter at AMK er mye mer bundet av at det skal stilles definerte spørsmål enn man er på politiets operasjonssentral. Det gjør at politiet er friere til å gjøre vurderinger når de mottar en nødmelding. Selv om PBS gir tydelige styringssignaler er det ikke til hinder for at operasjonsleder kan fatte selvstendige beslutninger basert på den informasjonen man får. Det understrekes ellers at operasjonslederen har en meget utfordrende oppgave både i daglig drift og i beredskapssituasjoner (i skjæringspunktet mellom innstatsleder, stabssjef/stab og alle formelle krav/instruksjoner).

Instruksene fra POD er samlet i PBS II, og innholdet er i stor grad utformet i samarbeid med fagpersoner som arbeider ute i politiet, fra ”folk som har hatt skoene på”. I mange tilfeller er instruksene også forankret politisk. Dette gjelder blant annet den ferske beslutningen om at alle patruljer skal kjøre med forhåndslagrede våpen. Etter det politiske vedtaket har POD gitt føringer for hvordan dette skal oppfattes (PBS II). Dette går videre til politimestrene, som sørger for at det utformes lokale våpeninstruksjoner (PBS III), og for at det gis informasjon og opplæring til berørt personell.

PBS I oppfattes som god å forholde seg til, mens PBS II oppfattes som mer uoversiktlig, og inneholder retningslinjer, direktiver og forskrifter. PBS III er det lokale nivået hvor det operasjonelle og taktiske instruksverket der for eksempel tiltakskort og nøkkelpunktplanverk er samlet. Alle dokumenter i PBS er tilgjengelig elektronisk i politiets web-løsning.

Fagområdene i politiet er ledet av funksjonsledere, de såkalte P`ene. I det aktuelle distriktet er dette gjennomført i tråd med PBS, men oppgavene er tilpasset til hvordan distriktet er organisert.

PBS krav til organisering av politiarbeidet oppfattes av respondentene i politiet som hensiktsmessig selv om det innebærer strenge krav til standardisering. Dette begrunnes med at

kravene både er gjennomtenkte, faglig forankret og samtidig er fleksible nok til å gi handlingsrom. Det fremholdes at standardiseringen har flere positive effekter:

- Det gjør det lettere for politiet å samarbeide over distriktsgrensene
- Tjenestemenn kan flytte mellom distriktene uten å måtte sette seg inn i lokale varianter av beredskapssystemet
- Distriktene kan lettere samarbeide om utforming av innholdet i PBS III
- Det er en forutsetning for å kunne bygge opp sentrale kompetanseprogrammer

En årsak som understrekes av en av respondentene er at

Politiet har en veldig inngripen i folks livssituasjon, skal skape trygghet for enkeltindivider og samfunn, verne om all lovlig virksomhet. Dette må skje på samme måte i hele landet, alternativet ville være at politiet var kommunalt.

4.3.3 Utformingen av politiets beredskapssystem

Føringene for utformingen av beredskapssystemet er detaljert beskrevet i PBS I.

Likhetsprinsippet er sentralt, og innebærer at det er den daglige organiseringen som skal danne grunnlaget for krisehåndteringen. I det daglige politiarbeidet fungerer linjeledelsen nivådelte med politimesteren og dennes ledergruppe, bestående av stasjonssjefer, lensmenn og annet administrativt personell, på strategisk nivå. Operasjonslederen er øverste leder på operasjonelt nivå og politimesterens stedfortreder, blant annet på kvelds- og nattestid. Dersom det oppstår uenighet mellom for eksempel en stasjonssjef og operasjonslederen, er det sistnevnte som har myndighet til å ta beslutninger. Taktisk nivå ledes av en innsatsleder. Alle respondentene oppfatter fullmaktstrukturen i beredskapssystemet som tydelig beskrevet på alle nivåer.

Respondentene beskriver at politimesteren i det daglige har en ledergruppe som består av tjenestestedsledere og virksomhetsledere, geografisk og funksjonelt inndelt. Få av disse er med i staben. Dette oppfattes som hensiktsmessig, og det understrekes at det er nødvendig med en virksomhetsstyring som går utenom det som er P`enes faglige oppgaver. I det daglige tar ikke politimesteren beslutninger knyttet til styring av aksjoner, og kontaktes i utgangspunktet bare vedrørende bevæpningsspørsmål.

En av respondentene mener at politiet som etat er sentralstyrt gjennom regler og metodikk. Styringen skjer fra storting og regjering via Justis- og beredskapsdepartementet og politidirektoratet (POD) til distriktene. På distriktsnivå er imidlertid organisasjonen både sentralisert og desentralisert. Det tas selvstendige beslutninger på alle nivåer, av P`ene, på operasjonssentralen og ute i den skarpe enden hos innsatsleder og innsatspersonell.

Overordnede føringer for hva som skal prioriteres lokalt i politiarbeidet kommer imidlertid fra politimesteren, og er beskrevet i virksomhetsplan.

Operasjonssentralen

Operasjonssentralen tilhører politiets operasjonelle nivå, og leder den samlede innsatsen på taktisk nivå i politidistriktet, både den planlagte og hendelsesstyrte. Dette omfatter mottak og prioritering av nødmeldinger på 112, ressursallokering, koordinering mot innsatsleder ute og opp mot politistaben når denne er satt.

Operasjonssentralen ivaretar også funksjonen som lokal redningssentral (LRS) på døgnbasis, og leder og koordinerer redningsaksjoner i eget distrikt, evt. i samarbeid med hovedredningssentralen (HRS)

Operasjonssentralen håndterer til daglig alt som grenser opp til det ekstraordinære 29.00. Bemanningen kan skaleres opp for å øke kapasiteten, men organiseringen er fortsatt som i normal drift. Bli hendelsen stor nok må politistaben etableres, men den bygges da ”rundt” operasjonssentralen. Staben tar seg av de beslutningene som ligger litt fram i tid., men ”stridsledelsen ligger fortsatt på operasjonssentralen”. Som en av respondentene sier:

Det politiet har lært de siste årene, og som er fundamentert i PBS og stabsopplæring samt kjernen og suksesskriteriet for å få ledelsesnivået til å fungere ved ekstraordinære og uønskede hendelser, er at det bygger på det systemet som man drifter etter daglig.

Leder av operasjonssentralen

Operasjonslederen er øverste leder på operasjonelt nivå, og har ansvaret for å styre og kontrollere innsatspersonellets innsats. Det er operasjonslederen som formelt gir ordrene til aksjon eller operasjon. Operasjonslederen har ikke personalansvar for innsatspersonellet, men

har en oppgaverelatert ordremyndighet delegert fra politimesteren. Det er operasjonslederen som vurderer om den ordinære linjeledelsen er tilstrekkelig til å lede arbeidet i den enkelte situasjon, eller om det skal settes stab.

I det daglige politiarbeidet ligger myndigheten til å ta beslutninger om hvilke oppdrag politiet skal gripe fatt i eller ikke gripe fatt hos operasjonssentralen og operasjonsleder, men de må være i samsvar med politimesterens føringer. Operasjonssentralen er politiets kommandosentral, og foretar prioriteringer for oppdrag som må tas med en gang, hvilke som kan vente og hvilke det ikke skal gjøres noe med. Beslutningen overføres til det taktiske nivå ved at operasjonssentralen gir en ordre til en patrulje eller innsatsleder, som velger hvordan oppdraget skal utføres i praksis. Her kommer skjønn og vurdering inn. Det er ellers opp til politimannen som observerer en overtredelse om han vil slå ned på dette. Det samme gjelder vurderinger om bruk av våpen og for eksempel utrykningskjøring. I det øyeblikk polititjenestemannen gjør en sak ut av det, ”fanger bordet”. I bunnen vil det alltid ligge en situasjonsforståelse og situasjonsvurdering:

Når politiet først gjør noe, er det relativt bundet av et regelverk, men det er en stor grad av frihet før man beslutter om man skal slå ned på det

Innsatsleder

Innsatslederen tildeles oppdrag fra operasjonssentralen/operasjonslederen, og er da øverste leder på taktisk nivå, dvs. for innsatspersonellet. Innsatslederen har ansvar for å lede, koordinere og kvalitetssikre håndteringen av akutte og planlagte hendelser iht. overordnede prioriteringer og beslutninger.

Selv om det finnes instruks for innsatsleders arbeid kan det oppstå usikkerhet om beslutningsmyndighet, særlig når det settes stab. En respondent påpeker at det kan være en fare for at ”ansvaret forsvinner fra dem som er ute” fordi strategiske beslutninger via operasjonssentralen blir ”pådyttet” det taktiske nivået. Innsatslederne påpeker at det er viktig at de får lov til å drifte sin egen prosess, og at staben ivaretar det som er nedfelt i beredskapssystemet uten å gå inn og styre det taktiske nivået.

Politistaben

Når uønskede hendelser eskaleres er det aktuelt å sette stab, noe som egentlig innebærer etablering av et utvidet system for beslutningsstøtte. Staben handler etter fullmakt fra politimesteren, og ledes av en stabssjef. Etablering av stab innebærer en overgang fra ordinær linjeledelse, og PBS I presiserer at denne overgangen, og returen til linjeledelse igjen, må være tydelig for alle involverte. Når staben er satt er det stabssjefen som overtar rollen som øverste leder på operasjonelt nivå.

Når det settes stab føres beslutningene som fattes i stab inn i politiets operative system, og skrives ut til innsatsleder av operasjonssentralen. Når innsatsleder melder tilbake til operasjonssentralen føres også dette inn i det operative systemet og kanaliseres via operasjonsleder tilbake til staben. Operasjonsleder har en nøkkelfunksjon i stabsarbeidet, og bygger sin situasjonsforståelse på informasjon både fra stab og innsatsleder. Dette stiller store krav til informasjonsflyt fra skadested inn til operasjonssentralen og til formidling av beslutninger ut til innsatsleder.

Politimesteren og redningsledelsen

Politimesteren er politidistriktets øverste leder, og har først og fremst strategiske oppgaver. I redningsaksjoner kan politimesteren innkalle redningsledelsen, som består av representanter fra ulike samarbeidspartnere. Redningsledelsen, inkludert politimesteren, vil da utgjøre distriktets strategiske ledelse. De som møter i redningsledelsen har ikke nødvendigvis beslutningsmyndighet i egen etat, men kan bidra med informasjon.

Redningsledelsen er altså en reell ledelsesfunksjon og ledes av politimesteren, men kommer lett i et uklart forhold til politistaben. Dette påpekes av respondentene, og mange i politiet mener at redningsledelsen heller burde vært rådgivende til politistaben, og slik fungerer det også ofte i praksis. Politistaben må i så fall være bevisste på om de ”bestiller” beslutninger eller råd hos redningsledelsen. Etablering av redningsledelse bør i alle fall ikke føre til at stabssjef og politimester må bruke mer tid på avklaringer.

Et problem når det gjelder redningsledelsen er at den sjelden etableres, verken ved øvelser og i reelle situasjoner. Enkelte respondenter mener dette må endres fordi det finnes kompetanse i redningsledelsen som politiet har vært for dårlige til å utnytte. Andre mener at

redningsledelsen er et ”vedheng” som burde vært reformert. Dette begrunnes med at når staben har behov for å få faglige råd fra samarbeidsaktører burde det heller etableres en direkte linje til eller liaison fra etater som er spesielt involvert. En egen P-funksjon åpner opp for at man kan knytte en rådgiver fra en samarbeidsetat direkte inn i politistaben. Det understrekes for øvrig at etter at nødetatene fikk sine fagsentraler er det mindre behov for å samle redningsledelsen enn tidligere.

Staben og stabssjefen

I det daglige har stabssjefen det overordnede ansvaret for planverk og for at stabsmedlemmene har nødvendig kompetanse og trening. Oppgavene er beskrevet detaljert i PBS I. Når staben er satt leder stabssjefen arbeidet der. Staben fungerer som et kollegium, og alle må kjenne sine kollegers og samarbeidspartneres oppgaver og ansvar. PBS I beskriver 7 funksjoner, av dem 5 obligatoriske. I tillegg kan det innkalles rådgivere eller liaisons fra samarbeidspartnere. Det er et krav at politidistriktene har en stabsinstruks som beskriver sammensetning, kompetanse og hvem som inngår i funksjonene. Funksjonene skal i utgangspunktet besettes av ledere på de respektive fagområdene, slik at beslutningene i staben og effektivering innen for fagområdet kan samordnes.

Staben samlet sørger for rådslagning og beslutningstaking, mens det egentlige stabsarbeidet foregår ute i funksjonene og avdelingene. Det innebærer at mye av aktiviteten foregår utenfor stabsrommet. PBS I presiserer betydningen av felles situasjonsbilde og –forståelse, og påpeker at:

- Man må fortløpende vurdere alternative måter å løse oppdraget på
- I en situasjonsvurdering bearbeider man innkomne opplysninger. Innholdet kontrolleres, det sammenholdes med opplysninger fra andre hold, man vurderer opplysningenes betydning og bestemmer så hvilke tiltak som skal iverksettes.
- Staben skal ikke bare kontrollere at ordrene blir mottatt, forstått og fulgt, men også veilede under utførelsen.

Funksjonslederne (P`ene)

Ansvarsområdet for hver funksjonsleder (P) er beskrevet spesifikt i PBS I, men noen oppgaver er felles:

- Innhenting og bearbeiding av informasjon
- Fortløpende vurdering av situasjonen
- Legge fram anbefalinger for stabssjef eller politimester
- Omsette beslutninger og planer i ordrer
- Kontrollere, rettlede og orientere

Funksjonsledernes oppgaver er beskrevet detaljert gjennom momentlister for hver funksjon:

P1 – personell

- Samarbeider spesielt med P4 om ressursbruk
- Har ansvar for økonomi og administrasjon

P2 – etterretning

- Samarbeider nært med P3
- Har ansvar for etterretning, analyse, koordinering av etterforskning, sikkerhetstjeneste og evakuerte/pårørende

P3 – operasjon

- Er sentral for stabens funksjon
- Har ansvar for operativ planlegging og koordinering
- Er forhandler i samarbeid med P2

P4 – logistikk

- Samarbeider spesielt med P1
- Har ansvar for materiell og sambandsressurser, medisinsk støtte, transport forpleining og forlegning

P5 – informasjon

- Ansvar for mediehåndtering, intern informasjon og medieovervåkning

P6 – juridisk

- Skal ha påtalekompetanse, men overtar ikke ansvaret for påtalemessige beslutninger fra vakthavende påtaleansvarlig.

P7 – oppgaveavhengig funksjon

- Oppgaveavhengig

I det aktuelle politidistriktet bemannes staben av funksjoner med faglig ansvar i den daglige driften:

- Stabssjef er til daglig leder av operasjonssentralen
- P`en som har ansvar for personell er ordenssjefen, som har dette ansvaret i det daglige
- P`en som har ansvar for etterretning og etterforskning er den som er etterforskningsleder i felles kriminalenhet
- Den som skal lede operasjonen er operasjonsleder i det daglige
- P`en som har ansvar for materiell og utstyr er materiellsjefen i det daglige
- P`en for informasjon er kommunikasjonsrådgiver.

4.3.4 Kriseledelse og beslutningstaking

Respondentene understreker at erfaringene med å håndtere større kriser er liten fordi slike hendelser er sjeldne. Operasjonslederen beholder i prinsippet samme ansvar og fullmakter også ved store beredskapshendelser. Når det settes stab vil imidlertid enkelte mer langsiktige og overordnede beslutninger tas der. Dette gjør at organiseringen ved større hendelser **kan** komme i konflikt med likhetsprinsippet, og nettopp uklarheter knyttet til stabens rolle fremheves av respondentene som problematiske.

En av respondentene sier dette:

Det er folk i politiet som mener at staben også burde utgjøre politimesterens ledergruppe i det daglige.

P`ene i staben er som nevnt ledere for sine driftsenheter. Noen endrer rolle når de går inn i stabsfunksjonen, men alle beholder sine oppgaver fra ordinær drift. Det innebærer en kombinasjon av å lede egen driftsenhet og være en del av beslutningsstøtten for operasjonsleder. Det påpekes at dette kan være en utfordring når staben blir sittende over lang tid, fordi det kan gå ut over oppgavene knyttet til daglig drift.

Respondentene er samstemte om at organisasjonen under kriser skal være mest mulig lik den daglige driftsorganiseringen, og mener også at PBS legger opp til dette. Det er imidlertid nyanser i synspunktene om hvordan staben fungerer i praksis. Ën mener at ”... akkurat dette synes jeg vi er gode på”, en annen at ”... ”det er fortsatt en lang vei å gå før staben har funnet sin plass”. En av respondentene sier det slik:

Personellet som er ute kan jobben sin, de trener daglig, det samme gjelder de på operasjonssentralen. De som sitter i staben gjør ikke det så veldig ofte, selv om også de er hentet fra et operativt miljø, så de sliter litt med å få dette til.

Et annet utsagn:

Mange sier at krisen forverres i det øyeblikket at staben er satt, og det er tidvis noe i det. I det staben er satt er det ikke lenger opp til den erfarne tjenestemannen som er vant til å handle akutt hver dag, noe også operasjonssentralen gode på.

I prinsippet skal vesentlige beslutninger på det taktiske nivået ”bringes opp” hvis det er tid til det. Beslutning om å skade eller ta liv skal fattes av politimesteren, men i verste fall må innsatsleder eller den enkelte politimann ta beslutningen om å bruke våpen eller ikke. En av respondentene mener at politiet i utgangspunktet, og i likhet med spesialisthelsetjenesten, har desentralisert beslutningsmyndigheten til det taktiske/operative nivået.

4.3.5 Kompetanseutvikling

I mange år vært det vært opplegg for definert trening og godkjenning av innsatspersonell. Lenge var ikke innsatslederne med i et slikt system, men nå er det også utdanning for disse, både lokale (over 3-4 uker) og sentrale kurs. Et påbyggingsstudium foregår også på Politihøgskolen, men dette er ikke obligatorisk.

Det holdes kurs av 2 ukers varighet for operasjonsledere, som kan bygges ut med et eget studium på Politihøgskolen. Dette er ikke obligatorisk, og ca. 1/3 av operasjonslederne i distriktet har gjennomført det.

En av respondentene sier:

Det er utrolig mye å hente på å ha beslutningsdyktige og gode ledere, det er faktisk et suksesskriterium... Skulle jeg velge vil jeg heller ha en haug med middelmådige soldater og en god innsatsleder enn motsatt ... Politiet har vært veldig gode til å trene soldatene, men ikke lederne.

Etter 22. juli er også stabsmedlemmer pålagt å gjennomføre et eget kurs, fra 2014 er det også krav til godkjenning. Kurset er delt opp i sju moduler, og omhandler blant annet stoff om samarbeidsaktører, redningsledelse, egne funksjoner, støtteverktøy og krisekommunikasjon.

Programmet legger opp til mye refleksjoner rundt disse temaene. Det er ikke lagt inn spesifikk teoriundervisning, for eksempel om beslutningstaking under kriser eller teamledelse. Dette er likevel en del av det faglige grunnlaget for programmet.

Respondentene mener det er særlig viktig at den som er kriseleder (dvs. stabssjefen) har nødvendig kompetanse på de nevnte områdene. Det er også en oppfatning at selv om politiet er kommet langt i kompetansebygging, er det fortsatt et stykke igjen.

Ingen av respondentene gir uttrykk for at samvirkeprinsippet står i veien for ansvar, likhet og nærhet. En av respondentene understreker at prinsippet er positivt, og mener det ikke hindrer at andre etater tar sine selvstendige beslutninger. En annen mener det burde etableres felles nødsentraler (samlokalisering). Da ville redningsledelse i samarbeid med de viktigste etatene være ivaretatt, og de fleste andre oppgaver kunne løses med vanlige taktiske rutiner.

4.4 Helseforetakenes beredskapssystem

4.4.1 Overordnede føringer for helseforetakenes beredskap

Lov om helsemessig og sosial beredskap med tilhørende forskrift

På samme måte som politiet har spesialisthelsetjenesten sine lover og forskrifter. Lov om spesialisthelsetjenesten pålegger i § 2-1 b de regionale helseforetakene å utarbeide beredskapsplan iht. Lov om helsemessig og sosial beredskap ”for de institusjoner og tjenester det regionale helseforetaket skal sørge for”. Ut over dette gis det ikke spesielle føringer knyttet til beredskap. Lov om helsemessig og sosial beredskap blir dermed den sentrale forankringen for beredskapsarbeidet i helseforetakene.

I § 2-1 understrekes ansvarsprinsippet, som sier at ”den som har ansvar for en tjeneste også har ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og for den utøvende tjeneste, herunder finansiering, under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid ...”. Videre pålegger loven sykehus og andre nevnte virksomheter å utarbeide beredskapsplaner. Loven omtaler også bestemmelser knyttet blant annet til rekvisisjon av eiendom, rettigheter og løsøre, om tjenesteplikt og beordring.

Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid er hjemlet i Lov om helsemessig og sosial beredskap. Forskriften gir mer detaljerte føringer og forutsetninger for

beredskapsplaner, blant annet med krav om ROS-analyser som grunnlag for planene. Planene skal samordnes med kommunenes planverk. I § 5 stilles krav til at ledelsen av virksomheten ved en krise eller katastrofe skal kunne treffe beslutninger om egen virksomhets organisering og ressursdisponering, samt samvirke med overordnede ledd, myndigheter og samarbeidspartnere. I § 7 stilles krav om at virksomheten sørger for ”at personell som er tiltenkt oppgaver i beredskapsplanen er øvet og har nødvendig beskyttelsesutstyr og kompetanse”. Forskriften stiller også krav knyttet til informasjonstiltak, forsyningssikkerhet mv.

Lov om spesialisthelsetjenesten

Lov om spesialisthelsetjenesten viser til Lov om helsemessig og sosial beredskap, og omhandler ut over det ikke temaer relatert til beredskap.

Nasjonal helseberedskapsplan versjon 2.0

Nasjonal helseberedskapsplan har som formål å ”gi en samlet oversikt over helse- og omsorgssektorens beredskap ...”, og skal være et rammeverk for sektorens beredskap. Planen bygger på de 4 beredskapsprinsippene, og gir en oversikt over relevant lovverk. For å sikre god beredskap og sikkerhet nevnes ”god ledelsesforankring, fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet, oversikt over risikoområder, avvikssystematikk, samt systematisk overvåkning av arbeidet”. Plikten til å utarbeide beredskapsplaner og samordne disse internt og med samarbeidspartnere understrekes, og det nevnes at ”når en hendelse er oppstått eller er i ferd med å oppstå skal aktørene benytte sine forberedte systemer for tidlig varsling og kommunikasjon, etablering av kriseledelse og beredskapsorganisasjon og rapportering i sektoren. Ut over dette gir det ikke føringer for organisering eller struktur for beredskapssystemer.

Regional beredskapsplan for Helse Sør-Øst RHF

Regional beredskapsplan viser til overordnede dokumenter som Lov om helsemessig og sosial beredskap og Nasjonal helseberedskapsplan, og beskriver rutiner for varsling, kommunikasjon og rapportering i Helse Sør-Øst. For øvrig beskrives gjeldende regionale planer, oppgaver og ansvar for aktørene innenfor regionen. Det er ikke gitt føringer for struktur eller organisering av beredskapssystem. Ledelsesnivåene strategisk, taktisk og operativt er nevnt, men det er

ikke krav til at disse begrepene skal brukes av foretakene. Det er imidlertid stilt krav til at foretakene benytter følgende begreper og fargekoder for beredskapsnivå i sine planer, men ikke til hvordan dette skal brukes i planverket:

GRØNN BEREDSKAP: Betegner en beredskap der det etableres beredskapsledelse på foretaksnivå/sykehusnivå i situasjoner der det ikke eller i begrenset grad er behov for ekstra ressurser.
GUL BEREDSKAP: Betegner en beredskap som iverksettes når en uønsket hendelse er inntruffet (eller det er stor fare for at den kan inntreffe) og der det er sannsynlig at de ordinære ressursene ikke strekker til. På dette nivået iverksettes definerte tiltak og begrenset beredskapsøkning.
RØD BEREDSKAP: Betegner en beredskap som iverksettes når en større uønsket hendelse er inntruffet og de ordinære ressursene ikke strekker til. På dette nivået iverksettes definerte tiltak og en mer omfattende beredskapsøkning.

4.4.2 Dokumentanalyse av overordnede beredskapsplaner

I forbindelse med intervjuene er det gjennomført en dokumentanalyse av de 4 foretakenes overordnede beredskapsplaner, se vedlegg 3. Innholdet i planverket er fremstilt i en matrise som gjør det mulig å sammenligne faktorer som anses som sentrale i krisehåndteringen. Dette omfatter blant annet sammensetning og oppgaver for kriseledelse på sykehus- og foretaksnivå. Det viser seg at det er visse forskjeller mellom foretakene på dette området, men for alle er både linjeledere og stabspersoner fra ordinær foretaksledelse til stede når fulltallig sentralt/overordnet/strategisk nivå er etablert. På lokalt/stedlig/taktisk nivå er sammensetningen avhengig av om enkeltsykehusene er geografisk selvstendige enheter eller om det er en gjennomgående faglig ledelse. To av foretakene har en felles taktisk og strategisk ledelse.

Begrepene som brukes på de to øverste organisatoriske nivåene er altså forskjellige i foretakene. Dokumentstudien viser imidlertid at ledergruppene og deres oppgaver i stor grad er de samme. Lederen av strategisk kriseledelse er administrerende direktør eller fagdirektør med administrerende direktørs fullmakter i tre av foretakene, i de fjerde er det en definert gastrokirurg.

Det fremgår ellers av planverket at fargekodene på beredskapsnivå som er definert av Helse Sør-Øst RHF brukes i alle foretakene, men med forskjellig innhold. To av foretakene knytter definisjonene til rask mobilisering av ekstra personell og i hovedsak eksterne ulykker. Her er fargekodene altså knyttet til iverksetting av tiltak. Ved de to andre knyttes fargekodene til oppfatning av alvorlighetsgrad, og brukes også for interne hendelser som svikt i strøm, vann og IKT.

Innholdet i planverket er ulikt organisert i alle foretakene, og layouten er forskjellig. Ingen omtaler kompetanseutvikling eller teoretisk plattform for beslutningstaking.

4.4.3 Utforming av helseforetakenes beredskapssystemer

Helseforetakene ble etablert i forbindelse med statlig overtakelse av sykehusene. Dette førte for de tidligere fylkeskommunale virksomhetene til endringer, blant annet fordi sykehusene ble gruppert i sykehusområder under en felles ledelse. Beredskapssystemene måtte tilpasses dette, og alle de foretak har gjennomført prosesser i tråd med det. Som det fremgår av kapittelet ovenfor om overordnede føringer, er det ikke stilt krav til hvordan foretakene skulle organisere sin beredskap. Det ble dermed overlatt til det enkelte foretak å velge hensiktsmessig løsning.

Intervjuene med respondentene viser at det er store forskjeller på hvordan utviklingen av nye beredskapsplaner og valg av organisering ble lagt opp, og på resultatet av prosessene. Dette synliggjøres blant annet i beredskapsplanene og i valgt struktur på ledelsesnivåer. I det videre gjengis respondentsvarene supplert med funn i dokumentstudiene organisert rundt noen hovedelementer.

Strukturen i beredskapssystemene

Innholdet i dette kapittelet er basert på dokumentanalyse av overordnede føringer og foretakenes beredskapsplanverk, og på svarene fra respondentene. Når det gjelder strukturen i beredskapssystemene er foretakene beskrevet i hvert sitt avsnitt fordi det oppfattes som viktig å få fram ulikhetene i planverk og sammensetning av kriseledelsen. De øvrige avsnittene, som omhandler stab- eller kriseledelse og standardisering, er inndelt etter tema og felles for foretakene.

Helseforetak I

Helseforetaket utviklet sitt beredskapssystem i forbindelse med arbeidet med generell akkreditering da foretaket ble etablert. Ansvar for utvikling og implementering ble lagt til en av divisjonene (Prehospitale tjenester), blant annet fordi sentrale aktører i akkrediteringsarbeidet kom fra den enheten. I tillegg til akkrediteringssystemet hadde organisasjonsstrukturen i foretaket avgjørende betydning for beredskapsorganiseringen. Resultatet er at hvert sykehus har sin kriseberedskap med dedikerte oppgaver og egne planer for varsling og tiltak.

Den samme divisjonen har i dag systemansvaret for beredskapsplanlegging og planverk, og divisjonsdirektøren fungerer også som beredskapsrådgiver. Det er planer om en totalrevisjon av planverket i løpet av 2014, noe som vil bli utført av et beredskapsutvalg med representanter fra alle divisjonene.

Kriseledelsen i foretaket er todelt, med en sentral kriseledelse på foretaksnivå og en lokal kriseledelse på hver lokasjon. Den sentrale kriseledelsen består av ledergruppen, bestående av linjeledere og stabsfunksjoner, og ledes formelt av administrerende direktør, men i praksis av fagdirektør for Strategi og helsefag. Begrunnelsen for det er at administrerende direktør ønsker å ha en friere rolle. Ved de fleste mindre hendelsene er det divisjonsdirektør for Prehospitale tjenester som ”holder saken”, ved større hendelser med medisinske implikasjoner er det fagdirektøren. Administrerende direktør blir orientert, og holder kontakt med styreleder og det regionale helseforetaket. Kriseledelsen blir supplert med aktuell fagkompetanse ut fra situasjon og hendelse.

Den sentrale kriseledelsen består av foretakets øverste linjeledelse, dvs. foretakets ledergruppe. Selv om uttrykket ”sette stab” blir brukt av respondentene fra dette foretaket innebærer dette ordinær linjeledelse. Når nøkkelpersonell innkalles til kriseledelsen fungerer de som rådgivere for linjelederne.

Den lokale kriseledelsen består på tilsvarende måte av ledergruppen på den enkelte lokasjon, og ledes av aktuell divisjonsdirektør med avdelingssjef akuttmedisin som sekretær/loggfører. Dette betyr at foretakets krisehåndtering skjer i linjeorganisasjonen, og i tråd med likhetsprinsippet. En av respondentene fremhever at det at foretaket har en organisasjonsmodell med selvstendig ledelse på hver geografiske lokasjon, gjør det enklere i

beredskapssituasjoner enn det var i en periode hvor foretaket hadde en faglig tverrgående organisasjonsstruktur.

Kirurgisk tertiærvakt på hver lokasjon tar stilling til om det er behov for å øke beredskapsnivå. I så fall varsles administrerende direktør og divisjonsdirektør Prehospitale tjenester, som vurderer innkalling av sentral kriseledelse. Tertiærvakten er leder av lokal kriseledelse til aktuell divisjonsdirektør kommer inn, og ordinær linjeledelse etableres.

Helseforetak II

Respondentene fra dette helseforetaket beskriver også at beredskapssystem og planverk ble utformet da helseforetaket ble etablert. De overordnede planene er siden forenklet, og er tydelige på prinsipper. Planverket blir jevnlig presentert for styret. Beredskapssystemet oppfattes som hensiktsmessig ut fra eksisterende organisering.

Likhetsprinsippet er sentralt i foretakets kriseorganisering, både i divisjonene, i avdelingene og i planverket. Foretaket har en svært hybrid organisering med både faglige og geografiske klinikker, og er sårbare på grunn av mange vaktlinjer spredd på flere lokasjoner med lite pasientgrunnlag. Betydningen av beredskapsprinsippene vektlegges av respondentene, også samvirkeprinsippet, som også fremholdes som viktig for læring på tvers av organisasjonene.

Foretaket har felles strategisk og taktisk kriseledelse for hovedlokasjonen, og denne blir også etablert dersom hendelsen inntreffer på en av de mindre lokasjonene. I tillegg etableres taktisk ledelse på den berørte lokasjonen, og det er definerte klinikkledere som har ansvar for det. Leder av den strategiske/taktiske kriseledelsen er oppnevnt gastrokirurg (med stedfortreder), betegnet K-leder. Administrerende direktør har ikke faste oppgaver. Kriseledelsen er den samme uavhengig av type hendelse, og om den er intern eller ekstern.

Det er tertiærvakt gastrokirurgi som har beslutningsmyndighet for om beredskap skal iverksettes, og leder også arbeidet i kriseledelsen inntil oppnevnte personer ankommer. Kriseledelsen etableres rett over Akuttmottaket, men fysisk adskilt, godt utstyrt med store TV-skjermer.

Ved grønn beredskap etableres en gruppe rundt administrerende direktør bestående av personer med strategiske funksjoner som vurderer situasjonen. Akuttmottaket og

Intensivavdelingen kan innkalle ekstra personell ved grønn beredskap. Gul og rød beredskap innebærer at hele kriseledelsen, som består av 11 personer blir etablert.

Helseforetak III

Helseforetaket utviklet sitt beredskapssystem i 2004. Det ble da nedsatt en arbeidsgruppe, ledet av beredskapsrådgiver og med bred representasjon fra ulike fagfelt, som fikk i oppgave av administrerende direktør å utforme et forslag til struktur, planverk og maler. Etter at forslaget var godkjent i foretaksledelsen ble eksisterende overordnet planverk i de tre tidligere selvstendige sykehusene integrert i et overordnet planverk for hele helseforetaket. Etter fullmakt fra den enkelte klinikksjef ble så innholdet i planene fra alle avdelinger harmonisert iht. føringer fra de overordnede planene og lagt inn i obligatoriske maler.

Selv har direktøren en fri rolle, men med fokus på å sikre at det er etablert allokert tilstrekkelige ressurser. Tidlig mobilisering fremholdes som et viktig prinsipp, og det er derfor lav terskel for å etablere gul beredskap:

Hver gang man mobiliserer vil det være mot en presumptivt reell situasjon, og systemet blir testet ut og trent. Det er en god erstatning for øvelser.

Prinsippene som ble lagt til grunn i 2003 beholdt, raffinert og videreutviklet. Det er gjort få prinsipielle endringer, men planverket er supplert med tiltakskort. Beredskapsnivåene gul og rød er reservert for (eksterne) ulykker med behov for rask og omfattende mobilisering av ekstra personell. Grønn beredskap innebærer etablering av overordnet kriseledelse på foretaksnivå. Det fremholdes som viktig å styrke den ledelsen som fungerer i det daglige, den skal ikke overstyres.

Foretaket har en desentralisert modell for krisehåndtering, basert på likhets- og nærhetsprinsippet. Den overordnede beredskapsledelsen består av foretakets ledergruppe supplert med beredskapsrådgiver og andre nøkkelpersoner ut fra type hendelse. Overordnet beredskapsledelse etableres både på grønn, gul og rød beredskap. I første omgang varsles fagdirektør (leder av overordnet beredskapsledelse), organisasjonsdirektør (ansvar for mediehåndtering) og beredskapsrådgiver for å vurdere om hele eller deler av ledergruppen skal kalles inn. Fagdirektør har alle fullmakter fra administrerende direktør.

På hver geografiske lokasjon etableres en stedlig beredskapsledelse bestående av avdelingsledere og annet nøkkelpersonell. Dette er ikke en lokal ledergruppe til vanlig, men beslutninger som tas i den stedlige ledelsen er forankret i ordinær linjeledelse.

Beredskap er en del av kvalitets- og pasientsikkerhetstenkningen, integrert i internkontrollsystemet.

Den overordnede beredskapsledelsen fungerer som beslutningsstøtte for den stedlige beredskapsledelsen, og ivaretar strategiske hensyn, mediehåndtering og kontakt blant andre med regionalt helseforetak. Den overordnede ledelsen har ikke en like sentral rolle i selve krisehåndteringen ved ulykker som den stedlige beredskapsledelsen. Respondentene oppfatter beredskapssystemet som velfungerende og hensiktsmessig. Ved interne hendelser utløses i utgangspunktet grønn beredskap, og overordnet beredskapsledelse etableres.

Helseforetak IV

Foretaket har basert beredskapssystem og krisehåndtering på likhetsprinsippet og nærhetsprinsippet, noe som innebærer en desentralisert krisehåndtering. Kriseledelse er den vanlige linjeledelsen med adm. direktør, noen av hans stabsdirektører og klinikkjefene, som til vanlig er de som utgjør ledergruppa. I tillegg til dette er det stabs-/støtteelementer som tilpasses den enkelte hendelse. Det er altså ingen annerledes eller forhåndsdefinert beredskapsorganisasjon som etableres ved beredskapssituasjoner.

Det skilles heller ikke mellom taktisk og strategisk ledelse. Foretaket har flere sykehus, og for hovedsykehuset, som er det sentrale ved massetilstrømning av pasienter, er det beskrevet en del ledelselementer, for eksempel triage-lege (som prioriterer innkomne pasienter) og koordinatorene med ansvar for logistikken. Alt dette er imidlertid bare tydeliggjøring av funksjoner som skjer på vakttid med de vanlige pasientene. Det legges stor vekt på å klarlegge fullmakter for å håndtere problemer på vakttid når ikke linjelederne er til stede, slik at det formelt er delegert reell myndighet til aktuelle funksjonene til enhver tid..

Begrepene gul og rød beredskap er knyttet til massetilstrømning av pasienter eller andre situasjoner med behov for mobilisering av ekstra personell av større omfang. Grønn beredskap innebærer etablering av beredskapsledelse til å håndtere mer langvarige situasjoner, men omfatter ikke nødvendigvis hele ledergruppen. Beredskapsrådgiverne og andre stabs- og fagpersoner er sentrale.

Foretakets planverk er i hovedsak formulert slik at de også fungerer som handlingskort.

Stabs- eller linjeledelse

Respondentene fra alle foretakene ble spurt om de betraktet sentral og eventuell lokal kriseledelse som stabs- eller linjebasert. Svarene var varierende og preget av at det legges ulike betydninger i begrepet stab. De fleste respondentene beskriver at kriseledelsen er basert på ordinær linjeledelse, og dermed i tråd med likhetsprinsippet. Likevel betegner enkelte kriseledelsen som en ”stabsledelse”, og bruker uttrykk som ”sette stab”, eller det henvises til stabens oppgaver. I et av foretakene fremholdes det at kriseledelsen fungerer som en stab, men at linjelederne trekkes inn der det er relevant. Fagdirektøren i dette foretaket er leder av den strategiske kriseledelsen med alle fullmakter fra administrerende direktør.

Kriseledelsen er en stabsledelse fordi den består av en kombinasjon av kliniksjefer fra de største klinikkene og personer som normalt ikke inngår i ledergruppen, noen fra operativt nivå.

En respondent oppfatter kriseledelsen som en stabsledelse, men sier likevel at ”alle spiller sine vante roller”:

Kriseledelsen har alle fullmakter som administrerende direktør vanligvis har uten begrensninger. Dette er en fornuftig tilnærming, alle spiller sine vante roller i organisasjon.

Opgavene til de linjelederne som sitter i kriseledelsen er altså de samme i daglig drift og i beredskapssituasjoner, man sitter i kriseledelsen som en linjeleder.

I et annet foretak er man tydeligere på at den overordnede kriseledelse formelt er ledergruppen, og altså en linjeledelse. I tillegg trekkes beredskapsrådgivere og andre fagpersoner inn, avhengig av hendelsens art. I praksis har kriseledelsen en relativt flat struktur, og man diskuterer seg fram til beslutningene. Slik har også stabspersonene en stemme, men uten at de kan overstyre linjelederne. Ved mindre hendelser, der krisehåndteringen skjer ute i organisasjonen, får lederne på aktuelt nivå støtte av beredskapsrådgiverne eller andre stabspersoner.

Det er altså noe motstridende oppfatninger av om kriseledelsen er en stabs- eller linjeledelse. Likevel henviser de fleste til likhetsprinsippet, og ingen av respondentene beskriver at man går bort fra linjelederansvaret når beslutninger tas eller skal implementeres. I kapittel 5 vil dette temaet bli drøftet nærmere.

Standardisering av beredskapssystemene helseforetak

For å kunne sammenligne politiets og helseforetakenes beredskapssystemer er det i intervjuene stilt spørsmål både om sentrale føringer for beredskapsorganiseringen, og om standardisering er ønskelig eller mulig. Flere mener det kan være mulig å definere områder innen beredskap som det er mulig å systematisere og standardisere selv om foretakene har forskjellige organisasjoner, og uten å bryte likhetsprinsippet. En modell for kompetansebygging nevnes som eksempel:

Tror det er et poeng å standardisere noe, gjøre det noe enklere slik at ikke alle foretakene gjør det på ulike måter ... Er tilhenger av standardisering, men kommer ikke unna lokal tilpasning

Vi blir for opptatt av boksene i de forskjellige sykehusene, av ulikhetene, og så er vi søren meg så like når det gjelder utfordringene. Jeg har en, kanskje overdreven, tro på standardisering og forenkling”

Men det er også skepsis til standardisering, og til sentrale føringer for beredskapssystemet:

HFene er svært ulikt organisert, og det er få konkrete føringer på hvordan beredskapsledelse skal fungere. Det er derfor vanskelig å etablere noe felles system for helse. Beredskapsprinsippene må i alle fall være bærende.

Et PBS for helse ville ikke fungert hvis det ikke også var et tilsvarende krav til organiseringen av daglig drift.

Oppsummert viser svarene at flere har positiv holdning til standardisering, men at det er stor usikkerhet knyttet til på hvilke områder der dette er mulig eller ønskelig. Grunnholdningen er at dagens organisering stort sett fungerer bra, og at uønskede hendelser håndteres. Det påpekes imidlertid at det er behov for å systematisere forbedrings- og opplæringsarbeidet:

Utdanning foregår på de samme stedene, turnuslegene skal lære det samme, spesialistene skal lære det samme, så selv om det er forskjellige bokser i de ulike foretakene avhengig av lokal tradisjon eller kultur, bør det være mulig å standardisere beredskap og likevel gjenkjenne seg i sin organisasjon.

Som et eksempel på standardisering nevnes forslaget til en *Veileder for helsetjenestens organisering av skadestedsarbeid og pasientevakuering* som er sendt ut på høring fra Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS). Denne gjelder operativt nivå, det vil si på det prehospitalt område. Respondenten mener at en tilsvarende veileder for beredskapssystem i sykehus *ikke* er hensiktsmessig. Begrunnelsen er at det er bedre å følge likhetsprinsippet, slik at beredskapsarbeidet intrahospitalt er mest mulig likt det som gjøres alle andre dager. Selv store eksterne hendelser fører ikke til at arbeidet inne på sykehuset må endres vesentlig:

Likhetsprinsippet gjør at man i stor grad skal gjøre det man pleier, og det trengs ikke tydelige nasjonale eller regionale føringer for det. Slike føringer ville gjøre beredskapsorganisasjonen mer sentralisert.

Føringer fra sentralt hold for å sikre et visst nivå på beredskapsarbeidet i foretakene etterlyses av en respondent, som mener det minimum bør avsettes ett årsverk pr. foretak til beredskapsarbeid.

4.4.4 Kriseledelse og beslutningstaking

Respondentene ble bedt om å reflektere over om interne eller eksterne hendelser har krever ulike former for krisehåndtering. Et svar var at utfordringene for strategisk ledelse er de samme enten det er eksterne ulykker eller interne hendelser. Dette ble begrunnet med at ved interne hendelser må man også

... samle de klokeste hodene, de som har ansvaret for å ta beslutninger, og det er de samme som ved eksterne ulykker.

Det blir også fortalt om en større transportulykke der det aktuelle foretaket ikke ”satte stab” fordi ”alt ble ivaretatt av det operative nivået”. Også fra annet foretak beskrives det at overordnet beredskapsledelse egentlig aldri har vært etablert i full-skala i reell situasjon. Den sentrale ledergruppen vil ikke alltid kunne samles fysisk når foretaket øker beredskapsnivået.

Det er en erkjennelse av at mange vil være ute på reise, og i de fleste tilfellene vil kriseledelsen baseres på telefonmøter. Dette foretaket har derfor ikke eget definert beredskapsrom for sentral kriseledelse. Overordnede beslutninger tas av fagdirektør (formelt administrerende direktør) i samråd med divisjonsdirektørene (til stede eller på telefon), og de sistnevnte har ansvar for effektivisering i egen divisjon.

En respondent som er leder av overordnet beredskapsledelse mener at det mest utfordrende ved kriser er

... er å sikre at beslutninger tatt i kriseledelsen blir iverksatt ute. Det er viktig at det er kompetanse på beredskap hele veien ut, og kriseledelsen er helt avhengig av meldingene tilbake.

Ved ett foretak er leder av kriseledelsen er en erfaren kirurg ved andre er det for eksempel leger i fagdirektørfunksjon. Flere av respondentene påpeker at det er en fare for at overordnet ledelse blir for operativ i beredskapssituasjoner. Som en årsak til det nevner en av respondentene at han er vant til å ta beslutninger under stress, men det gjelder beslutninger knyttet direkte til pasientbehandling. Han mener derfor at kriselederen har behov for å støtte seg på en rådgiver som har kompetanse på beredskap, og som også ivaretar rollen som en ”kritiker” før beslutninger tas:

*Det som er utfordringen for lederen er å definere hva som egentlig er problemet. Det er kanskje riktig å ha noen som sier stop-en-hal, vent. Det er viktig å ha foten i bakken og finne ut hva er det vi **ikke** tenker på nå.*

Ellers understreker flere at god krisehåndtering avhenger av god informasjonsflyt oppover og nedover i systemet, noe som imidlertid er en utfordring i en linjeorganisasjon også i det daglige. Dette krever bevisstgjøring når det gjelder kommunikasjon av beslutninger og bekreftelse på at de blir implementert.

Også for sykehus innen det enkelte foretak kan det være kulturforskjeller knyttet til håndtering av uønskede hendelser, for eksempel ved svikt i strømforsyning. Enkelte steder håndteres dette på operativt nivå, ved andre sykehus av funksjoner som har en mer overordnet styring. Noe av årsaken til dette kan være selve organisasjonsmodellen, blant annet om foretaket har geografisk adskilte lokasjoner eller en tverrgående styringsmodell.

En av respondentene beskriver en forventning om at når ledergruppen etableres som kriseledelse, så burde det egentlig være linjelederne (klinikksjefene) som rapporterer om hvordan hendelsen påvirker deres klinikk. Dette vil jo være grunnlaget for beslutninger som skal implementeres tilbake i egen klinikk. Erfaringen er imidlertid at

... de fleste kommer likevel for å bli orientert om hvordan det går i deres klinikk, og de forventer at noen av stabspersonene skal beskrive dette og kommunisere det ut.

Respondenten er derfor av den oppfatning at klinikksjefene og avdelingslederne i litt for liten grad tar aktiv styring i beredskapssituasjoner. Dette kan skyldes:

... manglende kompetanse, at de ikke helt ser sin rolle, de er kanskje heller ikke så tett på driften til vanlig, og de har kanskje feil forventninger til at andre i beredskapsledelsen skal gjøre noe annet enn det de egentlig skal.

Det nevnes videre at når man leser eldre beredskapsplaner, så er det mye som handler om å skaffe informasjon, slik at beslutningstakerne ”langt der oppe” skal kunne ta beslutninger:

Det ligger hos folk at jo mere usikkerhet, jo mere informasjon trenger jeg, og så skaffer de seg så mye informasjon at beslutningene kommer alt for sent eller ikke blir tatt.

Beslutningstaking under usikkerhet fremholdes som et kjernepunkt. Krisehåndtering på overordnet nivå i helseforetaket foregår ofte i en tidsakse der man i liten grad klarer å påvirke det praktiske arbeidet med å løse en konkret krise ”der ute”. Dette gjelder både eksterne hendelser og interne hendelser som svikt i IKT eller vannforsyning. Når det for eksempel gjelder pandemi stiller dette seg annerledes. Overordnede kriseledelse handler mye om ”å gi folk et beslutningsgrunnlag, også langt ute i organisasjonen”. Dette bør også gjenspeiles i det overordnede planverket, for eksempel at ved kjøring på nødstrøm skal elektiv virksomhet stoppes.

4.4.5 Kompetanseutvikling

Ingen av de undersøkte foretakene har eget program for kompetanseutvikling knyttet til kriseledelse eller krisehåndtering. Flere av respondentene vedgår at man egentlig ikke har vurdert om det er behov for det. Det kan tyde på at foretakene, bevisst eller ubevisst, legger til

grunn at ordinær lederkompetanse også er tilstrekkelig til å ta ansvar på beredskapsområdet. Det pekes forøvrig på at det også er andre faktorer enn spesifikk kompetanse som har betydning:

En stabil ledergruppe er en styrke fordi den fungerer selv om ikke alle er til stede. Det at man kjenner hverandre gir veldig lav terskel for å snakke sammen, og man vet hvem som kanskje trenger mer support når det gjelder avgjørelser enn andre.

Det erkjennes likevel at foretakene bør ha en viss kompetanse på kriseledelse, men ikke nødvendigvis ved at alle i kriseledelsen er på samme nivå. En løsning kan være å bygge ledergrupper hvor man får inn fagkompetanse på området, slik at man samlet oppnår lederkraft. Forutsetningen er at hele ledergruppen må ha en bevissthet om dette:

Kanskje formalisert opplæring ville vært på sin plass, men den må være to-the-point. Kompetanse går ikke bare på å kjenne planverket, men omfatter også beslutningskompetanse. Ledergruppen må få presentert teori om dette.

Det nevnes også at kompetanse kan bygges uten spesielle programmer, for eksempel ved at rapporter etter krisehendelser innrettes slik at de gir læring for andre, på tvers av foretakene. Enkelte oppfatter dessuten beredskapskompetanse som ”kjennskap til planverket”. En av respondentene ser det slik:

Vil ikke si nei til en kompetanseplan, men helsepersonell er trent i å ta beslutninger i akutte situasjoner der man må prioritere.

De fleste respondentene erkjente at det var for lite øvelser og trening knyttet til beredskap. Et forslag som ble reist var å legge inn beredskap som fast månedlig tema i møter i foretaksledelsen, med en veksling mellom teori og øvelser/trening.

Nytten av at noen i kriseledelsen har en kritikerrolle for å sikre at det ikke tas for ”lettevinte” beslutninger ble også påpekt. Det er også behov for å kunne korrigere tendenser til at noen av deltakerne i kriseledelsen blir for operative. Dette bør også inngå i øvelser.

Ved ett av foretakene er det etablert en rolle som ”ligger og flyter litt på siden” av ledelsen i det enkelte sykehus, og som kalles *stedlig beredskapskoordinator*. Det er en personlig oppnevnt person i rollen, men det er ikke en forutsetning at denne personen deltar i

kriseledelsen. Disse personene brukes mye i planleggingsarbeid ved for eksempel vedlikehold og bygningsmessige endringer, der de over tid får god kjennskap til teknisk infrastruktur. Ved en del beredskapshendelser vil de kunne være med ”å smøre systemet på tvers” og monitorere situasjonen. Et utsagn fra en slik lokal beredskapskoordinator ved et av sykehusene er at det som har hatt størst betydning i beredskapsplanlegging og -håndtering nettopp er store planlagte omlegginger av infrastruktur (vann og strøm) som har ført til at man har vært nødt til å evakuere kritiske enheter som intensiv og operasjon. For å kunne planlegge dette har klinisk personell måttet forstå det tekniske opplegget de lever med til daglig på en helt annen måte enn tidligere. Det gjør at man også er i stand til å vurdere konsekvensene av uønskede hendelser på en bedre måte. Dette går også andre veien, teknikerne skjønner mer av teknikkens praktiske betydning for klinisk arbeid og konsekvenser ved svikt.

Spørsmålet om hvem som trenger hva slags kompetanse berøres også. Respondentens mener troen på ”kommandosentraler” for overordnet kriseledelse i helseforetak er luftslott, det innebærer at personene

... sitter i et stabsrom og ikke helt vet hva de skal gjøre, inntil de skjønner at de der ute har skjönt hva de skal gjøre uten kriseledelsen, og da innses de at de kanskje ikke er så viktige likevel.

Vektleggingen av likhetsprinsippet, der de vanlige lederne også tar beslutningene i krisesituasjoner, krever et enkelt system. Det er slik i det daglige at klinikkledere og avdelingsledere har ulik tilnærming til sin rolle, blant annet når det gjelder hvor tett de er på driften. Noen er bare opptatt av det store bildet, og får ikke innsikt nok i hvordan man jobber til at de kan ta gode avgjørelser, de har ikke nødvendigvis den rette kompetansen til å ta de spisse beslutningene. Dette vil også prege krisehåndteringen. Beredskapsrådgiverne og andre stabs- og støttepersoner må derfor ha kompetanse til ”å styre beslutningstakerne inn på rett spor”.

5 Drøfting

5.1.1 Overordnede føringer

Politiet

Som det fremgår av empirikapittelet er det store skiller mellom politi og helseforetakene når det gjelder overordnede føringer. Politiloven beskriver ganske detaljert politiets oppgaver, og politiets beredskapssystem PBS I, utformet av Politidirektoratet, stiller krav til hvordan politiet skal utforme sitt beredskapssystem. Når begrepet beredskap brukes i PBS omfatter det både dagliglivets beredskap for å ivareta de ordinære politioppgavene, og krisehåndteringen når de store hendelsene inntreffer. PBS I gir klare føringer for hvordan politiet skal organisere seg og sin virksomhet i normaldrift, og for at denne organisasjonen også skal brukes ved kriser.

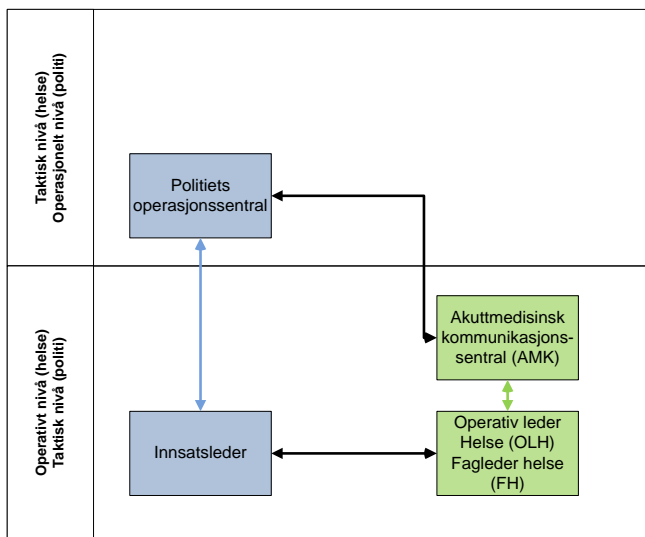
Politiet får presentert mål og rammer basert på Stortingets budsjettvedtak og retningslinjer i det årlige tildelingsbrevet fra Justis- og beredskapsdepartementet.

Helseforetakene

I motsetning til politiet har ikke spesialisthelsetjenesten føringer for utforming av sine beredskapssystemer, og heller ikke til organisering av daglig drift. Lov om foretak stiller en rekke formalkrav, men ikke knyttet til hvordan struktur og ledelse utformes i helseforetakene. Det gjør heller ikke andre sentrale lover som Helsepersonelloven og Spesialisthelsetjenesteloven. Mål og oppgaver tildeles spesialisthelsetjenesten først og fremst gjennom Helse- og omsorgsdepartementets årlige oppdrags- og bestillerdokument til de regionale helseforetakene, som viderefører dette til helseforetakene. Heller ikke her fremkommer krav til selve organisasjonen.

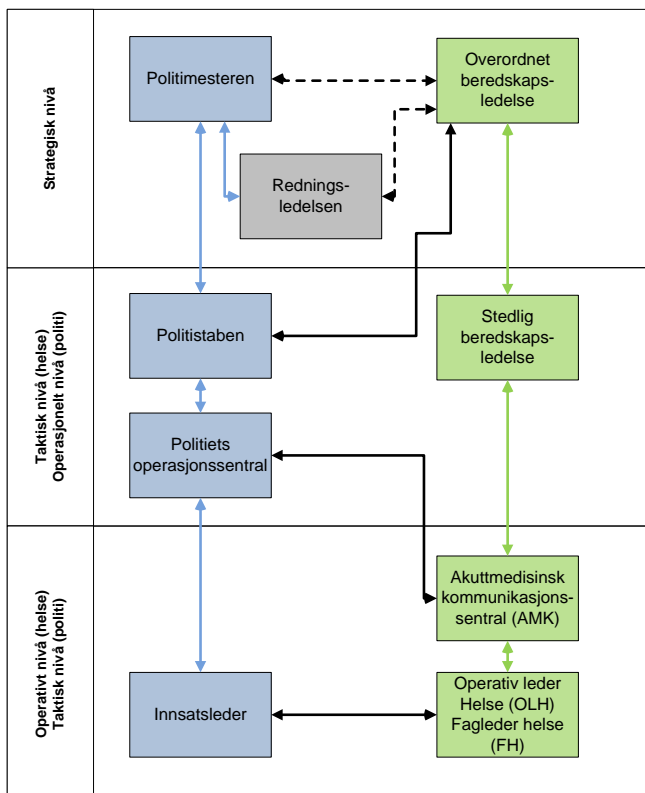
5.1.2 Forskjeller og likheter mellom politiet og helseforetakene

Figur 2 viser elementer i helseforetakenes og politiets organisasjon for å håndtere dagliglivets hendelser. Figur 3 viser elementene når det den komplette beredskapsorganisasjonen er etablert. Som vi ser er det ulikheter knyttet til for eksempel hvilket nivå hhv. politiets operasjonssentral og AMK er plassert, noe som har med oppgavene å gjøre. Det fremgår også at helseforetakene har en enklere struktur enn politiet.



Figur 2 Funksjoner i foretak og politi i normalsituasjonen

AMK er en ren kommunikasjonsentral som ikke tar beslutninger knyttet til det operative arbeidet på skadested eller under transport. Politiets operasjonssentral har derimot ordremyndighet overfor innsatsleder og innsatspersonell. De sorte pilene viser kommunikasjonsveiene mellom politi og foretak.



Figur 3 Funksjoner i foretak og politi i beredskapssituasjoner

Ved store hendelser etableres taktisk og strategisk kriseledelse i foretakene. Oppgaver og fullmakter i AMK og på skadested endres ikke. Politiet kan etablere politistaben på samme nivå som operasjonssentralen og redningsledelse på politimesternivå.

5.1.3 Hybrid organisering og ledelse

Helseforetakene

Flere av respondentene påpeker at det er et problem at foretaket har en hybrid organisering, men uten å beskrive nærmere hva som gjør dette problematisk. Hybrid organisering innebærer en blanding av faglig og profesjonell ledelse. I den daglige driften i foretakene kan det innebære spenninger mellom det leger og sykepleiere mener er de riktige faglige beslutningene og prioriteringene og det den generelle/profesjonelle lederen, med vektlegging av mål- og økonomistyring, mener. Fagpersoner som blir ledere, særlig hvis de uten formell lederutdanning, vil merke dette krysspresset sterkt. Dette vil kunne påvirke hvordan beslutninger fattes, kommuniseres og implementeres.

Det er ikke innenfor denne oppgavens ramme, eller innenfor tidsrammen for intervjuene, å gå dypere inn på disse problemstillingene. Det er likevel et naturlig spørsmål om dette er et problem i beredskapssituasjoner. En kan tenke seg at det ikke vil være det ved ulykkeshendelser, der sykehuset må håndtere tilstrømning av mange pasienter. I slike tilfeller vil det sjelden være diskusjon om ressursbehov eller kostnader, og de faglige vurderingene vil veie tyngst. De funksjonene i sykehuset som har de største utfordringene når det gjelder beslutninger vil dessuten være vakthavende personell, som i situasjonen kun vil forholde seg til rent faglige prioriteringer.

En annen situasjon oppstår når sykehuset utsettes for interne hendelser som svikt i infrastruktur, for eksempel bortfall av strøm eller vann. På kort sikt vil behovet for å ivareta pasientsikkerheten være det viktigste, men blir hendelsen langvarig vil utfordringene bli av mer driftsmessig karakter, av hvordan man skal sikre at sørge-for-ansvaret ivaretas og hvordan hendelse og håndtering påvirker økonomi og omdømme. Det kan da tenkes at spenningene mellom økonomi- og målstyring og fag vil bli tydeligere.

Politiet

Hybridledelse har vært et diskusjonstema i helsevesenet siden før statlig overtakelse av sykehusene i 2002, og det finnes rikelig litteratur og studier om dette temaet. Noe tilsvarende er ikke funnet om politietaten. Det er imidlertid grunn til å anta at det også i politiet er spenninger mellom de politifaglige prioriteringene og mer målstyrte prioriteringer fra ledelsen i politidistriktene. Politimestrenes ledergrupper utgjøres i hovedsak av administrative (generelle) ledere, dvs. politistasjonssjefer og lensmenn, som har totalansvar for økonomi,

måloppfyllelse og ansatte innenfor sine driftsområder, men som også er fagpersoner. Samtidig har P`ene et faglig ansvar på definerte områder. Dette innebærer at det går to styringslinjer ut til polititjenestemennene.

Oppsummert

I denne sammenhengen skal det ikke trekkes noen slutning av om hybrid organisering påvirker beredskap og beredskapssystem i negativ eller positiv retning. Flere av respondentene fra helse mener at hybrid organisering er utfordrende, mens én påpeker at nettopp ledere som både har fagkompetanse og lederkompetanse er ressurser i krisehåndteringen. Som nevnt tidligere baserer foretaksledelsen sine valg knyttet til organisering, ledelse og drift på andre scenarier enn beredskapshendelser. Siden dette er avgjørende også for organiseringen i beredskapssituasjoner, blir det viktig å avdekke og eventuelt kompensere for eventuelle organisatoriske svakheter når beredskapssystemene utformes.

5.1.4 Utforming av beredskapssystemene

Helseforetakene

Alle de undersøkte helseforetakene har utviklet og tilpasset sine beredskapssystemer etter at det ble etablert sykehusområder med flere sykehus under felles ledelse. Respondentene viser til likhetsprinsippet som grunnleggende for utformingen av beredskapssystemene, noe som innebærer at prinsippene for organisering og ledelse i den daglige drift i hovedsak også brukes i beredskapssituasjoner. Det er som nevnt ikke gitt overordnede føringer for hvordan helseforetakene skal organiseres, og det er derfor til dels store ulikheter når det gjelder struktur, ledelse og utforming av organisasjonene. Denne ulikheten er hovedårsaken til at også beredskapssystemene er ulike. Likevel oppfatter respondentene at beredskapssystemene i egne foretak er hensiktsmessige, og at den strukturen som er etablert for å ivareta ordinær drift også er hensiktsmessig for å håndtere beredskapssituasjoner.

Dette kan tyde på at utformingen av beredskapssystem og organisering av kriseledelse ikke har avgjørende betydning for krisehåndteringen. Det er imidlertid slik at det er svært sjelden helseforetakene utsettes for store beredskapsmessige utfordringer. Erfaringsgrunnlaget for hvordan dette virker i praksis er derfor så lite at man må være forsiktige med å trekke konklusjoner.

Politiet

For politiets del er utformingen av beredskapssystemet gitt, det skal gjøres iht. PBS I.

5.1.5 Planverk

Beredskapsplanverket i helseforetakene er integrert i det ordinære dokumentstyrings- eller kvalitetssystemet. Foretakene har ulike tekniske systemer, og malene for dokumentene er ikke standardisert. Beredskapsdokumentene er tilpasset dette, og gjør at det også her er store ulikheter. Politiet har sitt lokale planverk i PBS Web, som dermed gjør layouten lik for alle distrikter. For å undersøke hva beredskapsplanene forteller om foretakenes beredskapssystem er det gjennomført en dokumentstudie av overordnede planer som beskriver dette, se oversikt vedlegg 3.

5.1.6 Sentralisert eller desentralisert kriseledelse

Boin et al (2005) argumenterer sterkt for desentralisering av beslutninger i kriser, og anbefaler at "only the decisions that cannot be taken on the spot will rise to the top where crisis leaders reside". Dette er fullt ut i samsvar med likhets- og nærhetsprinsippet. Likevel skjer enkelte tilpasninger i ledelsen når beredskapshendelser inntreffer. De organisatoriske endringene som skjer er sannsynligvis hensiktsmessige, men krever en bevissthet om at de også kan ha uheldige konsekvenser.

Helseforetakene

I det daglige er helseforetakene og sykehusene i stor grad desentraliserte organisasjoner, beslutningene tas på et lavest mulig nivå. I beredskapssituasjoner var tidligere kriseledelsen i sykehusene som regel sentralisert, med en topptung gruppe fagpersoner og ledere som tok til dels operative beslutninger. Innføringen av beredskapsprinsippene, med vekt på likhet og nærhet, har ført til en desentralisering av beslutningsmyndigheten. I tillegg er det skjedd en betydelig profesjonalisering av det operative nivået, særlig i de prehospitale tjenestene (ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten) og de akuttmedisinske avdelingene. Denne utviklingen er motivert av behovet for å sikre rask og effektiv håndtering av akutte hendelser i det daglige. I beredskapssituasjoner videreføres i stor grad ordinære behandlingsprosedyrer, organisering og ledelse av det operative arbeidet, bare med en viss omprioritering av oppgaver samt økning av kapasitet. Overordnet kriseledelse, særlig på strategisk nivå, har når det gjelder ulykker med massetilstrømming av pasienter relativt få kritiske beslutninger å ta.

Erfaringene viser at det er da er en viss fare for at overordnet ledelse eller overordnede ledere blir for operative (i helseterminologien).

Ved interne hendelser som svikt i IKT, strøm, vann og gass vil det operative nivået få andre utfordringer enn selve pasientbehandlingen, og vil i større grad trenge føringer fra overordnet nivå. Ut over å ivareta pasientsikkerheten må det tas beslutninger knyttet til driften i et mer langsiktig perspektiv. Dette endrer tyngdepunktet for krisehåndteringen fra det operative til et mer overordnet nivå.

Politiet

I en beredskapssituasjon skal politiet i prinsippet beholde de samme ledelsesfunksjonene som i ordinær drift. Til vanlig har innsatsleder definerte oppgaver og fullmakter på skadested, men tar imot ordre fra operasjonslederen på operasjonssentralen. Operasjonslederen har også definerte oppgaver og fullmakter, overfor operasjonssentralen og innsatsleder/innsatspersonellet. P`ene er i stor grad støttefunksjoner som sørger for allokering av ressurser på utstyrs- og bemanningssiden, og for å ivareta oppgaver som etterforskning, etterretning osv.

Det skjer likevel visse endringer. Dersom det besluttes å sette stab, under ledelse av stabssjefen, vil dette ha betydning for operasjonsleders rolle. Selv om operasjonsleder beholder sine oppgaver og fullmakter, vil mer langsiktige vurderinger og beslutninger tas i staben. Det innebærer at P`ene trekkes mer inn mot beslutningene, noe som kan tenkes å påvirke vurderinger og beslutninger i en annen retning enn det operasjonsleder ville ha prioritert.. Respondentene fra politiet påpeker at dette kan oppleves som problematisk, og at det kanskje er det mest problematiske punktet i politiets beredskapssystem.

Dersom situasjonen er særlig alvorlig eller langvarig kan politimesteren innkalle redningsledelsen, som består av representanter for de viktigste samarbeidsaktørene. Dette er en reell ledelse, og vil ta beslutninger av strategisk art.

Den operasjonelle (operasjonssentral og operasjonsleder) og taktiske (innsatsleder) ledelsen er altså i stor grad desentralisert i daglig drift. I beredskapssituasjoner skjer en viss sentralisering, der staben og eventuelt redningsledelsen også inngår i krisehåndteringen. For å kunne vurdere situasjonen og ta overordnede beslutninger er både stab og politimester/redningsledelse avhengige å motta nødvendig informasjon fra det taktiske og operasjonelle nivået. Det kan

føre til at lederne på disse nivåene i for stor grad avventer overordnede beslutninger, noe som kan føre til usikkerhet og forsinkelser. Dette bekreftes av respondentene. I det ligger kanskje muligheten for en utilsiktet sentralisering av kriseledelsen. I tillegg stiller det ekstra store krav til effektiv informasjonsflyt og kommunikasjon begge veier mellom nivåene. Fra politirespondentene påpekes det også at etableringen av overordnet kriseledelse kan føre til at taktiske beslutninger tas av personell som ”har vært ute av taktisk tjeneste en stund”.

5.1.7 Standardisering

Helseforetakene

Standardisering av utstyr, kunnskapsbaserte behandlingsprosedyrer og helhetlig pasientinformasjon blir betraktet som avgjørende for å etablere ”beste praksis” i spesialisthelsetjenesten. Mye av dette utformes på regionalt og nasjonalt nivå, med deltakelse fra helseforetakene, og et eksempel er den nettopp avsluttede nasjonale pasientsikkerhetskampanjen i regi av Kunnskapssenteret. Implementeringen av disse tiltakene gjennomføres uavhengig av at foretakene har ulik organisering og ledelsesstruktur. Sammenholdt med fraværet av sentrale føringer viser dette at verken myndighetene, de regionale helseforetakene eller det enkelte foretak oppfatter ulikhetene i selve organiseringen av sykehusene som avgjørende for kvalitetsarbeidet. Nettopp dette, kombinert med vektleggingen av likhetsprinsippet, fører også til at det kan synes å være lite hensiktsmessig å standardisere foretakenes beredskapssystemer. Det som bør vurderes er å finne metoder for å utvikle ”beste praksis” også når det gjelder krisehåndtering, uten å gå veien om standardisering av selve beredskapssystemene.

I Regionalt beredskapsutvalg i Helse Sør-Øst har det vært en diskusjon om definisjon og bruk av beredskapsnivåer. I regional beredskapsplan er det beskrevet tre nivåer for beredskap, grønn, gul og rød, der rød er det høyeste nivået. Som nevnt tidligere bruker alle helseforetakene denne inndelingen, men på forskjellige måter. To av foretakene har reservert gul og rød beredskap til rask og omfattende mobilisering av ekstra personell, mens grønn beredskap bare betyr at det settes overordnet kriseledelse. Andre foretak bruker fargekodene for å uttrykke alvorlighetsgrad i forbindelse med ulike hendelser, men uten å koble dette til tiltak.

Problemene oppstår når foretakene kommuniserer valgt beredskapsnivå utenfor eget foretak, for eksempel med det regionale helseforetak eller når flere foretak samarbeider i om den

samme hendelsen. Også for støttefunksjoner som de regionale apotek- eller IKT-tjenestene skaper ulikhetene forvirring. Når begrepsbruken ikke er entydig kan det føre til uheldige misforståelser.

Likhetsprinsippet er altså sentralt når det gjelder helseforetakenes beredskapssystemer. Det er likevel ikke alle forhold som kan forklares eller begrunnes i likheten med den ordinære organisasjonen. For eksempel begrepsbruk og enkelte andre ulikheter skyldes også tradisjoner og enkeltpersoners oppfatninger. Dette bør vurderes opp mot nytten av felles løsninger på tvers av helseforetakene. En viss standardisering kan med fordel vurderes på et overordnet nivå.:

- Begreper som beredskapsledelse, kriseledelse og katastrofeledelse brukes om hverandre om samme funksjon
- Begreper som strategisk, overordnet eller sentralt brukes om hverandre om foretaksnivå. På samme måte brukes taktisk, stedlig og lokalt om sykehusnivå.
- Definisjon av beredskapsnivåer (grønn, gul og rød) og hvordan de skal brukes i planverk og kommunikasjon vil øke verdi og bruksområde for begrepene
- Klargjøring av forskjell på linjeledelse og stabsarbeid
- Valg av beslutningsteori og beslutningsstrategi viktig for felles kompetanseutvikling

På operativt nivå arbeides det aktivt med standardisering på flere områder, blant annet med forslag til *Veileder for masseskadetriagering*, forslag til ny *Akuttmedisinforskrift* og *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp*.

Politiet

I politiet er kravene til standardisering beskrevet i PBS I og II. PBS III er i hovedsak lokalt utformede prosedyrer og instruksjoner, utformet på grunnlag av PBS II. Disse dokumentene er tilgjengelige for andre distrikter i PBS WEB, noe som ”gir mulighet for kompetansedeling og samarbeid innen plan- og beredskapsarbeidet”.

Distriktene for politi, helseforetak, brann og redning, sivilforsvaret, heimevernet og andre samarbeidende etater er ikke identiske. Politiet og de fleste andre etatene har imidlertid et stedsuavhengig beredskapssystem, men helseforetakene skiller seg altså ut. Dette oppleves som problematisk av politiet når de må forholde seg til flere helseforetak.

5.1.8 Stabs- eller linjeledelse

Som nevnt i empirikapittelet er det en viss forvirring når det gjelder forskjellen på stabs- og linjeledelse. Linjeledelse innebærer at alle fullmakter delegeres fra administrerende direktør til klinikk- eller divisjonsdirektører, videre til avdelingsledere eller -sjefer og til enhetslederne ute i organisasjonen. Det betyr at ansvaret for kvalitet og pasientsikkerhet, aktivitet, økonomi og personalansvar samles i ett punkt på hvert ledelsesnivå, hos lederen.

Beslutningsmyndigheten i slike systemer er dermed entydig plassert i et hierarki.

Det er ikke funnet noen definisjon av stab og stabsarbeid i styrende dokumenter for helse eller politi. PBS I beskriver at stabens hovedoppgave er å ”bistå politimesterens ledelse gjennom beslutningsstøtte, iverksettelse av tiltak og oppfølging av tiltakene”, men definerer ikke selve begrepet. Staben handler etter fullmakt fra politimesteren. Ifølge Håndbok for stabstjeneste i Forsvaret (2010) er staben en hjelp for lederen (sjefen): ”Personell som gir beslutningsstøtte eller som treffer beslutninger, iverksetter, veileder og kontrollerer på sjefens vegne, utfører stabsarbeid”. En stab vil altså være en gruppe med en definert leder (stabssjef) på ”utsiden” av ordinær linjeorganisasjon, og som tar beslutninger etter fullmakt fra øverste leder på definerte områder. I praksis har gruppen ofte en flat struktur, der beslutningene tas ved konsensus eller ved uenighet av stabssjefen.

Respondentene fra helseforetakene bruker begrepet ”å sette stab” selv om de understreker at det iht. likhetsprinsippet er ordinær linjeledelse som etableres. Dette kan skyldes at ulike stabsfunksjoner (rådgivere, nøkkelpersonell som tilkalles, ledere av stabsavdelinger som økonomi, HR, fagavdelinger osv.) i sterkere grad enn vanlig trekkes inn i vurderingene og beslutningene i ledergruppen. Flere respondenter oppfatter staben som de funksjonene som er støttefunksjoner til linjelederne i den sentrale ledelsen, og ikke stab som en egen gruppe som erstatter eller supplerer den ordinære ledelse ved kriser.

Hvis dette ikke endrer fullmaktsstrukturen, er det et spørsmål om bruk av begrepene stab og stabsledelse er hensiktsmessig. Hvis en person som ikke ordinært inngår i linjeledelsen (for eksempel fagdirektør eller utpekt fagperson) overtar fullmakter fra administrerende direktør, vil heller ikke dette i seg selv føre til at linjeledelsen settes til side. Uansett må oppgaver og fullmakter klargjøres for alle som skal samarbeide, slik at ikke misforståelser og konflikter så lett kan oppstå.

5.1.9 Kompetanseutvikling

Helseforetakene

På alle områder innenfor helsevesenet nevnes kompetanse som en forutsetning for kvalitet. Begrepet peker på både kunnskap og erfaring, og en dyktig fagperson må ha kompetanse på flere områder enn sitt eget fag. For eksempel er organisasjon, samhandling med andre, kommunikasjon og metodekunnskap sentrale temaer. Hva slags kompetanse er nødvendig for selve krisehåndteringen, hvordan man kan utvikle den, og hvem som trenger den, er vesentlige spørsmål.

Når respondentene i denne studien beskrev beredskapssystemene i sine foretak ble kompetanse og kompetanseutvikling bare i liten grad nevnt. Ingen av de undersøkte foretakene har utviklet egne kompetanseprogrammer innen beredskapsområdet. Når kompetanse ble nevnt var det knyttet til den fagkunnskapen sentrale personer i kriseledelsen ”hadde med” fra sitt ordinære arbeid (som for eksempel kirurg eller fagdirektør), og ikke spesifikt knyttet til beredskap og krisehåndtering. Unntaket var behovet for kjennskap til beredskapsplaner og tiltakskort.

Forenklet kan en si at krisehåndtering består i å ta beslutninger om og iverksette nødvendige tiltak for å redusere konsekvensene av en alvorlig uønsket hendelse som truer liv, helse eller selve virksomheten. Kunnskap om beredskapssystem, planverk, tiltakskort, samarbeidspartnere, utstyr og rutiner for kommunikasjon, dokumentasjon og rapportering må være en del av grunnkompetansen for alt personell som skal ivareta beredskapsoppgaver. Flere av respondentene vektla også erfaring fra vanlig drift, knyttet til både fag og ledelse, som grunnlag for god krisehåndtering. Krisehåndteringen vil derfor påvirkes av hvordan den ordinære driften er organisert, og hva slags erfaring den enkelte har.

I 22. juli-kommisjonens rapport påpekes behovet for mer øvelser, noe som i mange sammenhenger fremstår som det eneste middelet til å øke kompetansen på krisehåndtering. Tradisjonelle øvelser fører til utvikling av tekniske *ferdigheter*, det er viktig å gjøre de riktige tingene, i den riktige rekkefølgen og på den riktige måten. Forskning og erfaringer fra andre virksomheter viser imidlertid at det er viktig også å ha et teoretisk grunnlag for de valgene man gjør. Det er derfor et tankekors at helseforetakene ikke har egne kompetanseprogrammer for beredskap og kriseledelse på alle nivåer. Utvikling av slike programmer burde kunne gjøres regionalt eller nasjonalt felles for foretakene selv om disse har ulike

beredskapssystemer. Ulikhetene mellom helseforetakene kan være et hinder for utvikling av felles kompetanseprogrammer. Det bør likevel være mulig å identifisere områder eller temaer som er felles fordi de er uavhengige av lokale forhold. De fem første punktene som er listet opp i kapittel 5.1.7 om standardisering vil kunne bidra til et felles begrepsapparat. I tillegg vil teori om beslutningsstrategi og beslutningstaking, og om hva som kjennetegner kriser kunne legges inn i et kompetanseprogram. Det ville være et viktig skritt videre i utvikling av mer robust krisehåndtering i foretakene.

Politiet

Respondentene fra politiet viser til at det er etablert etterutdanning og kompetanseprogrammer for de ulike nivåene og funksjonene, og beskriver dette som en positiv utvikling. NOU 2013:9 Politianalysen påpeker imidlertid at fravær av strategisk kompetansestyring gjør investeringene i kompetansehevingstiltak ikke gir ønsket verdi. Dette skyldes at personell tar utdanning de ikke trenger i sin stilling, eller for å kvalifisere seg til andre stillinger som heller ikke trenger denne kompetansen. Etaten mangler også systemer som legger til rette for bruk av kompetanse på tvers av distriktene, noe som fører til overforbruk av utdanningskapasitet.

5.1.10 Beslutningstaking

Kjerneoppgavene til personell i helse og politi i akutte situasjoner, både i det daglige og ved store hendelser, er å ta de riktige beslutningene raskt (nok). *Hvordan* beslutningene tas, og hva som påvirker dem, er i liten grad tatt opp av respondentene fra helse og politi. Det betyr ikke at dette temaet ikke er aktuelt, men kan tyde på at det ikke oppfattes som sentralt.

Beslutningstaking er utvilsomt en kritisk del av krisehåndteringen, og bør ha en tilsvarende sentral plass i beredskapssystemet. Det som skjer av kompetansebygging i foretakene i dag har sjelden en strategisk målsetting, og knyttes som nevnt som regel opp til tradisjonelle øvelser. Beslutningsteori bør også gis plass, som grunnlag både for kompetansebygging og øvelser. I teorikapittelet vises det til relevant forskning om metodikk og om hva som påvirker beslutninger i kriser.

På operativt nivå (i helseterminologien) gjennomføres det målrettede øvelser for å utvikle ferdigheter, for eksempel i samvirke på skadested, triagering, avansert hjerte-lunge-redning og for andre prosedyrer. I ambulansetjenesten foregår det sertifisering og resertifisering iht. både nasjonale og lokale standarder. Kriseledelse på operativt nivå skiller seg som tidligere

beskrevet lite fra de daglige akuttsituasjonene ut over at det kan være flere involverte pasienter og et mer uoversiktlig skadested.

Tilsvarende skjer på operativt nivå intrahospitalt. Sykepleiere og leger fra akuttmottak, anesthesi-, intensiv og operasjonsavdelinger og andre spesialiteter får i sitt daglige virke kompetanse og erfaring gjennom enkelthendelser. Dette kommer til nytte når sykehusene settes i beredskap på grunn av massetilstrømmning av pasienter. Det er nødvendig med en viss omorganisering, men det meste av personellet skal, som en av respondentene uttrykker det, ”gjøre det de er vant til, bare mer av det samme”.

Personell på operativt nivå får altså både erfaring fra kriseliknende situasjoner i det daglige, og relativt uendrede utfordringer i beredskapssituasjoner. Dette tilsier at det kanskje ikke er på dette nivået det er størst behov for kompetanseutvikling når det gjelder beslutningstaking. På mer overordnet nivå, i den taktiske og strategiske ledelsen, vil hendelsene som skaper utfordringer variere, og det vil være mindre erfaring og kompetanse fra reelle hendelser og øvelser. Dette bekreftes i intervjuene, og beslutningstakerne er derfor avhengig av å bruke ”det de har med seg” fra andre roller. Denne kompetansen vil være individuell, og dermed varierende. Spørsmålet er om det er tilstrekkelig for å sikre god krisehåndtering.

Lipshitz et al (1997) er opptatt av beslutningstaking under usikkerhet, og trekker inn følelse av tvil, modellvalg for beslutninger samt hva beslutningstakeren er usikker på og årsaken til usikkerheten. Boin et al (2005) mener krisehåndteringen ikke avhenger så mye av selve beslutningene som av implementeringen av dem. Forfatterne påpeker dessuten at dette i stor grad påvirkes av hvordan gruppene hvor beslutningene tas fungerer, og lister opp negative og positive faktorer for det. Dette viser at både kompetanse, beslutningsstrategi og gruppedynamikk er avgjørende for beslutningstaking og dermed krisehåndteringen.

Intervjuene har ikke gitt grunnlag for å vurdere hvordan beslutninger fattes i foretakene eller politidistriktene. 22. juli-kommisjonen kommer ikke inn på dette temaet, heller ikke Helsedirektoratets 22. juli-rapport *Læring for bedre beredskap*. Rapporter fra tidligere alvorlige hendelser som Sleipner-forliset i 1999, Åsta-ulykken i 2000 eller influensapandemien i 2009 berører ikke temaet beslutningstaking eller kriseledelse i helsevesenet, men fokuserer på planverket. Kunnskap om hvordan beslutninger fattes i helseforetakene, og hva som påvirker dem, er viktig for å kunne styrke krisehåndteringen, og bør inngå i grunnlaget for kompetanseutviklingen. Mangelen på oppmerksomhet i

helseforetakene rundt disse temaene vil kunne være til hinder for videre utvikling av en robust kriseledelse.

Forskning knyttet til beslutningstaking under stress og usikkerhet er dels av deskriptiv art, det vil si at den *beskriver* hvordan beslutningstaking skjer i ulike sammenhenger, annet er av normativ art, det vil si viser hvordan beslutninger *bør fattes*. Dersom man skal velge et teoretisk grunnlag for kompetanseutvikling og øvelser, er det flere muligheter. Det finnes metodikk for møteledelse (for eksempel teamledelse), for risikostyring (med vekt på analyse av alternativer) og andre prosessbaserte tilnærminger. Kan det tenkes at det finnes teori som kan anvendes på både operativt, taktisk og strategisk nivå (i helseterminologien)?

Aven et al (2004) stiller spørsmålet om hva som er en god beslutning, og svarer ”at det kan være så mangt”. Forfatterne påpeker at den vanlige måten man vurderer godheten i en beslutning på, er å vurdere utfallet. Dette bør erstattes med å fokusere på prosessen forut for beslutningen, det vil si ”de overveielsene og handlingene som inntreffer før beslutningen blir fattet”. Disse prosessene vil selvsagt variere ut fra hendelse og andre forhold.

På operativt nivå vil beslutninger knyttet til massetilstrømning av pasienter som nevnt følge mønsteret som gjelder i daglig drift. Taktisk og strategisk nivå vil ved slike hendelser i stor grad slippe å ta de vanskelige beslutningene fordi de fleste vil være av operativ art, og skal og må tas på operativt nivå. Når det gjelder interne hendelser eller andre langvarige påkjenninger som svikt i ekstern infrastruktur eller forsyninger eller for eksempel epidemier/pandemier, vil imidlertid taktisk og strategisk nivå ha større utfordringer.

I politiet vil forholdene langt på vei være tilsvarende. Ved relativt kortvarige og avgrensede hendelser vil det taktiske og operasjonelle nivået håndtere situasjonen ”på vanlig måte”. Det er når hendelsen blir kompleks og langvarig og medfører større usikkerhet, at utfordringene kommer også på et overordnet nivå.

Et mulig scenario

Et eksempel en utfordrende krisesituasjon kan være en langvarig hendelse i et helseforetak på grunn av svikt i intern vannforsyning. De første indikasjonene på at noe skjer kan komme fra kliniske avdelinger som meldinger om at det er lavt trykk i vannet i de øverste etasjene i sykehuset. Meldingene går til teknisk vakt, som kanskje kjenner til at det har vært visse lignende problemer tidligere. Uansett må det tas en beslutning om å starte feilsøking, og hvor

fort og hvem som iverksetter det vil være avhengig av tid på døgnet. Hvis etablerte rutiner følges vil akuttmottaket bli varslet om situasjonen. Avhengig av hvor alvorlig man vurderer det til å være, vil akuttmottaket tilkalle vakthavende leger på de berørte avdelingene. Hvis feilen ikke rettes raskt, vil også strategisk kriseledelse varsles.

Det tas altså en rekke beslutninger på operativt nivå før den overordnede kriseledelsen etableres. Det finnes sjelden detaljerte planer for hvordan pleiepersonell og leger konkret skal handle i slike situasjoner. Beslutningene vil i stor grad baseres på at man identifiserer situasjonen og velger blant et kjent repertoar av handlinger. Selve varslingsprosedyren vil som regel være regelstyrt, det vil si i forhold til etablerte rutiner/prosedyrer.

Når overordnet kriseledelse blir involvert, vil den første vurderingen være om dette er en krise eller ikke. Dette vil være en subjektiv vurdering. Å oppdage krisen tidnok kan være avgjørende for håndteringen, og sense making er en av de 5 kjerneoppgavene Boin et al (2005) lanserer for krisehåndtering. Også Klein (2009) er opptatt av making sense of situations. Reaksjonen til den første som kontaktes i overordnet kriseledelse vil være avhengig av dennes tidligere erfaringer og kompetanse. Hvis vedkommende har vært involvert i noe tilsvarende tidligere, gjenkjennes situasjonen. Hva hvis ikke?

Uten å gå dypere inn i dette scenarioet kan en konstatere at det vil være flere utfordringer for kriseledelsen videre: Hva med pasientsikkerheten? Er det mulig med videre drift i deler av sykehuset? Hvilke ressurser skal settes inn i feilsøking og feilretting? Må sykehuset evakueres? Hvordan skal media håndteres? Hvis feilen er intern, hva med omdømmet, hva betyr det at det tidligere er avdekket svakheter som ikke er utbedret?

Scenarioet viser at det tas kritiske beslutninger på flere nivåer. I ”den skarpe enden”, der pasientene befinner seg, vil utfordringen være å varsle raskt og riktig, og så ivareta pasientsikkerheten. Jo høyere opp i varslingskjeden man kommer, jo større krav vil stilles til evnen til å ta beslutninger av taktisk og strategisk karakter.

Bruk av intuisjon i beslutningstakingen

Under ordnede forhold, med god tilgang på informasjon og god tid, vil man kunne identifisere alternative løsninger, analysere disse, og så velge den man antar er best for å oppnå det ønskede utfallet. Slik er det som regel ikke hvis krisen er akutt og alvorlig. Da vil de fleste automatisk gjøre bruk av det Kahneman og Klein beskriver som det intuitive systemet, som

gjør det mulig å ta beslutninger raskt. Bruken av intuisjon bygger imidlertid på noen forutsetninger som kriseledelsen absolutt bør kjenne til.

Kahneman (2013) og Klein (2009) er opptatt av at **gjenkjennelse** er viktig i slike situasjoner. Det som først og fremst skiller dem er at førstnevnte er kritisk til bruk av intuisjon i beslutningstaking, og mener de mange skjevhetene (bias) som påvirker intuisjonen fører til dårlige beslutninger. Klein mener derimot å kunne bevise at dette fungerer godt i ”den virkelige verden”.

Allerede for 300 år siden var man opptatt av dilemmaer knyttet til beslutningstaking, og det er utviklet en rekke modeller under paraplyen Naturalistic Decision Making (NDM). Ifølge Lipshitz et al (2001) er disse modellene et forsøk på å forstå hvordan folk tar beslutninger i den virkelige verden. Siste versjon av NDM er Recognition-Primed Decision Making (RPD) som nettopp vektlegger det å ta beslutninger på grunnlag av gjenkjennelse. Forutsetningen for å ta beslutninger på grunnlag av gjenkjennelse er dyktighet, eller **ekspertise**. Kahneman og Klein er enige om at tilliten folk har til sin egen intuisjon **ikke** er en pålitelig indikator på dens gyldighet. Men når er vurderinger uttrykk for ekspertise og når gir de bare en illusjon av gyldighet? Betingelser for å tilegne seg dette er:

- et miljø som er tilstrekkelig regelstyrt og følgelig forutsigbart
- mulighet til å lære disse reglene over tid

Er dette betingelser som finnes eller kan skapes hos kriseledelsen i sykehus? Hvordan kan man oppnå tilstrekkelig ekspertise til å kunne stole på beslutninger basert på intuisjon? På operativt nivå er forutsetningene til stede, og beslutningene som tas av ambulanspersonell eller kirurgen i akuttmottaket hviler på ekspertise og intuisjon. På overordnet nivå er det ikke slik, der må man legge til rette for å oppnå den nødvendige dyktighet, skape tilstrekkelige ”gjentakelser” til å oppnå gjenkjennelse. Hvordan man kan man skape gjenkjennelse hos personell som sjelden opplever kriser?

Påstandene og argumentasjonen i Kleins bok *Streetlights and Shadows* kan være et godt utgangspunkt for en diskusjon rundt dette temaet. Det betyr ikke at selve de teoretiske betraktningene bør inn i et kompetanseprogram, men de kan danne det teoretiske grunnlaget for et slikt program. Dersom man aksepterer intuisjon som egnet for beslutningstaking i kriser

er det likevel nødvendig å tydeliggjøre de svakhetene (skjevhetene) som kan hindre de gode beslutningene.

Hvem er så beslutningstakere? Lederne av strategisk og taktisk kriseledelse er sentrale, med sine fullmakter fra administrerende direktør til å fatte beslutninger vitale områder. Samtidig bekrefter respondentene at linjeledelse videreføres iht. likhets- og nærhetsprinsippet, noe som kan bety at også ledere på klinikk- og avdelingsnivå bør inkluderes i målgruppen. Er det dermed behov for at alle disse skal ha kompetanse på kriseledelse og beslutningstaking under usikkerhet? Eller er det tilstrekkelig at enkelte nøkkelpersoner i strategisk og taktisk kriseledelse er eksperter i denne sammenhengen?

Klein (2009) påpeker at når man kommuniserer med andre, og enda mer hvis man skal løse felles oppgaver, er det en fordel at man har den samme situasjonsforståelsen, at man er på ”kognitiv bølgelengde”. Det gjør det mulig å forutsi hva andre kommer til å gjøre. Klein argumenterer imidlertid mot at kognitiv bølgelengde kan etableres på en enkel måte, og at det er lett å overvurdere sin innsikt i andres perspektiver. Dessuten har en felles forståelse tendens til å forvitre underveis, og det er derfor nødvendig hele tiden å vurdere situasjonsforståelsen og korrigere den hvis nødvendig. Klein illustrerer med et eksempel fra sykehus hvilken betydning felles situasjonsforståelse har når pasienten flyttes fra en avdeling til en annen. Dette er et sentralt punkt i all kriseledelse, og et argument for at flere enn bare leder av kriseledelsen og enkelte nøkkelpersoner har behov for kompetanse i beslutningsteori.

Utfordringen blir altså å utvikle et kompetanseprogram som skaper gjenkjennelse hos beslutningstakerne til tross for at slike situasjoner er sjeldne, og samtidig sikrer tilstrekkelig innsikt i hva som påvirker beslutningene. Det er utenfor denne oppgavens rammer å komme med forslag til et slikt program, men et felles løft for å utvikle det bør startes opp på regionalt eller helst nasjonalt nivå.

5.1.11 Læring

Figur 1 i introduksjonen av teorigapittelet har også med elementet *læring*. Egentlig er læring integrert i alle elementene, både ROS-analysene, identifisering og vurdering av forebyggende tiltak og forberedelsene til håndtering av krisene gir læringseffekt. Når det i figuren fremstilles som et eget element er det fordi det bør ha en egen struktur og det må beskrive de spesifikke læringsprosessene som bør komme i etterkant av øvelser og reelle hendelser.

Evaluering er en viktig del av læringen, og innebærer at man vurderer hva som ble gjort under øvelsen eller hendelsen, og hva som kan forbedres. Også det som gikk bra bør tas med, slik at de gode løsningene kan beskrives. Tradisjonelt har imidlertid logging av *hva som har skjedd når* preget evalueringsrapportene, noe som ikke minst gjelder lokale evalueringsrapporter.. Som nevnt i forrige kapittel fokuserer heller ikke granskningsrapportene etter 22. juli eller andre alvorlige hendelser på beslutningstaking eller kriseledelse. I Helsedirektoratets 22. juli-rapport oppsummeres det slik:

Beredskapsøvelser anses som et viktig redskap for å evaluere og forbedre planer for helsemessig og sosial beredskap. ... Reelle hendelser, slik som hendelsene i regjeringskvartalet og på Utøya den 22. juli, vil åpenbart ha stor læringsverdi med hensyn til å evaluere og forbedre virksomhetenes beredskapsplaner.

Det er altså forbedringer i planverket og andre instrumentelle tiltak som anses som viktig. Muligheten for å beskrive krisehåndteringen, med de vurderinger og beslutninger som tas, og som kan gi den gjenkjennelsen som er forutsetningen for god intuitiv beslutningstaking, benyttes ikke. I rapporten fra 22. juli beskriver kommisjonen i kapittel 19.2 evnen til å erkjenne risiko og lære av øvelser. Her understrekes først og fremst betydningen av risikoforståelse og risikoerkjennelse, og at det er dette som bestemmer ”om man øver, hva man øver på, og hva man lærer av øvelser”. Det påpekes at ”fundamentet for evnen til å håndtere kriser legges (derfor) i forberedelsene: planer, trening, øvelser, samhandling og tenkesett”. Og videre: ”Selve krisehåndteringen er en indikasjon på hvor godt forberedt man er”.

Tenkesett er nevnt, men utdypes ikke. Hva som påvirker beslutningene og gruppeprosessene der de fleste beslutningene tas, og hva som behøves av kompetanse er ikke tema. Spørsmålet er da om dette ikke *er* viktig, eller om det bare skyldes manglende bevissthet.

6 Konklusjon

Konklusjonen tar utgangspunkt hovedproblemstillingen, som er spørsmålet om helseforetakene har noe å lære fra politiets beredskapssystem. For å kunne besvare dette er det nødvendig å se på elementene i svarene på forskningsspørsmålene.

Intervjuene av respondenter fra helseforetakene avdekket store ulikheter i beredskapssystemenes struktur, planverk og sammensetning/organisering av kriseledelsen. I politiet er krav til dette standardisert i første del av politiets beredskapssystem (PBS I), som gjelder for alle politidistriktene. Ett av kravene er at PBS I skal legges til grunn både i den daglige virksomheten og i beredskapssituasjoner. I helseforetakene finnes ikke tilsvarende krav til utformingen av den ordinære driftsorganisasjonen, men det er et krav at likhetsprinsippet skal følges i beredskapssammenheng. Et vesentlig funn i denne studien er *at likhetsprinsippet er en hovedårsak til ulikhetene i beredskapsorganiseringen i helseforetakene*. Det innebærer ikke nødvendigvis at beredskapsorganisasjonen er identisk med den daglige driftsorganisasjonen, men at grunnstrukturen i ledelsesnivåene beholdes, og at linjeledere og stabsfunksjoner beholder sine oppgaver og fullmakter når kriseledelse etableres.

Respondentene er samstemte på at likheten mellom organisasjon og ledelse i normalsituasjonen og ved beredskapshendelser er viktigere enn regional eller nasjonal standardisering, og de er også gjennomgående tilfredse med egen beredskapsorganisering. De fleste åpner likevel for at en viss standardisering er hensiktsmessig.

Svaret på det første forskningsspørsmålet om grunnlaget for beredskapssystemene er altså for politiets del kravene som er stilt i PBS I. For foretakene er svaret den daglige driftsorganiseringen kombinert med likhets- og nærhetsprinsippet.

Det andre forskningsspørsmålet retter seg mot viktige faktorer i krisehåndteringen.

Respondentene fra begge etatene vektlegger likheten med daglig drift og en desentralisert kriseledelse. Fra foretakene nevnes også kompetanse fra daglig virksomhet, det vil si både faglig og ledelsesmessig erfaring.

Spørsmålet om hvordan beslutninger blir tatt i krisesituasjoner er ikke klart besvart i studien, og er et tema det bør forskes videre på. Respondentenes svar viser at det ikke ligger spesifikke

valg av teoretisk tilnærming eller beslutningsstrategi til grunn. Mangelen på bevisste metodevalg i helseforetakene kan tyde på en intuitiv tilnærming hvordan beslutningene fattes. Dette betyr ikke at beslutningene ikke kan være gode. Det er imidlertid viktig, som Klein (2009) og Kahneman (2013) påpeker, at man er bevisst på svakhetene, eller skjevhetene, ved intuitiv beslutningstaking. Hvis beslutningstakerne mangler den ekspertisen som ifølge forskningen som er referert i teorikapittelet er en forutsetning for gode intuitive beslutninger, er det fare for at beslutningene isteden blir tilfeldige.

Fra politiet blir det vist til at beslutningsteori og beslutningsstrategi og annet som påvirker samspillet i ledergruppene som fatter beslutningene inngår som teoretisk grunnlag i utformingen av kompetanseprogrammene.

Svaret på studiens hovedproblemstilling er todelt. En konklusjon er at *elementene i politiets beredskapssystem bare i begrenset grad lar seg overføre til helseforetakene*. Årsaken er at vektleggingen av likhetsprinsippet i foretakene langt på vei krever at eventuelle endringer må gjøres *både* i beredskapsorganisasjonen og den ordinære driftsorganisasjonen. PBS I stiller de samme kravene til den daglige organiseringen som til beredskapsorganiseringen, og dermed integreres likhets- og nærhetsprinsippet i selve systembeskrivelsen. En tilsvarende standardisering av beredskapssystemene på tvers av helseforetakene forutsetter en standardisering også av den ordinære driftsorganisasjonen, noe som ifølge respondentene verken er mulig eller ønskelig.

Dette betyr imidlertid ikke at helseforetakene *ikke* har noe å lære fra politiets beredskapssystem. Studien viser at det finnes områder i helseforetakene *som ikke begrenses av likhetsprinsippet fordi de ikke er relevante for den ordinære driften*, og som dermed kan være aktuelle for å hente lærdom fra politiet. Dette underbygges også av at respondentene åpner opp for en viss standardisering. Standardisering krever i prinsippet overordnede føringer, men mye kan også oppnås ved å utvikle anbefalinger og veiledere i relevante fagmiljøer.

Som nevnt i kapittel 5.1.7 er det mulig å identifisere faktorer som må tilpasses spesielt til beredskapsområdet:

- Innføring av entydige begreper for nivåene for kriseledelse
- Harmonisering av oppgaver og ansvar i kriseledelsen

- Obligatorisk definisjon av beredskapsnivåer (grønn, gul og rød) og hvordan de skal brukes i planverk og kommunikasjon
- Tydeliggjøring av forskjellen på linjeledelse og stabsarbeid
- Kompetanseutvikling på områder som beslutningsteori, beslutningsstrategi og hvordan ledergrupper kan fungere optimalt

Også strukturen i PBS I og måten prinsipper og føringer for beredskapssystemet er presentert på kan være relevant. Eksempler på andre temaer som kan ha overføringsverdi er beskrivelsen av de viktigste faktorene og føringene for utforming av beredskapssystem og kriseledelse, samt hvordan politiet utvikler og gjennomfører sine kompetanseprogrammer.

7 Referanser

- Aven, T., Boyesen, M., Njå, O., Olsen, K.H. & Sandve, K. (2004). *Samfunnssikkerhet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Berg, L. N., Byrkjeflot, H. & Kvåle, G. (2010). Hybridledelse i sykehus – en gjennomgang av litteraturen. *Nordiske organisasjonsstudier*, 12(3), 30-49.
- Boin, A., 't Hart, P, Stern, E. & Sundelius, B. (2005) *The Politics of Crisis Management, Public Leadership under pressure*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Den norske legeforening (2009). *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp*. Stavanger: Laerdal Medical AS. http://www.helsemidt.no/ftp/stolav/eqspublic/pasientforlop/docs/doc_26316/attachments/Norsk%20indeks%20for%20medisinsk%20n%C3%B8dhjelp.pdf. Lastet ned 06.07.2014.
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (2010) *Ny influensa A (H1N1)*. Tilgjengelig fra: <http://www.dsbinfo.no/DSBno/2010/Rapport/Pandemirapport/>.
- Engelstad, F. & Steen-Johnsen, K. (2010). Hva er det med hybride organisasjoner? *Nordiske organisasjonsstudier*, 12(3), 3-7.
- Forsvaret (2010). *Håndbok i stabstjeneste for Forsvaret*. Oslo: Forsvarets stabsskole.
- Helsedirektoratet (2011). *Læring for bedre beredskap*. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/lering-for-bedre-beredskap-Publikasjoner/lering-for-bedre-beredskap-22-7.pdf>. Lastet ned 20.05.2014.
- Helsedirektoratet (2012) *Læring for bedre beredskap*. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/lering-for-bedre-beredskap/Sider/default.aspx>. Lastet ned 14.03.2012.
- Helsedirektoratet (2013). *Nasjonal veileder for masseskadetriage*. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-veileder-for-masseskadetriage/Sider/default.aspx>. Lastet ned 28.04.2014.

- Helse- og omsorgsdepartementet (2014). *Høring – forslag til ny akuttmedisinforskrift og forslag til endringer i forskrift om pasientjournal*. Høringsnotat. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2014/Horing--forslag-til-ny-akuttmedisinforskrift-og-forslag-til-endringer-i-forskrift-om-pasientjournal/Horingsnotat.html?id=761078>. Lastet ned 18.06.2014.
- Johansen, S. T., Olsen, T.H., Solstad, E. & Torsteinsen, H. (2010). Ledelsesutfordringer i hybride organisasjoner: Forslag til et teoretisk rammeverk. *Nordiske organisasjonsstudier* 12(3), 8-9.
- Kahneman, Daniel (2013). *Tenke fort og langsomt*. Oslo: Pax forlag.
- Klein, Gary (2009). *Streetlights and Shadows. Searching for the Keys to Adaptive Decision Making*. Cambridge, Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology.
- Lipshitz, R. & Strauss, O. (1997). Coping with Uncertainty: A Naturalistic Decision-Making Analyses. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*. 69(2),149-163.
- Lipshitz, R., Klein, G., Orasanu, J. & Salas, E. (2001). Focus Article: Taking Stock of Naturalistic Decision Making. *Journal of Behavioral Decision Making*, 14, 331-352.
- Lov om helseforetak (2001 med endringer 2013). Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>. Lastet ned 28.04.2014.
- Lov om helsemessig og sosial beredskap av 23. juni 2000 nr. 56. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Lov om helsepersonell (1999 med endringer 2014). Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.
- Lov om politiet (1995). Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1995-08-04-53>.
- Lov om spesialisthelsetjenesten (1999). Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>.

Nasjonal helseberedskapsplan (Versjon 2.0 2. juni 2014). Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Tilgjengelig fra:

http://www.regjeringen.no/pages/38718985/nasjonal_helseberedskapsplan_020614.pdf. Lastet ned 02.07.2014.

NOU 2000: 24 *Et sårbart samfunn*. Oslo, Statens forvaltningstjeneste. Tilgjengelig fra:

<http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/20002000/024/PDFA/NOU200020000024000DDDPDFA.pdf>. Lastet ned 20.04.2014.

NOU 2000:30 *Åsta-ulykken 4. januar* Hovedrapport. Oslo, Statens forvaltningstjeneste.

Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/nouer/2000/nou-2000-30.html?id=143393>. Lastet ned 20.05.2014.

NOU 2000:31 *Hurtigbåten MS Sleipners forlis 26. november 1999*. Oslo, Statens

forvaltningstjeneste. Tilgjengelig fra:

<http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/20002000/031/PDFA/NOU200020000031000DDDPDFA.pdf>. Lastet ned 20.06.2014.

NOU 2012:14 *Rapport fra 22. juli-kommisjonen*. Oslo, Statens forvaltningstjeneste.

Tilgjengelig fra:

<http://www.regjeringen.no/pages/37994796/PDFS/NOU201220120014000DDDPDF S.pdf>. Lastet ned 13.08.2012.

NOU 2013: 9 *Politianalysen*. Oslo, Statens forvaltningstjeneste. Tilgjengelig fra:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/nouer/2013/nou-2013-9.html?id=730815>.

Lastet ned 04.08.2014.

Politihistorie, politiet.no. Tilgjengelig fra: https://www.politi.no/om_politiet/politihistorie/#.

Regional beredskapsplan for Helse Sør-Øst RHF (2013). Tilgjengelig fra: [http://www.helse-](http://www.helse-sorost.no/fagfolk/_planverk/_beredskap/Documents/Regional%20beredskapsplan%20-%20styrebehandlet%20140313.pdf)

[sorost.no/fagfolk/_planverk/_beredskap/Documents/Regional%20beredskapsplan%20-%20styrebehandlet%20140313.pdf](http://www.helse-sorost.no/fagfolk/_planverk/_beredskap/Documents/Regional%20beredskapsplan%20-%20styrebehandlet%20140313.pdf). Lastet ned 02.06.2014.

St.meld. nr. 17 (2001-2002), Justis- og politidepartementet *Samfunnssikkerhet. Veien til et mindre sårbart samfunn*. Oslo: Departementenes servicesenter. Tilgjengelig fra:

<http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20012002/017/PDFA/STM200120020017000DDDPDFA.pdf>. Lastet ned 15.05.2014.

St.meld. 29 (2011 – 2012) *Samfunnssikkerhet*. Oslo: Departementenes servicesenter.

Tilgjengelig fra:

<http://www.regjeringen.no/pages/37919076/PDFS/STM201120120029000DDDPDF S.pdf>. Lastet ned 15. 05.2014.

8 Vedlegg

Vedlegg 1 Intervjuguide politi

Vedlegg 2 Intervjuguide helseforetak

Vedlegg 3 Matrise dokumentanalyse beredskapsplanverk

Vedlegg 1 Intervjuguide helseforetak

Tema I Beredskapsorganisasjonen

1. *Hvordan er beredskapsorganisasjonen i HFet utformet (struktur)?*
2. *Hva var grunnlaget for valg av organisering?*
3. *Innebærer foretakets beredskapsorganisering sentralisert eller desentralisert beslutningsmyndighet?*
4. *Er kriseledelsen en stabs- eller linjefunksjon?*
5. *Endres beslutninger og ansvar for linjelederne når det settes stab?*
6. *Har organiseringen av beredskapssystemet betydning for hvordan beslutningene kommuniseres og implementeres?*

Tema II Erfaringer

7. *Er det klart for medlemmene i hhv. stab og linje hva som skiller eller forener stabsledelse og linjeledelse?*
8. *Vil eksterne ulykker og interne hendelser stille ulike krav til kriseledelse?*
9. *Burde det vært nasjonale og/eller regionale føringer for organisering av beredskapsledelse i HFene?*
10. *Oppfatter du beredskapsorganiseringen som hensiktsmessig?*
11. *Hva ville du eventuelt gjort av endringer?*

Tema III Kompetanse

12. *Beslutningstaking under usikkerhet – hva kreves av lederne?*
13. *Har foretaket et tilfredsstillende tilbud om kompetansebygging for personell som inngår i taktisk og strategisk kriseledelse?*
14. *Krever kriseledelse annen kompetanse enn ordinær linjeledelse?*

Andre temaer

15. *Er det områder eller erfaringer som ikke er berørt i spørsmålene ovenfor, men som du mener er viktig å få fram?*

Intervjuguide politi

Tema I Beredkapsorganisasjonen

1. *Innebærer politiets beredkapsorganisering sentralisert eller desentralisert beslutningsmyndighet?*
2. *Hvordan er arbeidsoppgavene fordelt mellom stab og linje?*
3. *Endres beslutninger og ansvar for linjelederne når det settes stab?*
4. *Oppfatter du politiets beredkapsorganisering som hensiktsmessig?*
5. *Hva ville du eventuelt gjort av endringer?*
6. *Er det tilstrekkelig rom innenfor PBS til lokale tilpasninger?*

Tema II Erfaringer

7. *Er det viktig at politiets beredkapsorganisering er like fra politidistrikt til politidistrikt?*
8. *Oppfatter du at beredkapsprinsippene ansvar, likhet og nærhet er ivaretatt?*
9. *Kommer samvirkeprinsippet i veien for ansvar, likhet og nærhet?*
10. *Hvilken rolle spiller redningsledelsen?*
11. *Hender det at det er tvil eller uenighet om hvem eller på hvilket nivå beslutningene skal fattes?*
12. *Er oppgavefordelingen mellom P`ene hensiktsmessig?*
13. *Hvordan oppleves omfanget av instruksjer og retningslinjer?*

Tema III Kompetanse

14. *Har politiet et tilfredsstillende program for kompetansebygging innenfor beredkapsområdet?*

Andre temaer

15. *Er det områder eller erfaringer som ikke er berørt i spørsmålene ovenfor, men som du mener er viktig å få fram?*

Vedlegg 3. Dokumentanalyse beredskapsplaner 4 helseforetak

	<i>Helseforetak I</i>	<i>Helseforetak II</i>	<i>Helseforetak III</i>	<i>Helseforetak IV</i>
Beslutning om økt beredskap	AD eller stedfortreder K-leder	Kirurgisk tertiærvakt	<ul style="list-style-type: none"> Sykepleier i akuttmottak, tid etter konferanse med beredskapssjef Medisinsk direktør vurderer behovet for å etablere kriseledelse 	Vakhavende kirurg (evt. medisiner) og anestesilege
Strategisk/overordnet/sentral kriseledelse	Sentral beredskapsledelse er ordinær ledergruppe: <ul style="list-style-type: none"> Ledes av AD Viseadm. direktør strategi og helsefag Viseadm. dir. IMS Div.dir. Prehosp. tjenester Div.dir. Psykisk helsevern Div.dir. Eiendom og service Kommunikasjonsdirektør Administrasjonsleder 	Samlet strategisk og taktisk beredskapsledelse (=K-kontoret) <ul style="list-style-type: none"> Ledes av navngitt K-leder med stedfortreder AD er libro Beredskapsleder Klinikksjef Prehosp. klinikk Klinikksjef Kir. klinikk (leder av beredskapsrådet) Klinikksjef Serviceklinikken (teknisk) Infokontakt 	Ledes av medisinsk direktør/fagdirektør <ul style="list-style-type: none"> Alle klinikkledere Kommunikasjonsdirektør Evt. viseadministrerende direktør Evt. stabsdirektører Ved interne sviktsituasjoner og enkelte andre hendelser etableres en forenklet ledelse bestående av medisinsk direktør og beredskapssjef med aktuell støtte.	Foretaksnivå Tidlig fase: <ul style="list-style-type: none"> Fagdirektør (leder, har ADs fullmakter) Organisasjonsdirektør Beredskapsrådgiver Utvides med ordinær ledergruppe etter behov: <ul style="list-style-type: none"> AD Klinikksjef Kir. klinikk Klinikksjef Med. klinikk Klinikksjef Med. serviceklinikk Klinikksjef Klinikk for psykisk helse Driftsdirektør Økonomidirektør

	<i>Helseforetak I</i>	<i>Helseforetak II</i>	<i>Helseforetak III</i>	<i>Helseforetak IV</i>
Oppgaver strategisk/overordnet/sentral kriseledelse	<ul style="list-style-type: none"> • Strategisk ledelse • Bistå lokal kriseledelse • Informasjon og mediehåndtering • Kontakt RHF og evt. myndigheter • Kontakt med andre HF • Kontakt politi 	<ul style="list-style-type: none"> • Overordnede strategiske/taktiske forhold • Loggfunksjon • Oversikt over pasientpågang og sykehusets kapasitet, ressurser og behov • Ansvar for helheten i beredskapsarbeidet • Sikre psykososial støttetjeneste • Kontaktpunkt mot andre foretak, RHF, myndigheter og andre instanser • Mediehåndtering 	<ul style="list-style-type: none"> • Prioriteringer og endringer i driften • Sørge for at de operative enhetene har de ressursene som trengs • Håndtere offentligheten, eksterne aktører og myndigheter på høyere nivåer • Det er presisert i plan at klinikkdirektørene må ”sørge for samtidig drift av egen klinikk når de selv møter i krisehåndteringsledelsen” 	<ul style="list-style-type: none"> • Strategisk ledelse • Beslutningsstøtte til taktisk nivå • Mediehåndtering • Varsling/kommunikasjon med RHF, andre HF og andre instanser • Kontaktpunkt/liaison mot politiet • Loggføring av egen aktivitet
Taktisk/stedlig/lokal kriseledelse	<p>Lokal beredskapsledelse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ledes av lokal divisjonsdirektør • Avd.sjef Kirurgi • Avd.sjef Akuttmedisin • Avd.sjef Indremedisin • Teknisk leder • Repr. fra Psyk. helsevern 	Lokal ledergruppe hver lokasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Felles strategisk og taktisk ledelse ved hovedsykehuset, det er ikke definert beredskapsledelse på de andre sykehusene • Det er oppnevnt stedlige beredskapskoordinatorer ved de 4 hovedlokasjonene, som konfererer med beredskapstrådgivere, medisinsk direktør og evt. AD • Beredskapskoordinatorer fungerer som rådgivere for AD ved lokale hendelser og for Teknisk avdeling ved svikt i infrastruktur • Direktører ved de andre sykehusene kan kalles inn 	<ul style="list-style-type: none"> • Avdelingsleder Kir. avd. (leder) • Avdelingsleder Med. avd. • Repr. Teknisk avd. • Sikkerhetssjef • Pårørendeansvarlig (sykepleier) • Loggfører (merkantil)

	<i>Helseforetak I</i>	<i>Helseforetak II</i>	<i>Helseforetak III</i>	<i>Helseforetak IV</i>
Oppgaver taktisk/ stedlig/ lokal kriseledelse	<ul style="list-style-type: none"> • Bistå operative leder med ressursfordeling og beslutningsstøtte • Holde kontakt med AMK • Ivareta dialog med sentral kriseledelse • Ivareta dialog med andre enheter i foretaket • Allokere ressurser for intern kommunikasjon og medie håndtering i samarbeid med strategisk kriseledelse 	<ul style="list-style-type: none"> • For hovedlokasjon, se ovenfor • For mindre lokasjoner: lokale planer 		<ul style="list-style-type: none"> • Holde kontakt med medisinsk leder og overordnet beredskapsledelse • Vurdere helheten i beredskapsarbeidet, evt. iverksette andre delplaner • Gi beslutningsstøtte til operativt nivå • Innhente informasjon om kapasitet og ressursbehov i sykehuset • Vurdere innkalling av IKT-personell og teknisk nøkkelpersonell • Etablere støttefunksjon pårørende • Loggføre egen aktivitet
Stabs- eller linjeledelse	<ul style="list-style-type: none"> • Linjeledelse både på strategisk og taktisk nivå 	Stab på strategisk/taktisk nivå: det sitter personer som ikke inngår i ledergruppen, og ledergruppen er ikke fulltallig	Linjeledelse med stabsstøtte	Linjeledelse med stabsstøtte (fagdirektør, organisasjonsdirektør og beredskapsrådgiver)
Beredskapsnivå iht. fargekoder eller definisjoner fra HSØ	<ul style="list-style-type: none"> • Kan brukes på enkeltavdelinger, er ikke knyttet til spesielle tiltak. • Hvis en lokasjon etablerer gul eller rød beredskap innebærer det at foretaket er på samme beredskapsnivå. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grønn: Ledelsestøtte, AD innkaller strategiske funksjoner • Gul: Beredskapsledelsen varsles via ums og etableres • Rød: Beredskapsledelsen etableres og forhåndsvarling av personell gjennomføres via ums. Beredskapsledelsen vurderer personellbehov og innkaller via ums 	<ul style="list-style-type: none"> • Gul og rød beredskap etableres ved store ulykker eller katastrofer der en kan vente mange pasienter • Mobilisering iverksettes bare på hovedsykehuset, men alle sykehus i foretaket varsles 	<ul style="list-style-type: none"> • Gul og rød knyttet til rask mobilisering av personell og iverksetting av predefinerte tiltak, i hovedsak knyttet til (eksterne) ulykker. • Brukes om den enkelte lokasjon, og ikke foretaket som helhet.

	<i>Helseforetak I</i>	<i>Helseforetak II</i>	<i>Helseforetak III</i>	<i>Helseforetak IV</i>
Beredskapsutvalg	Prehospital divisjon	<ul style="list-style-type: none"> • Klinikksjef Kir. klinikk (K- leder) • Beredskapsleder (sekretær) • Kir. klinikk, seksjonsleder Medisinskfaglig seksjon • Repr. Serviceklinikken • Repr. psykiatrisk klinikk • Repr. Prehospital klinikk • Klinikksjef Med. klinikk • Klinikksjef Notodden/Rjukan • Repr. Barne- og ungdomsklinikken • Repr-Med. serviceklinik • Repr. IT-avdelingen • Observatør fra Betanien Hospital 		Medlemmene av overordret og stedlige beredskapsledelse
Beskrivelse av teori om beslutningstaking, ledelsesteori mv. i planverk	Nei	Nei	Nei	Nei
Kompetanseprogram beredskap	Nei	Nei	Nei	Under arbeid
Overordnede beredskapsplaner som omtaler kriseledelse	Hoveddokumentet er en detaljert gjennomgang av organisering, ansvar og oppgavefordeling for alle sentrale funksjoner på operativt, lokalt og sentralt nivå. Det planlegges en hovedrevisjon av planverket i løpet av 2014	Hoveddokumentet er en rammeplan med oversikt over beredskapssystem, formål, beredskapsledelse og oppgavefordeling. I tillegg er det utarbeidet tiltakskort for funksjonene på operativt, taktisk/strategisk nivå	Hoveddokumentet er en beskrivelse av opplegg for planlegging, kriseledelse, varsling og mobilisering. I tillegg inngår det spesialplan for foretakets krisehåndteringsledelse og rutiner for taktisk og strategisk kriseledelse.	Hoveddokumentet er en rammeplan med oversikt over beredskapssystem, formål, beredskapsledelse og oppgavefordeling. I tillegg er det utviklet tiltakskort for stedlig og overordnet beredskapsledelse