

Kvalitetsutvikling i kommunal beredskap

- **ein studie av fem kommunar som har fått pris for god samfunnstryggleik og beredskap**

**MASTERGRADSSTUDIUM I
SAMFUNNSSIKKERHET**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vårsemesteret 2009, fjerde semester

FORFATTER: Eliin Rødal

VEILEDER: Geir Sverre Braut

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Kvalitetsutvikling i kommunal beredskap
- ein studie av fem kommunar som har fått pris for god samfunnstryggleik og beredskap

EMNEORD/STIKKORD:

Risiko- og sårbaranalysar, risikopersepsjon, helse- og sosialberedskap, kontinuerlig forbetningsarbeid, kollektiv merksemd, reguleringsregime, kvalitet, kvalitetsindikator

SIDETALL: 107

STAVANGER.



.....15. juni 2009

DATO/ÅR

Forord

Denne masteroppgåva betyr slutten på to år med studiar ved Universitetet i Stavanger side om side med arbeidet som seniorrådgjevar i Helsedirektoratet. I direktoratet er mine daglege arbeidsoppgåver er knytt til beredskap og krisehandtering.

Vekslinga mellom arbeid og studiar har vore gjevande, og eg har kunne ta i bruk det siste innan forskning på risiko, risikostyring og krisehandtering direkte i arbeidet mitt. Eg oppfordrar fleire som har vore i arbeid i mange år til å prøve dette!

Kvalitet i kommunale beredskapsplanar og - førebuingar er eit tema som har blitt sett på dagsorden hos lokale og nasjonale styresmakter denne våren. Temaet er aktuelt, og difor håper eg at oppgåva kanskje kan vere til inspirasjon og hjelp for dei som skal arbeide med kvalitetsutvikling og beredskap i tida som kjem.

Eg vil nytte høve til å takke alle som velviljug har stilt opp med informasjon og innspel slik at eg kunne skrive oppgåva. Ei særskilt takk til informantane som har sett av tid til meg i ein travel kvardag for å vere med på intervju og svare på spørsmål. Elles vil eg takke rettleiaren min Geir Sverre Braut, assisterande helsetilsynsdirektør i Statens Helsetilsyn. Han har alltid vore både entusiastisk og interessert i temaet og dermed til stor hjelp og støtte undervegs.

Stavanger, 15. juni 2009



Eliin Rødal

Innhold

Forord	3
1 Innleiing	6
1.1 Tema og problemstilling	6
1.2 Grunngeving for problemstilling og val av tema	7
1.3 Bruk av teori og metode	8
Samandrag	10
2 Teoretiske perspektiv	12
2.1 Risiko- og sårbaranalysar	13
2.2 Risikopersepsjon og kollektiv merksemd	16
2.3 Kontinuerleg forbetningsarbeid	19
2.4 Oppsummering at teoretiske perspektiv	24
3 Planverk, lover og forskrifter	25
3.1 Regulering av risiko	25
3.2 Sentralt planverk	27
3.2.1 Nasjonal helseplan 2007 – 2010	27
3.2.2 Overordna nasjonal helse- og sosial beredskapsplan	27
3.3 Lover	28
3.3.1 Lov om helsemessig og sosial beredskap	28
3.3.2 Lov om vern mot smittsomme sykdommer	28
3.3.3 Lov om helsetjenesten i kommunene	28
3.3.4 Lov om sosiale tjenester	29
3.3.5 Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten	29
3.3.6 Lov om strålevern mv.	29
3.4 Sentrale instruksar og forskrifter	30
3.4.1 Instruks om internkontroll og systemrettet tilsyn med det sivile beredskapsarbeidet	30
3.4.2 Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter	30
3.4.3 Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten	31
3.4.4 Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid o.a.	31
3.4.5 Forskrift om vannforsyning og drikkevann mm.	32
3.4.6 Forskrift om fylkeslegens arbeid med helseberedskap	32
3.4.7 Instruks for samfunnssikkerhets- og beredskapsarbeidet til Fylkesmannen og Sysselmannen på Svalbard	33
3.4.8 Forskrift om tiltak for å forebygge og begrense konsekvensene av storulykker i virksomheter der farlige kjemikalier forekommer (storulykkeforskriften)	33
3.4.9 Varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse (IHR-forskriften)	34
3.5 Vurdering av planverk, lov og forskrifter	34
4 Situasjonen i Noreg	38
4.1 Beredskapsprinippa	38
4.2 Justisdepartementet	39
4.3 Direktoratet for samfunnstryggleik og beredskap	39
4.4 Helse- og omsorgsdepartementet	39
4.5 Helsedirektoratet	40
4.6 Statens helsetilsyn og helsetilsynet i fylka	41
4.7 Andre aktørar	41
5 Metode og datainnsamling	44

5.1	Metode	44
5.1.1	Casestudie som forskingsstrategi	44
5.1.2	Val av kommunar i studien	46
5.2	Datainnsamling	47
5.2.1	Datagrunnlag	48
5.2.2	Datatilgang	48
5.2.3	Dokumentgjennomgang	49
5.3	Metodiske utfordringar	50
5.3.1	Kunnskap - vurdering av datagrunnlaget i studien	50
5.3.2	Intervju som datakjelde	52
5.3.3	Eigen status versus undersøkt objekt	52
5.4	Hypotesar	53
6	Resultat	56
6.1	Kommunepresentasjon	56
6.2	Samfunnstryggleiks- og beredskapsprisen	57
6.3	Kommuneundersøkinga 2008	58
6.4	"Nordlandsprosjektet"	59
6.4.1	Trappemodellen	59
6.5	Risiko- og sårbaranalysar	63
6.5.1	Haldningar til risiko- og sårbaranalysar	63
6.5.2	Vidareutvikling av beredskapsplanverket	68
6.6	Kontinuerleg forbetningsarbeid	71
6.6.1	Haldningar til kontinuerleg forbetningsarbeid	72
6.6.2	Dokumentasjon av beredskapsarbeidet	73
6.7	Risikopersepsjon og kollektiv merksemd	74
6.7.1	Erfaringar frå reelle hendingar	75
6.7.2	Bruk av øvingar	77
6.8	Drøfting	80
6.8.1	Regulering av risiko i helse- og sosialsektoren	80
6.8.2	Risiko- og sårbaranalysar	83
6.8.3	Risikopersepsjon og kollektiv merksemd	85
6.8.4	Kontinuerlege forbetningsarbeid	87
7	Avslutning og konklusjonar	90
7.1	Hypotesar	90
7.2	Indikatorar for god beredskap	94
7.3	Avsluttande kommentarar	96
7.4	Framlegg til vidare studiar	98
7.5	Oppfølgingspunkt	98
8	Litteraturliste	99
9	Vedlegg	104
	Vedlegg nr 1: Intervjuguide	104
	Vedlegg nr 2: Hendingskartotek for risiko- og sårbaranalysar, Tromsø kommune	106
	Vedlegg nr 3: Informantoversikt	107
	Vedlegg nr 4: Figur og tabelloversyn	107

1 Innleiing

1.1 Tema og problemstilling

Alvorlege og uønska hendingar nasjonalt og internasjonalt dei siste 15-18 årene har medverka til store endringar i korleis styresmakter og innbyggjarar ser på kva som er god samfunnstryggleik og beredskap frå det ein gjorde under den kalde krigen. I Noreg har til dømes orkanen på Vestlandet i 1992, flaumen på Austlandet i 1995 og Åsta-ulykka i år 2000 verka inn på oppfatning og haldningar til kva samfunnstryggleik og beredskap går ut på. Det har kome ei rekkje nasjonale utgreiingar, stortingsmeldingar og rapportar som skildrar status og ønska framtidig utvikling på området både generelt og sektorvis, til dømes NOU 2000:24 Et sårbart samfunn. Innanfor nasjonale og internasjonale fag- og forskingsmiljø har forståing av risiko, risikostyring og krisehandtering i eit moderne samfunn fått stadig større merksemd og aktivitet. Av internasjonale hendingar som også har fått stor innverknad nasjonalt er det naturleg å nemne angrepet på World Trade Center og Pentagon 11. september 2001 og tsunamien i Sørøst-Asia romjula 2004.

Norske kommunar har lagt ned mykje arbeid for å fornye og forbetre lokal beredskap og krisehandteringsevne slik at desse områda er meir i samsvar med dei samfunnsendingane som har skjedd. Kurs- og kompetansehevingstilbod i regi av ulike private og offentlege tilbydarar har kome på marknaden, og Universitetet i Stavanger har et 5-årig masterprogram innan samfunnstryggleik og beredskap. Det er rimeleg å tru at slik satsing på kompetanseheving og formell utdanning seier noko om den merksemda samfunnstryggleik og beredskap har både hos nasjonale og lokale styresmakter og meir kommersielle aktørar.

Sjølv om aktørane har både engasjement og entusiasme, finst det mange utfordringar knytt til beredskap og krisehandtering. Ei av utfordringane er korleis vi skal klare å halde trykket oppe mellom kvar gong det skjer ei alvorleg uønska hending. Korleis kan vi unngå at dette blir (endå) eit område prega av skippertak der vi er mest oppteken av å rette opp avdekte feil og manglar frå den siste krisa?

Etter kvart som kjennskap til og kunnskap om fagområdet blir større, vil det nok også kome tydlegare krav om å kunne seie noko om kva som er god kvalitet i beredskapsarbeidet og korleis dette kan målast. Vi vil då kunne få fleire utfordringar knytt til krav til målretta innsats, dvs å

gjere dei rette tiltaka til rett tid på rett stad og til rett kostnad.

Siktemålet med studien er å kunne seie noko om kva som blir oppfatta av både kommunar og sentrale styresmakter å vere god beredskap og kva kriterium som blir vektlagt for å kunne seie at ei kommune har betre beredskap enn ein annan kommune. Dette vil bli gjort ved å fokusere på følgjande problemstillingar:

- Korleis kan erfaringar frå det kommunale beredskapsarbeidet dei siste 10 åra brukast for å vidareutvikle beredskapen, sikre ei proaktiv tilnærming og unngå at det blir eit område prega av skippertak med fokus på den siste krisa?
- Kva kan vere indikatorar for god kvalitet i det kommunale beredskapsarbeidet, og kvifor kan dette vere gode indikatorar?

Samfunnstryggleik og beredskap er eit stort og omfattande område. Studien vil difor avgrense seg til å gjelde helse- og sosialberedskap i kommunane slik den blir definert i lov om helsemessig og sosial beredskap av 23. juni 2000, nr 56 (helseberedskapslova) og forskrifter om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap, 23. juli 2001, nr 81 (beredskapsforskrifta).

1.2 Grunngeving for problemstilling og val av tema

Då helseberedskapslova kom i år 2000 fekk kommunane frist til 1. juli 2002 med å ha på plass risiko- og sårbaranalyse og plan for helse- og sosialberedskap. Beredskapslovverket har altså vore på plass i mange år slik at lokale og nasjonale styresmakter har hatt tid å utarbeide planar og implementere eit system for systematisk beredskapsarbeid. Dermed burde kommunane no ha vore komne så langt at dei har oppdatert første generasjon av beredskapsplanar på basis av både reelle hendingar og øvingar. Dokumentasjon frå Statens helsetilsyn (Tilsynsmeldinga 2005) og eigen kontakt med kommunar og fylkesmenn tyder imidlertid på at ein god del kommunar strevar med beredskapsarbeidet sitt. Særleg ser det ut for å vere risiko- og sårbaranalysar, sjølv innhaldsdelen i planane og samanhengen med anna planverk i kommunen som byr på utfordringar. Årsakene til det er nok fleire og samansett, og studien kan vere ein måte å skaffe nærare kunnskap om kvar problema ligg, og eventuelt kva som kan gjerast for å vidareutvikle kvaliteten i beredskapsarbeidet i dei kommunale helse- og sosialtenestene.

1.3 Bruk av teori og metode

For å kunne svare på problemstillinga og analysere dei empiriske funna, blir det brukt ulike teoretiske perspektiv som forklaringsverktøy. Dei perspektiva som er valt i studien er risiko og risikostyring (risiko- og sårbaranalysar og regulering av risiko), risikopersepsjon og kollektiv merksemd og til slutt kontinuerlege forbetningsarbeid. Perspektivet regulering av risiko er lagt til kapittel 3 saman med presentasjon av lover og forskrifter som gjeld for helse- og sosialberedskapen i Noreg for å sikre ein god samanheng og ei meir heilskapleg framstilling. Dei andre teoretiske perspektiva er samla i kapittel 2.

Teori om regulering av risiko gjennom det kybernetiske prinsipp tilbyr eit rammeverk for forståing av ulike reguleringar som styresmaktene gjer seg nytte av med den målsetjinga at dei skal styre risiko. Lover og forskrifter på helse- og sosialberedskapsfeltet må forståast og tolkast ein slik kontekst. Samstundes gjev dette eit uttrykk for kva overordna styresmakter opplever som risikofylte forhold og situasjonar. Dermed bør dette i neste omgong vere desse risikofylte forholda og situasjonane som det er relevant å setje inn ulike avbøtande tiltak mot for å mildne konsekvensane av hendingane.

Risiko- og sårbaranalysar er eit verkty for å avdekkje og skildre risiko (Aven, 2006), og eit verkty som styresmaktene legg stor vekt på at kommunane skal bruke. Helse- og sosialsektoren var det første området der det kom pålegg om at risiko- og sårbaranalysar skulle leggjast til grunn for utarbeiding av beredskapsplanar. Det teoretiske bidraget viser at det er fleire og ulike tilnærmingar til risiko- og sårbaranalysane, både når det gjeld bruksområde og kva dei skal formidle. Dei ulike tilnærmingane har konsekvensar for innhaldet i analysane, noko som ikkje er særleg problematisert i tilgjengeleg kurs-, informasjons- og rettleiingsmateriell for kommunane og helse- og sosialtenestene. Dette gjer det interessant å studere nærare.

Det tredje perspektivet som blir nytta i studien er knytt til risikopersepsjon og kollektiv merksemd. Teoribidraget om risikopersepsjon legg vekt på korleis einskildpersonar og organisasjonar oppfattar og forstår risiko. Bidraget om HRO-organisasjonar og kollektiv merksemd gjev innsikt i eit meir kognitivt tankesett om korleis verksemdar kan leiast, organiserast og lærast opp til å oppdage risikofylte situasjonar som er under oppsegling, og korleis ein kan handtere desse slik at dei ikkje utviklar seg til kriser og katastrofar. Kollektiv merksemd er også ei tilnærming til leiing og organisasjonsutvikling slik at verksemdene kan

bli betre rusta til å hente seg inn og normalisere situasjonen raskare når ei uønska hending likevel har skjedd.

I det fjerde og siste teoribidraget blir det gjort greie for korleis kontinuerleg forbetningsarbeid kan bidra til å heve kvaliteten på helse- og beredskapsarbeidet i kommunane. Målsetjinga med å ta dette teoribidraget er på eit vis å ”slutte ein sirkel”. Teoribidraget inneheld fleire element frå alle dei tre andre teoribidraga (pluss nokon til), og inneheld slik sett kanskje ikkje så mykje nytt. Verdien med teoribidraget i relasjon til denne studien, er at det tilbyr eit rammeverk for forståing av kvalitet og kontinuerleg forbetningsarbeid som ikkje bør vere så ukjent for utøvarar i helse- og sosialtenestene som risiko og risikostyring synest vere. Dermed kan aktørane halde fast på noko av det kjente, samstundes som dei utviklar og utvidar plattformen dei står på, i staden for at dei heile tida skal gjennomføre omfattande endringar.

Målet med studien er å få meir utfyllande og djuptgåande informasjon om erfaringar, status og haldningar til beredskapsarbeid i helse- og sosialtenestene i fem utvalde kommunar. Difor blir casestudie nytta som forskingsstrategi med kvalitative forskingsteknikkar som intervju og dokumentgjennomgang. I tillegg består datagrunnlaget av opne kjelder frå kommunane, nettsider, offentlege utgreiingar og undersøkingar og andre offentlege dokument.

Samandrag

Norske kommunar er tillagt ansvar og sentrale oppgåver i den nasjonale beredskapen, og spelar ei viktig rolle som tenesteleverandør og lokal krisehandterer ved kriser og katastrofar. Dette er ikkje noko nytt, men aukande kompleksitet og integrasjon mellom viktige samfunnsfunksjonar gjer at kommunane står overfor nye typar risiko med andre og meir alvorlege konsekvensar enn tidlegare. Kommuneorganisasjonen og –leiarane si evne til å oppdage, forstå og handtere nye risikofylte situasjonar har stor betydning for lokalsamfunna og innbyggjarane sin tryggleik, evne til å hente seg inn og å normalisere situasjonen så raskt som mogleg. For at samfunnsveven skal fungere best mogleg i slike situasjonar, stiller overordna styresmakter krav til og regulerar kva kommunane skal levere av helse- og sosialtenester ved ekstraordinære påkjenningar og unormale situasjonar.

Denne studien viser kva reguleringsregime overordna styresmakter legg til grunn for å handtere og styre risiko i kommunale helse- og sosialtenester blant anna ved å innføre krav om eit helse- og sosialberedskapsplanverk basert på risiko- og sårbaranalysar. Studien ser elles på korleis kommunane gjennom auka kollektiv merksemd, risikopersepsjon, risikostyring og kontinuerleg forbetningsarbeid kan forbetre og vidareutvikle beredskapsarbeidet i helse- og sosialtenestene.

Det overordna forskingsspørsmålet og problemstillinga i studien er: korleis kan erfaringar frå kommunalt beredskapsarbeid dei siste 10 åra brukast for å vidareutvikle beredskapen, sikre ei proaktiv tilnærming og unngå at det blir eit område prega av skippertak med fokus på den siste krisa? Tilnærminga gjer det mogleg å analysere ulike føresetnader og perspektiv for beredskapsarbeidet i helse- og sosialtenestene. I tillegg ser studien nærar på kva som kan vere indikatorar for god kvalitet i det kommunale beredskapsarbeidet, og kvifor dette kan vere gode indikatorar.

Studien viser at fleire kommunar strevar med å lage risiko- og sårbaranalysar som har eit innhald som bidreg til å heve kvaliteten i beredskapsarbeidet i helse- og sosialtenestene. Risikobiletet i analysane er ofte basert på historiske hendingar, og tek berre i mindre grad opp framtidige og nye truslar og risikofylte situasjonar. Fleire stader er det svakt kunnskapsnivå om korleis ein lagar og brukar risiko- og sårbaranalysar i verksemdene, noko som har samanheng med at risikopersepsjonen og kollektiv merksemd knytt til framtidige

risikofylte situasjonar for helse-og sosialtenestene framleis er svakt utvikla både hos overordna leiarar og på verksemdsnivå. Kontinuerleg forbetningsarbeid og kvalitetsutvikling er berre delvis innført for beredskap generelt i nokre kommunar, og situasjonen for kontinuerlege utvikling av helse-og sosialberedskapen er kanskje endå dårlegare.

Studien konkluderer med at det er til dels store skilnader i status og nivå for beredskapsarbeidet i helse- og sosialtenestene mellom dei fem kommunane som utgjer datagrunnlaget. Dette til tross for at alle har fått ei offentleg utmerking for godt beredskapsarbeid. Studien viser at sjølv om dei formelle rammene for helse- og sosialberedskapsarbeidet har vore til stades i mange år, så står det fremdeles att å implementere dette på ein god måte og vidareutvikle beredskapsnivået.

Vidare konkluderer studien med at det er behov for å utvikle indikatorar for god beredskap. Funksjonelle krav i lov og regelverk må opreasjonaliserast slik at det blir meir oversiktleg for kommunane kva krav som blir stilt, og handterbart korleis krava kan imøtekomast. Arbeidet med å utvikle indikatorar for helse-og sosialberedskap bør skje i eit nært samarbeid med dei som skal rapportere på måloppnåinga. I tillegg må arbeidet ta utgangspunkt i dei erfaringane som er gjort i åra etter at helseberedskapslova og beredskapsforskrifta blei innført.

2 Teoretiske perspektiv

Ut frå problemstillinga vil det mest sannsynleg vere fleire ulike forhold som vil kunne bidra til å danne ei referanseramme for god samfunnstryggleik og beredskap i kommunane. I dette kapitlet blir det derfor presentere nokre teoretiske perspektiv frå litteratur frå risikofaget som blir oppfatta å vere relevante og bidra til å gje forklaringskraft til analyse og konklusjonar i studien med utgangspunkt i problemstillinga som er valt. Perspektiva som blir presentert er forankra i ulike teoriar, og desse teoriane vil bli presentert.

Presentasjonen av teoretiske perspektiv er valt å vere som eitt av dei første kapitla i oppgåva. Dette fordi det blei klart at det var nødvendig å gjere presentasjonen av lovar og forskrifter til ein del av det analytiske materialet for studien. Lovar og forskrifter er funksjonelle kvalitetsindikatorar og gjennom desse uttrykkjer lovgjevar og regulator si tilnærning til og forståing av kvalitet i beredskapsarbeidet i kommunale helse- og sosialtenester. Dette blir utdjupa i kapittel 3. Dei perspektiv som i det følgjande blir presentert som sentrale i arbeidet med å oppnå eit kvalitativt godt beredskapsarbeid er:

1. Risiko- og sårbaranalysar
2. Risikopersepsjon
3. Kontinuerleg forbetningsarbeid

I tillegg til dei perspektiva som er nemnt er omgrepet samfunnstryggleik allereie brukt fleire gonger, og det kan definerast som

”samfunnets evne til å opprettholde viktige samfunnsfunksjoner og ivareta borgernes liv, helse og grunnleggende behov under ulike påkjenninger”(St.meld nr 17 (2001-2002)).

Omgrepet blir nytta breitt og dekkjer tryggleik mot heile spekteret av farar og truslar. Når vi nyttar omgrepet samfunnstryggleik, understrekar vi at vi er opptekne av heilskapar, av viktige funksjonar i samfunnet, til dømes kraftforsyning og helse- og sosialtenester. Vi er spesielt opptekne av heilskapen, korleis tryggleiken er for befolkninga eller delar av befolkninga samla (Aven, 2006).

2.1 Risiko- og sårbaranalysar

Mykje av arbeidet med risiko- og sårbaranalysar i kommunane har til no vore styrt av hendingar. Det vil seie at erfarte, historiske uønska hendingar langt på veg også blir lagt til grunn for det framtidige risikobilete kommunane står over for og skal vere i stand til å førebyggje eller handtere (DSB, 1994 og 2001).

For beredskap i helse- og sosialtenestene er det derimot nedfelt i beredskapsforskrifta at beredskapsplanlegginga skal skje på grunnlag av risiko- og sårbaranalysar. Det blir stilt krav til at analysane skal ta omsyn til verksemda sjølv og verksemda sin eigenart i tillegg til lokale forhold. Desse krava legg vekt på ei brei samfunnstilnærming som går ut over den enkelt verksemd/institusjon, og at fleire forhold enn berre verksemdsinterne må inkluderast.

Risikoanalysen har altså som mål å kartleggje og skildre risiko, og vi snakkar om at vi skal skildre heile eller delar av eit risikobilete (Aven, Boyesen, Njå, Olsen, Sandve, 2004). Risikoanalysar blir brukt innanfor ulike fagfelt, som økonomi, teknisk/ingeniør, sosiologi og er meint å skulle bidra inn i avgjerdsprosessar. At risikoanalysar blir brukt på ulike fagfelt, gjer at det finst fleire ulike definisjonar og tilnærmingar til risiko og usikkerheit. I det følgjande vil det bli gitt ein omtale av nokre av desse tilnærmingane.

Innan økonomifeltet blir risiko ofte sett på som usikkerheit rundt framtidige subjektive nytte- og forventningsverdiar, medan det tradisjonelle ingeniørperspektivet har vore oppteken med å operasjonalisere risiko som kombinasjonen av moglege konsekvensar og sannsynlegheiter. Usikkerheit innanfor ei ingeniørtenking (klassisk tilnærming) er knytt til kva som er *den sanne* parameterverdien i en populasjon. Ei tredje tilnærming er meir samfunnsvitskapleg prega og ser breiare på risikoomgrepet. I dette perspektivet blir risiko sett på som moglege konsekvensar og tilhøyrande usikkerheit (bayesiansk tilnærming, Aven, 2000). Usikkerheit i denne samanhengen blir knytt til analytikaren sin grad av usikkerheit om kva som blir utfallet. Dette blir kalla epistemisk, eller kunnskapsbasert, usikkerheit.

Ulik forståing av risiko og usikkerheit har bakgrunn i ulike vitskapsteoretiske tradisjonar og synet på kva som er vitskap, og kva kunnskap som er legitim som grunnlag for risikoanalysar. Innanfor naturvitskaplege retningar tenkjer ein seg at det finst ein *sann objektiv risiko*, og at formålet med risikoanalysen er å kome fram til denne sanne objektive risikoen. Vitskapen blir sett på som nøytral, og må ikkje bli påverka av analytikaren sine

subjektive tolkingar og vurderingar. I dette perspektivet vil subjektiv tolking og vurdering medføre svekka validitet i analysen.

Denne tilnærminga til risiko blir imøtegått og utfordra av dei som meiner at det ikkje finst korrekte sannsynlegheiter og dermed risiko. Sannsynlegheit blir her nemnt som noko *subjektivt* (Aven, 2007). Innanfor dette vitskapssynet blir ikkje vitskap sett på som objektiv, men noko som heile tida er gjenstand for debatt og vurderingar. Det vitskaplege blir knytt til metodar, det vil seie at ein systematiserer kunnskap på ein fagleg solid og etterrettleg måte, blant anna ved å vere open om kva datagrunnlag ein har nytta og at konklusjonar er tydelege og etterprøvbare. Vitskapsteoretisk ståstad til analytikaren vil ha innverknad på risikoanalysen. Blant anna vil vitskapsteoretisk ståstad påverke kva datakjelder ein brukar for å belyse problemstillinga, og korleis usikkerheit blir behandla og korleis risiko blir presentert. Forståinga av at det ikkje berre er éin måte å tenkje på når det gjeld risiko, er av stor betydning når ulike fagområde og tradisjonar skal samarbeide om problemstillingar som gjeld risiko (Aven, 2007).

Ein mykje brukt definisjon på risiko (t.d. DSB 1994) er at risiko er sannsynlegheit multiplisert med mogleg tap/konsekvens. Mange vil likevel meine at risiko er noko meir enn dette (Aven, 2007). Aven argumenterer for eit kunnskapsbasert og avgjerdsorientert perspektiv på risiko som forsøker å bygge bru mellom til dømes ingeniørperspektivet og samfunnfaglege perspektiv. Det kunnskaps- og avgjerdsbaserte risikoperspektivet kviler på ei forståing for at risiko ikkje kan skiljast frå vurderingar. Risiko er ei vurdering om kva som vil skje i framtida og korleis system, teknologi, organisasjonar og menneske vil fungere og opptre (Aven, 2003 og 2007).

Ein vanleg definisjon av sårbarheit er at det er "et uttrykk for et systems evne til å fungere og oppnå sine mål når det utsettes for påkjenninger" (Aven, 2006). For eit sårbart system vil normaliseringsperioden etter ei uønska hending ta lenger tid. Difor er sårbarheit ei viktig side av risiko.

Klinke og Renn (2002) drøftar og argumenterer også for ei breiare forståing av risiko, korleis vi fattar avgjerder om risiko og korleis vi klassifiserer risiko. I si tilnærming til risikoanalysen framhevar dei det tosidige ved risikoomgrepet som omfattar både den naturvitskapleg og den samfunnsvitskapeleg tilnærminga. Det er ingen tvil om at nokre

handlingar eller situasjonar er meir (objektivt) risikofylt enn andre. Samstundes er det viktig å leggje vekt på kva folk flest fryktar eller ser på som negativt og risikofylt, fordi det er dei som skal leve i omgjevnader med risikofylte verksemder eller tilhøve elles. I følgje forfattarane må innbyggjarane sine interesser og syn på risiko (fysisk og sosialt) takast med når risikoanalysane blir utarbeidd og vedtak skal fattast. Klinke og Renn legg også vekt på at risiko er noko meir enn sannsynlegheit multiplisert med mogleg tap/konsekvens. Sannsynlegheit i seg sjølv representerer berre eit overslag for å kunne seie noko om framtidige usikre hendingar, og inneheld mange ulike komponentar av usikkerheit. Kva komponentar av usikkerheit som skal takast med er også ein diskusjon, og dette kan til dømes vere spørsmål om tvil, at ting er i stadig endring, at noko eller nokon rett og slett er rådvill eller at det er mangel på kunnskap. Klinke og Renn (2002) tek til orde for at det kanskje er ein meir farbar veg å heller utvikle måtar å leve med usikkerheit og mangel på kunnskap på, enn heile tida å søkje meir kunnskap om dei ulike usikkerheitskomponentane. Mi forståing og tilnærming til risiko- og usikkerheit er i tråd med synet til Aven, Klinke og Renn som nemnt over.

I arbeidet med studien har det ikkje lykkast å avdekkje kva risikoperspektiv som blir lagt til grunn av sentrale styresmakter for beredskapsarbeidet som skal skje i kommunane (klassisk eller bayesiansk), jf kapittel 3.5. Risikoperspektivet har konsekvensar for tilnærming og måten arbeidet blir lagt opp på. For beredskapsarbeidet i helse- og sosialtenestene det av stor betydning korleis leiarar og tilsette elles forstår risiko og kva kompetanse dei har for å lage risiko og sårbaranalysar. Aktørane sin risikopersepsjon, forståing og kompetanse vil setje sitt preg på kva hendingar og situasjonar analysane omfattar, og kva dei finn det relevant å prioritere og setje inn førebyggjande og skadereduserande tiltak mot.

Det har heller ikkje lykkast å finne teoretisk materiale eller offentlege dokument som direkte drøftar kva som er god kvalitet i beredskapsarbeidet i den kommunale kontekst som er utgangspunkt for studien. For å dekkje temaet er det nytta generell faglitteratur om kvalitetsutvikling og kvalitetsforbetringar. I tillegg kjem ulike offentlege styringsdokument som baserer seg på slik generell litteratur som støtte for kvalitetsutvikling i helse- og sosialtenestene. Det er ikkje sikkert at utvalt litteratur og perspektiv gjev eit fullstendig bilete over problematikken. Slik dei brukte teoretiske bidraga er blitt tolka og forstått, synes det likevel å vere fullt mogleg å hente ut meirverdi bidrag frå denne teorien til støtte for analyse og konklusjonar i studien.

2.2 Risikopersepsjon og kollektiv merksemd¹

Uønska hendingar kjem i mange fasongar og innpakningar, risikobiletet er dynamisk og endrar seg stadig. I tillegg til dei ”gamle og kjente” hendingane som naturkatastrofar og krig, ser vi i dag stadig større innslag av kriser der konsekvensane er knytt til klimaendringar og den stadig aukande integreringa i samfunnet som t.d. bortfall av kraftforsyning, informasjons- og kommunikasjonssystem og teknologi. Dagens trusselbilette blir ofte omtala som breiare og meir diffus enn før. Dermed blir det meir krevjande å vite kva ein ”skal sjå etter” i beredskapsarbeidet, og kanskje er det behov for nye tilnæringsmåtar til risiko og avklaring av risikoperspektiv, jf førre kapittel.

Risikopersepsjon, eller risikooppleving, tilhøyrrer det psykologiske perspektivet på risiko, men kan og vere tema innan det sosiologiske og kulturelle risikoperspektivet. Ein reknar med at risikopersepsjonen påverkar atferda vår, og dermed også sjansane for at det skal oppstå menneskeleg svikt eller feilhandling (Boyesen, 2003). Det kan lett oppstå mistilpassingar mellom risikooppleving og atferd, mellom atferd og situasjon og mellom situasjon og risikooppleving. Slik mistilpassing kan ha fleire årsaker, til dømes at individet anten har for mykje eller for lite informasjon om relevante forhold, målkonfliktar i organisasjonen, eller at ein blir så oppteken av dei daglege aktivitetane at ”feil ting” blir vektlagt (Boyesen, 2003). Boyesen skriv òg at det kan synes som at folk flest normalt sett har vanskeleg for å vekte sannsynlegheit og konsekvens opp mot kvarandre. I nokre tilfeller blir konsekvensane tillagt altfor stor betydning sett opp mot kor sannsynleg det er at hendinga vil skje (t.d. atomulykke), medan dei i andre situasjonar undervurderer konsekvensane dersom dei blir opplevd som ubetydeleg (t.d. fall i ei trapp). På den måten kan risikoopplevinga sjåast på som ein sosial prosess (Douglas, Wildavsky, 1983:6, i Boyesen, 2003), og det blir derfor ikkje mogleg å beskrive den sanne og objektive risikoen, jf blant anna Aven, 2007.

For organisasjonar kan barrierane for å oppdage moglege risikofylte situasjonar, handlingar og prosessar i samfunnet rundt oss ofte kom av mangel på ”pålitelegheitseksperter”. Dette er personell med velutvikla ”antennar” for å oppdage, kjenne att og handtere latente tryggleiksutfordringar (Boin, t’Hart, Stern & Sundelius, 2007). Manglande risikopersepsjon og merksemd vil altså ha påverknad på det førebyggjande og skadereduserande arbeidet mot uønska og uventa hendingar. Eit medvite forhold til at det kan skje noko som ein ikkje har

¹ Det opphavlege ordet ”mindfulness” er oversatt til merksemd/ bevissthet. Omgrepa vil bli brukt om kvarandre for språkleg variasjon.

hatt fantasi til å tenkje seg, er truleg ei av dei største utfordringane innan samfunnstryggleik og beredskap. Vi ser ei gradvis aukande merksemd på dei nye krisene, men framleis er det dessverre ofte slik at mangelfull risikopersepsjon og merksemd retta mot ulike signal om risikoforhold blir oversett, noko som inneber at leiarar og politikarar tillet at kriser skjer (ibid). I samband med denne studien blir menneskeleg svikt eller feilhandling forstått som ein moglege konsekvens av at ansvarlege aktørar ikkje har risikopersepsjon eller nok merksemd retta mot moglege framtidige risikofylte og sårbare situasjonar lokalsamfunnet kan stå over for.

Ei anna tilnærming til risikopersepsjon og merksemd på organisasjonsnivå finn vi i såkalla **høgpålitelege organisasjonar** (HRO). Dette er organisasjonar som skil seg frå andre organisasjonar ved si særlege evne til å handtere svært risikofylte handlingar på ein tilnærma feilfri måte (Weick, Sutcliff & Obstfeldt, 1999). Døme på slike organisasjonar kan vere atomkraftverk, flyindustri og hangarskip. Her blir det lagt vekt på at god handtering er ei medviten handtering. Suksessen til desse organisasjonen blir (Weick m fl., 1999) forklart ved at organisasjonane har eit medvite forhold til framtidige uønska hendingar. Dei organiserer seg på ein måte som gjer dei betre i stand til å oppdage farar, og dermed kunne handtere situasjonar før dei utviklar seg til ei krise. Sidan organisasjonar ofte har manglar i si evne til å oppdage og handtere tryggleiksutfordringar (Boin mfl., 2007), blir slike situasjonar også oftast oppfatta som svært uventa og overraskande. Misforstått oppfatning av korleis verda fungerer kan dermed oppstå. Høgpålitelege organisasjonar vil redusere slike oppfatningar ved at moglege uønska situasjonar blir observert og handtert ved såkalla kontinuerleg merksemd (bevissthet). I følgje Weick m fl. (1999) er det mogleg for alle organisasjonar å bli betre på å handtere uventa situasjonar. Det er utarbeidd fem prinsipp som kan føre fram til auka merksemd og på den måte bidra til at organisasjonar i større grad stiller seg kritiske til eigne oppfatningar og forventingar. Desse prinsippa er:

a) Oppteken av feil

Høgpålitelege organisasjonar er heile tida opptekne av feil og forbetringar. Feil blir handtert som symptom på at noko ikkje er som det skal. Feil og avvik blir dermed rapportert slik at ein kan lære av hendingar som utgjer mogleg fare for omfattande kriser. Eit karakteristisk trekk ved HRO er at dei er varsame med å vere tilfredse som følgje av eigen suksess. Der andre organisasjonar kan vere tilfredse med å sjå på ”nesten-ulykker” som suksess, ser HRO på slike hendingar som noko som kan føre til uønska hendingar i framtida.

b) Motstand mot forenkling

HRO ser på verda som kompleks, ustabil og uberekneleg, og ved å ta høgde for dette er det større sjanse for at organisasjonen har eit gjennomtenkt og nyansert bilete av det som skjer. Forenklingar kan bidra til at viktig informasjon blir oversett, og at det i tradisjonelle organisasjonar kan vere ein tendes til å ha ein felles og forenkla oppfatting av dei same problema. I ein organisasjon der det blir forventa at dei tilsette har ulike forventningar og synspunkt kan dette bidra til at same problem blir vurdert og sett på frå ulike perspektiv.

c) Årvaken organisasjon

Weick m fl. (1999) viser her til James Reasons (1997) teori om at uønska hendingar er eit resultat av latente forhold i organisasjonen. Sjølv kallar Reason dette for høl i organisasjonen sitt tryggleiks- og beredskapsarbeid ("sveitserost-teorien"). Desse hòla i beredskapsarbeidet kan vere resultat av til dømes manglande kontroll, rapportering, prosedyrar, øvingar og risikovurderingar, og blir først oppdaga etter at ei uønska hending har skjedd. Den uønska hendinga har oppstått på grunn av samtidig svikt i alle tryggleiksbarrierane i organisasjonen. Dette treng ikkje skje dersom alle i organisasjonen har eit årvakent blikk på ulike operasjonar og prosedyrar som kan forhindre at feil får utvikle seg til alvorlege situasjonar.

d) Evne til å hente seg inn (resilience)

Ikkje nokon organisasjonar er feilfrie, heller ikkje høgpålitelege organisasjonar. Likevel har desse organisasjonane større evne til å oppdage feil i tide (Hollnagel, 2006). Å ha evne til å hente seg inn, er i følge Weick m fl. (1999) å vere merksam på feil som allereie har skjedd, og rette dei opp før dei har blitt verre og forårsaka meir alvorleg skade. Ein slik organisasjon fungerer sjølv om den blir utsett for ekstraordinær påkjenning, og er raskt i stand til å kome tilbake til normalsituasjonen når ei uønska hending skjer. Det er nødvendig med kunnskap for å oppnå slik evne til å hente seg inn og etablere ein robust organisasjon. Organisasjonen treng personell med erfaring, trening og kreativitet for å kunne simulere og handtere dei verst tenkelege situasjonar.

I denne studien blir omgrepet resilience omsett til "evna til å hente seg inn". I norsk litteratur blir resilience ofte omsett med robust/stå imot. "Evne til å hente seg inn" samsvarar godt med formuleringa "to bounce back" (Weick m fl, 1999 s 100) og bidreg til å forstå HRO-organisasjonar, og kanskje samtidig seie noko om kva som eigentleg også ligg i ordet robust.

e) Desentralisert struktur

HRO er oppteken av at vedtak og handlingar blir handtert der problema oppstår, og ynskjer difor å løyse opp i den hierarkiske strukturen.. Desse verksemdene har stor tru på mangfaldet i organisasjonen og tek avstand frå ein rigid og sentralisert struktur fordi det kan bidra til at organisasjonen blir meir sårbar og gjer fleire feil. Ein desentralisert struktur bidreg til at vedtak blir tekne på grunnlag av ekspertise og erfaring der problemet oppstår, uavhengig av status og posisjon i organisasjonen.

Sjølv om teoriane om HRO er utvikla for store industriverksemdar og andre som driv farefull verksemd med store konsekvensar for helse og miljø, er det vanskeleg å sjå at dei ikkje skal vere oppnåeleg for kommunane å få betra kvaliteten i beredskapsarbeidet sitt ved til dømes større merksemd og betre utvikla risikopersepsjon. Det er viktig å merke seg at HRO erkjenner at dei ikkje er upåverka av samfunnet utanfor organisasjonen, sjølv om dei har ein sterk indre struktur. Ytre påverknad kan til dømes skje gjennom endringar i lovar, forskrifter og i den kommunale arealplanlegginga.

Det at dei prinsipielle sidene ved HRO ikkje er uoppnåelege, gjer at dei kan overførast til alle slags organisasjonar, også til kommunar. Dette er også grunngevinga for å omtale teorien i studien om kva som kan vere god kvalitet i kommunalt beredskapsarbeid. Weick og Sutcliff hevdar at HRO tilbyr eit tillegg til og ei utviding av eksisterande organisasjonsteori og kvalitetsarbeid, som til dømes total quality management (TQM). I neste kapittel vil det bli gitt ein kort presentasjon av noko av den litteraturen og den teoretiske tilnærminga som har vore med å setje sitt preg på det kvalitetsarbeidet som til no har vore gjort innan helse- og sosialtenestene.

2.3 Kontinuerleg forbetningsarbeid

Det går fram av problemstillinga mi at eg er oppteken av kvalitet (i beredskapsarbeidet) utan at eg har definert kva eg legg i omgrepet. I det følgjande vil eg difor gje ein presentasjon av kva definisjonar eg legg til grunn i mi tilnærming²:

- *Kvalitet er heilskapen av eigenskapar og kjenneteikn eit produkt eller teneste har, som vedkjem evna til å tilfredstille krav eller behov.*

² Statistisk sentralbyrå, <http://www.ssb.no/emner>, nedlasta 15. april 2009

- *Ein kvalitetsindikator viser status eller utvikling i desse eigenskapane.*

Definisjonane tek utgangspunkt i brukarbehovet for aktuelle produkt eller tenester, og både kvalitetsomgrepet og kvalitetsindikatorane blir gruppert frå produksjonen av tenester til den nytten brukaren har av desse (SSB 2009). Kvalitet som heilskapen og kjenneteikn ved eit produkt eller teneste kan presenterast slik:



Figur 1: Gruppering av kvalitet og kvalitetsindikatorar frå produksjon av tenester til brukarnytte (SSB, 2009)

Strukturkvalitet handlar om forhold som kan knytast til den institusjonen eller strukturen som produserar varer og tenester, og blir definert ved den standard som finst på innsatsfaktorane. Slike indikatorar/innsatsfaktorar kan til dømes vere økonomisk rammer, leing, kompetanse og utdanning til personalet.

Prosesskvalitet blir knytt til sjølve produksjonsprosessane, og blir definert ved den smidigheit og effektivitet som ligg til grunn for tenesteproduksjonen. Dette kan dreie seg om organisering av arbeidet, oversiktlege rutinar, metodebruk og klare ansvarsforhold.

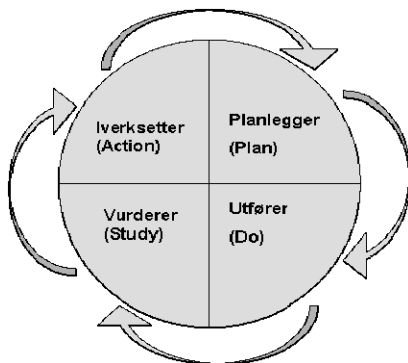
Produktkvalitet er eigenskapar ved produktet eller tenesta som er viktig for brukaren, og blir definert ved innhald og service i tenesta.

Resultatkvalitet er den verknad eller det resultat leveransen av produktet og/eller tenesta har for brukaren. Resultatkvalitet blir gjerne definert ved den behovsdekning som er oppnådd ved hjelp av tenesta/produktet.

Figur 1 viser at kvalitetsomgrepet har mange dimensjonar. Med utgangspunkt i brukaren sine behov blir kvalitet definert på individnivå, medan det ofte er ein organisasjonen eller system som produserar produktet eller tenesta. Helse- og sosialtenester blir tilbydd både på individnivå og på organisasjonsnivå. For eit proaktivt beredskapsarbeid som skal sikre at helse- og sosialtenestene blir oppretthaldne i unormale situasjonar vil det i dei fleste tilfella

vere avgjerande at verksemda som ein heilskap fungerer. Difor er eg mest oppteken av dimensjonane struktur- og prosesskvalitet på organisasjonsnivået. Eit anna element i problemstillinga mi, er korleis vi kan sikre at beredskapsarbeidet blir prega av kontinuerleg forbetring for å unngå skippertak og at merksemda er retta bakover mot den siste krisa (dvs reaktiv).

Figur 1 viser ei lineær framstilling av kvalitetsprosessen. Kvalitetsprosessen kan også visast som ein sirkel eller spiralarørsle:



Figur 2: Demings kvalitetssirkel (Aune, 1994)

Ein slik måte å framstille kvalitetsarbeidet på, gjev eit betre visuelt inntrykk og forståing for tidsdimensjonen og det kontinuerlege ved forbetningsarbeid. Her blir merksemda lagt på at arbeidet er ein prosess og er meir enn ei spesiell oppgåve. Kontinuerlege prosessar blir ikkje løyst, men føregår heile tida og blir stadig forbetra. W. Edwards Deming utvikla denne modellen for kontinuerleg forbetningsarbeid allereie på 1940-tallet.

For at kvalitetsutvikling skal bli ein kvardagsaktivitet, er det nødvendig med ei top-down tilnærming, men må i tillegg vere meir enn berre ordrar frå leiinga. Profesjonsutøvaren må oppfatte seg som ein del av ein produksjonsprosess. Ho bør ha eit "mentalt" bilete av eige arbeid, og tenkje arbeidet sitt inn i prosessen der neste person i produksjonskjeda er ein "brukar" som må handtere konsekvensane av ein sjølv har gjort. Dermed blir brukaren i produksjonsprosessen også intern, som til dømes kollegaene, og ikkje berre som eksterne brukarar utanfor verksemda. Det handlar om å skape ein identitet, ikkje om handlingar (Walton, 1990). Dette krev prosessorienterte leiarar som har merksemda retta mot at arbeidsorganisering, ansvar og myndigheit samt avgjerdsprosessar i størst mogleg grad følgjer dei tekniske, administrative og kreative prosessane på tvers av hierarkiet i ein lineorganisasjon (Aune 1994).

Indikatorar blir nytta for å måle eller vise om forbetningsprosessar gjev resultat, og slik sett bør ein kvalitetsindikator kunne seie noko om kvalitet. I mange tilfeller har ein kvalitetsindikator vist seg å vere ein effektiv metode for å overvake om det skjer endringar i kvalitetsnivået og korleis dette skjer.

Samstundes er det mange utfordringar knytt til det å bruke kvalitetsindikatorar. Ei av utfordringane er kva formålet med kvalitetsmåling på beredskapsområdet skal vere. Er det styresmaktene som skal kontrollere eller registrere bruken av økonomiske eller personellressursar, er det knytt sanksjonar til dårlege målingar, skal det setjast inn ulike tiltak og eventuelt kva tiltak skal setjast inn? Kvar skal lista for kvalitetsnivået i så fall leggjast; er det talet på uønska hendingar som har skjedd, omfanget av konsekvensar for samfunnet og talet på mogleg involverte personar?

Spørsmåla som nemnt over er berre nokre døme på kompleksiteten i denne diskusjonen, og viser at kvalitetsindikatorar på beredskapsområdet bør utviklast gjennom ein brei prosess. Gode prosessar er nødvendige for å etablere alminneleg semje om kva som er ein god indikator og kvifor. Dessutan indikerer også overnemnte spørsmål behovet for å utgreie eit mogleg skilje mellom nasjonale og lokale kvalitetsindikatorar.

Ei anna krevjande problemstilling ved å definere eit nivå for god kvalitet, kan raskt gå i retning av å etablere akseptkriterium eller toleransegrenser for risiko (Aven, 2007). Slike kriterium uttrykkjer kva som blir vurdert å vere eit akseptabelt eller tolererbart risikonivå. Behovet for tiltak blir vurdert i forhold til desse kriteria. I nokre land, innanfor einskilde aktivitetar, er det eit krav får styresmaktene at slike kriterium skal definerast i forkant av arbeidet med ei risikoanalyse (ibid).

Vil overnemnte tilnærming til kontinuerleg forbetnings- og kvalitetsarbeid kunne vere med å utvikle kommunal beredskap? Tilnærminga tilbyr eit utviklingsarbeid som både har eit internt og eksternt retta perspektiv. Ho tek opp i seg at kommuneorganisasjonen og tenestene ikkje fungerer i eit vakuum, og for at brukaren skal få ei best mogleg oppleving av resultat kvaliteten av tenestene, må både leiing (strukturkvalitet) og prosedyrar (prosesskvalitet) og sjølve innhaldet i tenestene vere med i arbeidet. Å framstille prosessen som ein sirkel eller spiralrørsle, gjev eit godt bilete på det kontinuerlege ved kvalitetsarbeidet. For å oppretthalde og vidareutvikle kvaliteten er det ikkje nok med

skippertak. Ofte må det skje ulike endring i organisasjonen, og leiinga må ha merksemda retta mot alle systema i ein organisasjon består av: transformasjons-, leiings-, atferds- og interessentsystemet (Busch, Johnsen, Valstad & Vanebo, 2007). Mykje av forbetningsarbeidet i helse- og sosialsektoren tek utgangspunkt i Demings tilnærming (Sosial- og helsedirektoratet, 2005), og ein kan difor ha visse forventningar om at tilnæringsmåten er noko kjent.

Framtidig etablering av kvalitetsindikatorar er eit arbeid som må gjennomførast på ulike nivå i forvaltninga og i verksemdene. Omtale og drøfting i kapittel 3 viser at ulike indikatorar vil vere eigna til å svare på ulike formål, der nokon passar for nasjonal oppfølging medan andre er eigna for lokal planlegging og oppfølging. Ut frå overståande drøfting, må ein i alle fall vere merksam på at innføring av indikatorar i nokon grad kan føre til ei utvikling av tilpassingsstrategiar. Ein tilpassingsstrategi vil kunne gå ut på at kommunane gjer akkurat så mykje som skal til for å kome innanfor kvalitetsmålet, men heller ikkje meir. Av den grunn er diskusjonen om kvalitetsindikatorar versus akseptkriterium for risiko på lokalt nivå sentral.

I følgje teorien i kapittel 2.1 blir det lagt vekt på behovet for å ta med innbyggjarane si oppleving av risiko (frykt) som ein del av det totale risikobiletet i lokalsamfunnet. Dei lokale risikobileta er til dels svært forskjellige rundt om i landet, og difor er dette berre eitt element som vil vere svært vanskeleg å fange opp i ei kvalitetsmåling. Lokale forhold vil vere krevjande å fange opp via nasjonale kvalitetsindikatorar og rapporteringar. Mest truleg må kommunane sjølve setje standardar for eigne beredskapsførebuingar og –nivå. Slike diskusjonar høyrer derfor også heime på politikarane sitt område, men politisk sett kan det vere vanskeleg å seie noko om kva som er akseptabel risiko i eit lokalsamfunn. Derimot bør det vere mogleg å kome fram til krav til kapasitet og yting i helse- og sosialtenestene når dei blir utsett for ekstraordinært press.

Med tillegg av kunnskap om risiko og auka risikopersepsjon vil ei tilnærming knytt til kontinuerleg forbetningsarbeid, ut frå denne presentasjonen kunne vere eit konstruktivt bidrag til å betre kvaliteten på beredskapsarbeidet i helse- og sosialsektoren. Diskusjonen om kvalitetsindikatorar på beredskapsfeltet er prinsipiell og politisk krevjande. Likevel bør det i alle fall vere mogleg å kome noko lenger enn det vi er i dag med å operasjonalisere krav til helse og sosialberedskapen, jamfør kapittel 3.5, og som blir drøfta seinare.

2.4 Oppsummering at teoretiske perspektiv

Som vist i kapittel 2.1 er det fleire krevjande utfordringar knytt til å bruke risiko- og sårbaranalysar som verkty for å utvikle kommunal beredskap, særleg når det gjeld kva risikoperspektiv som blir lagt til grunn. Likevel er det slike analysar styresmaktene forventar at kommunane skal bruke når dei, på ein systematisk måte, skal skaffe seg oversikt over moglege risikoforhold og sårbare punkt. For å kunne utvikle helse- og sosialberedskapsfeltet har det difor stor betydning korleis kommunane forstår risiko og kva kompetanse dei har for å lage risiko- og sårbaranalysar. Aktørane sin risikopersepsjon, forståing og kompetanse vil prege kva hendingar og situasjonar analysane omfattar, kva dei finn det relevant å prioritere og setje inn førebyggjande og skadereduserande tiltak mot. Dette vil i sin tur direkte virke inn på kva hendingar og situasjonar kommunane er førebudd på å handtere og kva hendingar som kan kome overraskande på dei når krisa likevel er ute.

Teorien om høgpålitelege organisasjonar tilbyr ei tilnærming til risiko- og sårbare forhold som kan vere med å gje positive impulsar til det kommunale beredskapsarbeidet nettopp fordi tilnærminga viser at det er mogleg å gjere ting annleis/betre med relativt enkle midlar. Kontinuerlege kvalitetsutvikling og forbetningsarbeid er ikkje ukjent for kommunane, sjå til dømes kapittel 3.4.4 om internkontrollforskrifta og kapittel 2.3. Det kan imidlertid vere ulike utfordringar knytt til å kople saman eit kontinuerleg forbetningsarbeid innan helse- og sosialberedskap med eit kontinuerleg forbetningsarbeid av sjølve tenesteproduksjonen. I empirikapitlet kjem ein nærare inn på i kva grad/om kommunane har oppfatta at dette kan vere to sider av same sak.

3 Planverk, lover og forskrifter

Gjennom planar, lov og forskrift regulerer sentrale styresmakter kva oppgåver og krav kommunale helse- og sosialtenester skal oppfylle. Dermed spelar planar, lov og forskrifter ei rolle som kvalitetsindikatorar for helse- og sosialberedskapen både på nasjonalt nivå og lokalt nivå. Dette kapitlet gjev ein omtale av ulike element knytt til regulering av risiko og ei oversikt over planverk og sentrale lover og forskrifter som regulerer helse- og sosialberedskap. Målsetjinga er å sjå om det eksisterer eit heilskapleg rammeverk for helse- og sosialberedskapsfeltet, og korleis feltet blir regulert og sett inn i ein større samanheng. Til slutt i kapitlet er det ei vurdering av om i kva grad lov- og forskriftsverk synest tenleg og dekkande for helse- og sosialberedskap.

3.1 Regulering av risiko

Regulering av risiko kan definerast som styresmaktene sine inngrep i marknaden eller sosiale prosessar for å kontrollere potensielt uheldige konsekvensar for liv og helse (Hood, Rothstein, Baldwin, 2001). Behovet for å regulere risiko eller å ha eit reguleringsregime for risiko kan grunnjevast ved at risiko i dagens samfunn har eit anna innhald enn i eit historiske perspektiv (Beck 1992 i Hood mfl., 2001). Menneskeleg aktivitet og teknologi i vårt avanserte og moderne samfunn skapar risikosituasjonar med konsekvensar som krev spesialisert ekspertise for å vurdere og å kjenne att. Konsekvensane verkar kollektivt, globalt, er irreversible og har katastrofepotensiale i eit omfang som ikkje tidlegare er opplevd (ibid.).

Regulering er ei form for styring, og det kybernetiske³ perspektiv er ei mykje brukt tilnærming for å forstå regulering. I dette perspektivet må eitkvart kontrollsystem innehalde eit minimum av kontrollkomponentane; informasjonsinnhenting, standardsetting og atferdspåverknad, som er nemnt i den horisontale aksene i tabell 1. Systemet må ha kapasitet til å handtere informasjonsinnhenting, eller overvaking, slik at systemet kan skaffe seg kunnskap om til dømes endringar og haldningsskifte hos publikum. Eit viktig mål med eit reguleringsregime er at det også har kapasitet til å innføre nivåstandardar for å markere kva regulator ser på som meir eller mindre attraktivt. Til slutt må systemet ha evne eller kapasitet

³ Wikipedia 2009: Kybernetikk er læra om styremekanismar og -problem. I dag blir omgrepet nytta for å omtale styring og regulering i maskinar og levande system

til å oppnå ønska endringar i atferda til individ eller verksemder/organisasjonar, gjerne som ein konsekvens av standardar. Dersom nokon av desse komponentane ikkje er tilstades, er systemet ikkje under kontroll i kybernetisk forstand (Hood m fl., 2001). Den andre dimensjonen i eit reguleringsregime ligg i den vertikale aksen, der reguleringsregimet blir sett inn i ein kontekst og får eit innhald ut frå politikkkfastsetjing, samansetjinga av statlege og andre organisasjonar som er direkte involvert i å regulere risiko, og til slutt regulator sine handlingar, si tru og arbeidsmåtar. Ein samla presentasjon for å analysere og samanlikne ulike risikoregulerande regime kan sjå ut som i tabell 1 (Hood m fl., 2001):

Reguleringsregimet	Kontrollkomponentar		
	Informasjonsinnsamling	Standardsetting	Atferdspåverknad
Kontekst: * type risiko * haldningar og preferansar hos publikum/innbyggjarar * organiserte interesser/lobby	<i>Døme:</i> individ vurderer risiko som lav vs ekspertvurdering av risiko eller risiko til høg kostnad	<i>Døme:</i> risiko som involverer interesser for organiserte grupper vs ikkje-organiserte grupper	<i>Døme:</i> risiko der opinionen motset seg offentleg kontroll vs meir tilfeldig regulering
Innhald: * storleik * organisasjonsstruktur * stil/haldningar til regulering	<i>Døme:</i> aktiv vs passiv informasjonsinnhenting i regi av regulator	<i>Døme:</i> kost/nytte vs det som er teknisk mogleg å gjennomføre	<i>Døme:</i> prissignal vs "kommando"-tilnærming til kontroll

Tabell 1: Kontrollkomponentar, innhald og kontekst i reguleringsregimet (mi oversetjing)

Med utgangspunkt i Hood m fl., 2001 kan det norske reguleringsregimet og reguleringar (planar, lover, forskrifter, oppfølging med meir) på helse- og sosialberedskapsfeltet analyserast. Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Statens Helsetilsyn er sentrale aktørar. Departementet vil til dømes finne sin plass i rubrikken informasjonsinnhentinga både innan kontekst og innhald, som grunnlag for utforming av nasjonal politikk. Informasjonsinnhentinga kan vere passiv, til dømes via Helsedirektoratet, eller den kan vere aktiv ved informasjonsinnhenting i eigen regi. Gjennom ulike rettleiarar, utforming av retningsliner og kvalitetsindikatorar spelar direktoratet ei aktiv rolle i å setje standardar på ulike områder knytt til helse- og sosialberedskapsområdet. Det lokale sjølvstyret i kommunane gjer at sentrale styresmakter treng lovheimel for å påverke den kommunale atferda direkte. Der det ikkje er heimel i lov eller forskrift, vil til dømes kompetansehevande tiltak, økonomiske lokkemiddel og synleggjering av "sunn fornuft" vere tiltak som kan setjast inn for å oppnå ønska atferd. Atferdspåverknad gjennom offentleg

kontroll er typisk ei oppgåve for Statens helsetilsyn gjennom tilsyn og oppfølging av standardar og informasjonsinnhenting dersom det ikkje er gjort av departement og direktorat.

3.2 Sentralt planverk

3.2.1 *Nasjonal helseplan 2007 – 2010*

Nasjonal helseplan 2007 - 2010 er ein integrert del av statsbudsjettet for 2007. På helse- og sosialberedskapsområdet var følgjande områder peika ut: sikre robust beredskap og krisehandteringsevne, sikre robuste forsyningssystem, styrke ABC- beredskapen, inkludert – smittevernberedskap samt å styrke deltaking i internasjonalt samarbeid på helseberedskapsområdet. På bakgrunn av desse føringane og ei rekke utfyllende underpunkt blir dei årlege tildelingsbrev utforma. Nasjonal helseplan tek opp kvalitetsomgrepet, og knyter det til ønska helsegevinst for innbyggjarane som ei følgje av aktivitetar og tiltak i helsetenesta. Med omgrepet helsegevinst blir det meint framleis å halde seg frisk, å bli frisk, å meistre livet med sjukdom og meistre slutten av livet. Kva som vil vere god kvalitet i beredskapsarbeidet blir ikkje nemnt.

3.2.2 *Overordna nasjonal helse- og sosial beredskapsplan*

Overordna nasjonal helse- og sosialberedskapsplan 2007 er ein del av oppfølginga etter flodbølgekatastrofen i Sørøst-Asia romjula 2004. Evalueringa viste veikskapar ved ansvars-, oppgåve- og rolleforståing i sentrale delar av forvaltninga (St. meld nr 37 (2004-2005)). Dokumentet er ikkje ein plan i eigentleg forstand, men mest ein presentasjon av aktørane i helse- og sosialforvaltninga og -tenestene ved krise- og katastrofesituasjonar og i planleggingsfasen. Presentasjonen omtalar lovgrunnlaget, aktørane sine roller og plassering i beredskapsorganisasjonen, ansvar, oppgåver og ressursar, i tillegg til samhandling og varslingsvegar. Internasjonale aktørar som norske helsestyresmakter samhandlar med i krisesituasjonar blir omtalt. Planen bygg på beredskapsprinsippa, men medfører ikkje endra føresetnader eller ansvarsforhold. Dokumentet er ikkje ein operativ plan og medfører ikkje krav til endringar i lovgjevinga og gjev heller ikkje konkrete føringar på kapasitet, yting eller kvalitet i tenestene.

3.3 Lover

3.3.1 Lov om helsemessig og sosial beredskap

Formålet med lov om helsemessig og sosial beredskap er å verne liv og helse til befolkninga og bidra til at nødvendig helsehjelp og sosiale tenester kan gjevast befolkninga under krig og ved kriser og katastrofar i fredstid. Verksemdar som blir omfatta av lova skal kunne *fortsette* og om nødvendig *leggje om og utvide* drifta under krig og ved kriser og katastrofar i fredstid (mi framheving) på basis av den daglege tenesta, oppdatert planverk og regelmessige øvingar. Helseberedskapslova stadfester ansvarsprinsippet (sjå kapittel 3), krav til planlegging, beredskapsførebuingar, beredskapsarbeid og krav til varsel og rapportering. Dette er funksjonelle kvalitetsindikatorar på nasjonalt nivå. I forskrifta (kap. 2.2.2) blir det utdjupa nærare kva lovgjevar har av konkrete forventningar til kommunane på dei punkta som er nemnt over.

3.3.2 Lov om vern mot smittsomme sykdommer

Denne lova har til formål å verne befolkninga mot smittsame sjukdomar ved å førebygge dei og motverke at dei blir overført i befolkninga. I tillegg skal lova bidra til å motverke at slike sjukdomar kjem inn til, eller blir ført ut av Noreg og til andre land. Lova skal sikre at helsestyresmaktene og andre styresmakter sett i verk nødvendige smitteverntiltak og samordnar verksemda i smittervernarbeidet. Lova listar opp kommunale oppgåver og mynde i smittevernsituasjonar, blant anna skal kommunen syte for at alle som bor eller oppheld seg midlertidig i kommunen er sikra naudsynt førebyggjande tiltak, undersøking, behandling og pleie. Slike indikatorar stiller krav til tenesteytinga i den einskilde kommune. Det er vedteke utfyllande forskrifter til lova.

3.3.3 Lov om helsetjenesten i kommunene

Alle kommunar i landet skal sørge for nødvendig helseteneste for alle som bor eller oppheld seg mellombels i kommunen. I § 1-5 går det fram at kommunen har plikt til å utarbeide ein beredskapsplan for helsetenesta i samsvar med helseberedskapslova, og at kommunelegen si tilråding og grunngjeving alltid skal følgje med når kommunen handsamar saker om blant anna helseberedskap. Lova slår fast at helsetenesta i kommunen skal yte bistand til andre kommunar ved ulykker og andre akutte situasjonar, noko som har konsekvensar for

beredskapsførebuingar, kapasitet, rutinar og prosedyrar i tenestene. Kommunehelsetenesteloven omtalar i kap. 4 a) miljøretta helsevern som omfattar dei faktorane i miljøet som til ei kvar tid direkte eller indirekte kan ha innverknad på helse. Slike faktorar er blant anna biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorar. Ansvar for det miljøretta helsevernet og omtalen i lova, gjev også nasjonale og funksjonelle indikatorar med konsekvensar for helse- og sosialberedskapen i kommunane.

3.3.4 Lov om sosiale tenester

Lov om sosiale tenester skal fremme økonomisk og sosial tryggleik, betre levevilkåra for vanskelegstilte, å bidra til økt likeverd og likestilling og førebygge sosiale problem. Kravet til beredskapsplan etter helseberedskapslova blir også stadfesta. Lova gjev ikkje ein nærare omtale av kva om kan eller skal vere kommunale sosiale tenester i samband med beredskapssituasjonar ut over innhaldet i formålsparagrafen. Det er heller ikkje utarbeidd eiga forskrift for dette.

3.3.5 Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten

Denne lova stadfestar at Statens helsetilsyn har det overordna faglege tilsyn med helsetenesta i Noreg og skal utøve mynde i samsvar med lover og forskrifter. Lova heimlar at kvart fylke skal ha ein fylkeslege, som er gjevne mynde som helsetilsyn i fylket. Når fylkeslegen opptrer i denne rolla, er vedkomande direkte underlagt Statens helsetilsyn. Elles høyrer fylkeslegen inn under fylkesmannen. Helsetilsynet i fylket skal sjå til at alle som yter helsetenester har etablert internkontrollsystem, og fører kontroll med eiga verksemd på ein slik måte at det kan førebyggje svikt i helsetenesta. Internkontrollsystemet skal sørge for at verksemda og tenestene blir planlagt, utført og vedlikehaldne. Helsetilsynet i fylket skal også gje råd, rettleiing og opplysningar slik at innbyggjarane sitt behov for helsetenester blir dekt.

3.3.6 Lov om strålevern mv.

Formålet med denne lova er å førebygge skadelige verknader av stråling på menneska si helse og bidra til vern av miljøet. Lova gjeld òg planlegging og beredskap mot uhell, ulykker og andre hendingar. Ansvar for atomberedskapen er spreidd på mange etatar og følgjer beredskapsprinsippa, jf kapittel 4. Likevel skil atomberedskapen seg ut frå beredskapsorganiseringa elles ved å ha eit permanent Kriseutval for atomberedskap som

koordinerer ein samla nasjonal innsats ved atomulykker eller andre hendingar som kan innebere ioniserande stråling eller spreining av radioaktivitet. Kriseutvalet for atomberedskap er heimla i Kongelig resolusjon av 17. februar 2006, og i resolusjonen er dei kommunale oppgåvene gjevne ein nærare omtale.

3.4 Sentrale instruksar og forskrifter

3.4.1 Instruks om internkontroll og systemretta tilsyn med det sivile beredskapsarbeidet

Det enkelte fagdepartement er ansvarlig for egne beredskapsførebuingar for kriser og katastrofar i fred, tryggleikspolitiske kriser og krig. Det departement som ordinært har ansvaret for eit fagområde, har også ansvaret for nødvendig beredskapsplanlegging og eventuell iverksetjing av tiltak i ein krisesituasjon. Instruks om internkontroll og systemretta tilsyn med det sivile beredskapsarbeidet har som formål å bidra til å ivareta av dette ansvaret. Kravet er at departementa skal etablere et internkontrollsystem for sitt beredskapsarbeid. Internkontrollsystemet skal sikre ein systematisk metode for departementa sitt eige arbeid med å sikre god kvalitet på beredskapsplanlegginga og ein målretta og effektiv bruk av ressursane til beredskapsformål Instruksen føreset at departementa skal kunne dokumentere at dei har gjennomført tiltak som gjer departementet og eigne underliggende etatar i stand til å handtere prioriterte funksjoner og oppgåver under kriser og katastrofar i fred, under tryggleikspolitiske kriser og i krig.

3.4.2 Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter

Forskrifta pålegg den som er ansvarleg for verksemda at det blir etablert internkontroll for arbeidet. Slik internkontroll blir definert til å vere systematiske tiltak som skal sikre at aktivitetane i verksemda blir planlagt, organisert, utført og vedlikehaldne i samsvar med krav fastsett i eller i medhald av helse-, miljø- og tryggleikslovgivinga. Arbeidet må dokumenterast. Forskrifta omfattar også beredskapsarbeid. Forskrifta stiller krav om systematisk gjennomføring av tiltak for på den måten å fremme eit forbetningsarbeid i verksemdene innan arbeidsmiljø og tryggleik, førebygging av helseskade eller miljøforstyringar frå produkt eller forbrukartenester, vern av det ytre miljø mot forureining og betre behandling av avfall.

3.4.3 *Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten*

Formålet med forskrifta er å bidra til fagleg forsvarlege sosial- og helsetenester og at sosial- og helselovgivinga blir oppfylt gjennom krav til systematisk styring og kontinuerleg forbetningsarbeid i tenestene. Internkontroll blir definert som: systematiske tiltak som skal sikre at aktivitetar blir planlagde, organisert, utført og vedlikehaldne i samsvar med krav fastsett i lov eller i medhald av sosial- og helselovgjevinga. Innhaldet i internkontrollen skal tilpassast verksemda sin storleik, eigenart, aktivitetar og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve fastsette krav. Forskrifta gjeld og beredskapsarbeidet i tenestene. Av innhaldselement i forskrifta som elles synes særleg viktig for denne studien kan nemnast krav til å foreta systematisk overvaking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som planlagt og bidra til kontinuerleg forbetring av verksemda. Internkontrollen skal dokumenterast.

3.4.4 *Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid o.a.*

Denne forskrifta gjeld for verksemdar som har plikt til å utarbeide beredskapsplan etter helseberedskapslova. Omgrepet verksemd blir i forskrifta forstått som stat, kommune, fylkeskommune, regionalt helseføretak, helseføretak, næringsmiddelkontrollen (Mattilsynet) og vassverk. Verksemdene som blir omfatta av forskrifta skal utføre beredskapsplanlegging som gjer at dei er i stand til å tilby nødvendige tenester under krig og ved kriser og katastrofar i fredstid.

Det blir blant anna stilt krav til kven som skal vedta og oppdatere beredskapsplan. Forskrifta slår òg fast at risiko- og sårbaranalyse er grunnlaget for beredskapsplan etter helseberedskapslova for at verksemdene skal kunne skaffe seg oversyn over hendingar som kan føre til ekstraordinære påkjenningar. Det blir lagt vekt på at risiko- og sårbaranalysen skal ta utgangspunkt i og tilpassast verksemda sin art og omfang, at analysen alltid skal omfatte sjølve verksemda, verksemda sitt ansvarsområde og lokale forhold som kan gjere verksemda sårbar for ulike påkjenningar. Risiko og sårbare punkt som blir avdekt skal reduserast gjennom førebyggjande og skadeavgrensande tiltak. Beredskapsplanar skal sikre ein tilstrekkeleg produksjon av tenester ved moglege hendingar knytt til avdekt risiko og sårbare punkt. Forskrifta slår òg fast at beredskapsplanane skal omfatte prosedyrar for ressursdisponering og omlegging av drift som sikrar nødvendig tenesteyting ved:

- a) interne og eksterne hendingar som vesentlig reduserer verksemda si evne til å yte varer og tenester
- b) eksterne hendingar som vil innebere ei ekstraordinær påkjenning på verksemda og som kan krevje ei generell omstilling av den ordinære drifta for å kunne auke kapasiteten.

Andre sentrale forhold som blir teken opp er krav til at kommunen har ei operativ leiding og informasjonsberedskap for å kunne fatte nødvendige avgjerder om organisering av eiga verksemd, ressursdisponering samt samvirke med overordna ledd, styresmakter og samarbeidspartnarar. Det blir òg stilt krav til samordning av beredskapsplanar og til kompetanse, opplæring, øvingar og at verksemda skal sørgje for å ha tilfredsstillande tryggleik for forsyning av viktige materiell, utstyr og legemidlar.

3.4.5 *Forskrift om vannforsyning og drikkevann mm.*

Vatn er kanskje vårt viktigaste næringsmiddel, og eit samfunn utan sikker vassforsyning over noko tid vil nokså fort stå overfor ein situasjon som set helse og sosialberedskapen på prøve. Difor er også vassverk omfatta av helseberedskapslova. Vassverkseigarar (offentlege eller private) er pålagde å skulle gjennomføre nødvendige tiltak og utarbeide driftsplanar for å kunne levere tilstrekkelige mengder av drikkevatt under normale forhold. Vassverkseigarar er pålagde å gjennomføre nødvendige beredskapsførebuingar og utarbeide beredskapsplanar (forskrifta §11). Målet med forskrifta er å sikre forsyning av drikkevatt i tilfredsstillande mengde og kvalitet.

3.4.6 *Forskrift om fylkeslegens arbeid med helseberedskap*

Fylkeslegen skal hjelpe til med planlegging og gjennomføring av tiltak som tar sikte på under krig å verne befolkningas helse og sikre nødvendig medisinsk behandling og pleie. Som leiar av helseberedskapsarbeidet i fylket, skal fylkeslegen sjå til at arbeidet blir utført i samsvar med lover, forskrifter og pålegg. Ei viktig oppgåve for fylkeslegen er å sikre at fylkesmannen får dei opplysningar om helseberedskapsarbeidet som er nødvendig for å koordinere alt beredskapsarbeid i fylket.

Forskrift her er frå 1994, og eg noko undrande til at ho pr 21. april 2009 framleis ligg ute på Lovdata. Organisatoriske endringar i byrjinga av dette tiåret medførte at fylkeslegen vart

innlemma i fylkesmannsembetet på line med andre etatar som landbruk, miljøvern og utdanning. Fylkeslegen er ikkje lenger nokon sjølvstendig instans i helseberedskapsarbeidet på regionalt nivå, men har naturlegvis som faginstans viktige oppgåver i form av råd og rettleiing på helse- og sosialberedskapsfeltet overfor kommunane. Sjå neste kapittel.

3.4.7 Instruks for samfunnssikkerhets- og beredskapsarbeidet til Fylkesmannen og Sysselmannen på Svalbard

Fylkesmannen skal samordne samfunnstryggleiks- og beredskapsarbeidet i fylket, og ivareta ei rolle som pådrivar og rettleiar i dette arbeidet på regionalt nivå og overfor kommunane. Instruksen klargjer kva som er rolla og ansvaret til Fylkesmannen når det gjeld krisehandtering ved hendingar i fred, krise og krig. Fylkesmannen har oppgåver innan samordning, rettleiing og rådgjeving over for kommunane og fører også tilsyn med beredskapsarbeidet i kommunane. Slik blir fylkesmannsembetet sentralt i arbeidet med å formidle nasjonale kvalitetsforventningar og samordne det kommunale beredskapsarbeidet. Noverande instruks blei vedteken 18. april 2008 og erstatta instruks frå 1997 for å fange opp endringar som følgje av erfaringar og generelle samfunnsutviklingstrekk, samt organisatoriske endringar ved alle fylkesmannsembeta i byrjinga av dette tiåret, jf omtale i førre kapittel. I tillegg blei Svalbard og Sysselmannen innlemma så langt det passar.

3.4.8 Forskrift om tiltak for å forebygge og begrense konsekvensene av storulykker i virksomheter der farlige kjemikalier forekommer (storulykkeforskriften)

Dette er ei forskrift som har til formål å forebygge storulykker med farlege kjemikalier, samt å avgrense dei konsekvensane ei storulykke kan få for menneske, miljø og materielle verdiar og slik sikre høg grad av beskyttelse på ein heilskapleg og effektiv måte. Forskrifta gjeld også for verksemder som ikkje har sysselset arbeidstakarar. Ei storulykke er ei hending med til dømes eit større utslepp, ein brann eller eksplosjon som får ei ukontrollert utvikling og som umiddelbart eller seinare medfører alvorleg fare for menneske, miljø eller materielle verdiar. Verksemder som driv aktivitet med fare for storulykker ligg i kommunar spreidd rundt om i landet, og for desse er beredskapsførebuingar etter kommunehelsetenestelova og miljøretta helsevern svært aktuelt, sjå tidlegare omtale.

3.4.9 Varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse (IHR-forskriften)

Forskrifta gjennomfører delar av det nye internasjonale helsereglementet – IHR (2005) i norsk rett. Dette gjeld vedtak om varsling og oppfølging av smittsame sjukdomar av betydning for internasjonal folkehelse, mistanke om slike og mistanke om hendingar som ikkje kan utelukkast å vere ein smittsam sjukdom. Formålet med forskrifta er å førebyggje og motvirke spreiding av sjukdom over landegrensene samt sikre ein internasjonalt koordinert innsats for å bekjempe sjukdomen. Nokre kommunar med grensepasseringsstader er utpeika til å foreta særskilte beredskapsførebuingar i tilfelle ein smittsam sjukdom med fare for internasjonal folkehelse.

3.5 Vurdering av planverk, lov og forskrifter

Dei føregåande kapitla har gjeve eit oversyn over sentralt planverk og dei mest sentrale lover og forskrifter som regulerer helse- og sosialberedskapen. I tillegg er det gjeve ein presentasjon av eit teoretisk rammeverk for korleis ein kan analysere reguleringsregimet knytt til risiko. Målsetjinga har vore å sjå om det eksisterer eit heilskapleg rammeverk for helse- og sosialberedskapsfeltet, og korleis feltet blir regulert og sett inn i ein større samanheng. Til slutt kjem ei vurdering av om i kva grad lov og forskriftsverket synest vere tenleg og dekkande for helse- og sosialberedskap.

Nasjonale Helseplan legg føringar for innhaldselementet i det nasjonale beredskapsarbeidet og viser nasjonale styresmakter ser som viktige områder innan helse- og sosialberedskap for den fireårsperioden planen gjeld for. Kva risikoomgrep (klassisk eller bayesiansk) som blir lagt til grunn frå sentrale styresmakter er ikkje gjort greie for. Nasjonal Helseplan inneheld heller ikkje omtale av eit større og meir nyansert risikobiletet eller dimensjonerande scenario for nivå og kvalitet på tenestene på dei områda som blir prioritert. Dette kunne har vore til hjelp for beredskapsarbeidet ute i kommunane.

I Overordna nasjonal helse og sosial beredskapsplan gjev Helse- og omsorgsdepartementet ein samla presentasjon av aktørane i helse- og sosialsektoren med oppgåver, ansvar og roller ved kriser og katastrofar. Heile helse- og omsorgsfeltet sitt ansvar og oppgåver ved kriser og katastrofar er sett inn i ein større samanheng ved at planen omtalar samhandling, samarbeid og koordinering mellom aktørane i sektoren og med andre sektorar. Overordna helse og

sosial beredskapsplan legg stor vekt på at samordning og koordinering av blant anna planverk er viktige element i beredskapsførebuingane. Dei ulike aktørane blir forventa å gjere seg kjent med kvarandre sine beredskapsplanar og –førebuingar for å unngå uklare ansvarsområde, ”dobbel” eigarskap eller ansvarsfråskrivning. Hendingar i utlandet er også omtalt i planen, i tillegg kjem IHR-forskrifta. Både planen og IHR-forskrifta inneber konsekvensar for kommunalt beredskapsarbeid, og forventningane til kommunale bidrag ved uønska hendingar i utlandet som rammar nordmenn. Det finst også andre instruksar på dette feltet som ikkje er omtalt i studien.

Instruks om internkontroll og systemretta tilsyn med det sivile beredskapsarbeidet legg premissane for korleis det er forventa at departementa skal ivareta sitt ansvar for beredskapsplanlegginga. Dette omfattar beredskapsarbeidet i sjølve departementet, men inkluderer også det som skal skje i underliggjande etatar og verksemder. I Noreg har ein framleis ikkje lovfesta ei generell beredskapsplikt for kommunane, det er berre på helse- og sosialfeltet at slik plikt er til stades. Instruksen synes difor sentral for å sikre eit mest mogleg heilskapleg beredskapsarbeid internt i departementa og eksternt i forhold til underliggjande etatar og verksemder i alle sektorar fram til det eventuelt blir innført ei generell beredskapsplikt. I tillegg gjev instruksen heimel for at det blir ført tilsyn med departementa sitt beredskapsarbeid, og tilsynet inkluderer også underliggjande etatar og verksemder. Dermed har styresmaktene nødvendige verky for å sikre oppfølging med beredskapsarbeidet.

Helseberedskapslova medførte endringar i ei rekkje lover, til dømes kommunehelse-tenestelova og sosialtenestelova. Endringane stadfester tenestekområda si plikt til å utarbeide beredskapsplanar i samsvar med helseberedskapslova. Lovendringane blei gjort for å sikre intern samanheng, klare forventningar til beredskapsførebuingar og ikkje minst, sikre heimel for beredskapsførebuingane. Både helseberedskapslova og beredskapsforskrifta stiller tydelege krav til kva førebuingane skal gå ut på når det gjeld innhald, dokumentasjon og føresetnader. I tillegg til dei meir sektorspesifikke lover og forskrifter, har forskrifta om internkontroll og forskrifta om internkontroll i sosial- og helsetenestene også innverknad på beredskaps- og tryggingarbeidet i kommunane. Forskriftene presiserar at alt forbetringsarbeid i kommunen og tenestene skal skje på ein systematisk, kontinuerleg og dokumentert måte. Det synes her å vere god samanheng med formålet i helseberedskapslova som seier at kommunane skal kunne oppretthalde, og om nødvendig leggje eller utvide tilbudet av helse- og sosialtenester dersom situasjonen krev det. Eigne erfaringar frå

kommunalt beredskapsarbeid bidreg til eit inntrykk av at ein del av beredskapsarbeidet skjer etter initiativ frå sentrale styresmakter og i noko grad etter at uønska hendingar har avdekt svake og sårbare punkt i tenestytinga når den blir utsett for ekstraordinært press, og ikkje som eit resultat av eit kontinuerleg forbetningsarbeid.

På regionalt nivå har den nye instruksen betydd ei utdjuping og presisering av fylkesmannsembetet sine oppgåver og roller over for beredskapsarbeidet i kommunane. Her spelar helse- og sosialavdelingane ei viktig rolle for helse- og sosialberedskapen i lag med fylkesberedskapssjefen. Fylkesmannen har ansvar for å samordne, halde oversikt over og informere om samfunnstryggleik og beredskap i fylket. Samordningsansvaret handlar blant anna om å sjå til at det er samanheng i beredskapsplanverket mellom kommunane og andre aktørar samt ta opp spørsmål som har betydning ut over fylkesgrensene. Samordningsansvaret synes spele ei stadig viktigare rolle med stadig større utfordringar blant anna fordi organisering av andre statlege instansar ikkje lenger samsvarar med fylkesgrensene, til dømes Mattilsynet og spesialisthelsetenesta. Kompleksiteten i mange av dei uønska hendingane i Noreg dei siste 10 åra, synes å bli stadig større. Merksemnda frå media aukar tilsvarande, noko som stiller store krav til at relevant og kvalitetssikra informasjon kjem fram til dei rette instansane i ei krisehandtering. Om mange kommunar er involvert, kan det lett oppstå ein fragmentert og uoversiktleg situasjon både internt i fylket, i embetet og over for sentrale styresmakter. Samordna og god informasjonsflyt til og frå helse- og sosialtenestene, ikkje berre knytt til akutt handtering, er sentralt. Instruksen legg til rette for dette. I tillegg til oppgåva som pådrivar og rettleiar for eit målretta og systematisk arbeid med samfunnstryggleik og beredskap, skal også Fylkesmannen føre tilsyn med beredskapsarbeidet i kommunane.

Gjennomgangen viser at det ligg føre eit omfattande rammeverk for beredskapsarbeidet i helse- og sosialsektoren. Noko av rammeverket er sektorspesifikt, som til dømes helseberedskapslova, kommunehelsetenestelova og sosialtenestelova. Andre delar av rammeverket er av sektorovergripande karakter, til dømes instruks om internkontroll og systemretta tilsyn med det sivile beredskapsarbeidet i departementa, instruks for fylkesmannen innan samfunnstryggleiks- og beredskapsarbeid og internkontrollforskriftene.

Slik eg tolkar dette, må det kunne seiast at det ligg føre eit godt, gjennomarbeidd og heilskapleg rammeverk for beredskapsarbeidet på helse- og sosialfeltet. Planverk, lovar og

reglar er tydeleg på ansvar, roller og oppgåver dei ulike aktørane har. I tillegg er det tydelege forventningar til samarbeid mellom aktørane, både innanfor og utanfor helse- og sosialsektoren.

Sett opp mot problemstillinga for studien, og om overnemnte konklusjon er korrekt og det formelle rammeverket er på plass, må det vere andre forhold som gjer at kommunane strevar med beredskapsarbeidet i helse- og sosialtenestene og medfører skilnader i status. Noko som kan gje forklaringskraft til ein slik konklusjon kan vere at formelle krav er formulerte som overordna funksjonelle krav på nasjonalt nivå, noko som medfører behov for operasjonalisering på lokalt nivå, til dømes krav til yting og kapasitet i tenestene. Implisitt i lov og regelverk, i kombinasjon med det lokale sjølvstyret, ligg det forventningar om eigenaktivitet hos kommunane til å ta aktivt ansvar for beredskapsførebuingane og definere kva dei skal gå ut på og kva dette betyr for dagleg drift i tenestene. Det som kan vere gode kvalitetsindikatorar på overordna nasjonalt nivå, er ikkje nødvendigvis eigna til å styre risiko og kvalitet på lokalt nivå. Her synes rammeverket for helse- og sosialberedskapen vere mangelfullt. Det kan vere at kommunane må definere egne kvalitetsindikatorar sjølve ut frå lokale forhold og ikkje kan skyve ansvaret over på sentrale styresmakter.

4 Situasjonen i Noreg

Dette kapittelet gjev ei oversikt over sentrale aktørar innan beredskap, med særleg vekt på aktørar knytt til helse- og sosialberedskap. Oversikta vil vise kva prinsipp, perspektiv, forventningar og aktivitetar sentrale styresmakter innan helse- og sosialberedskapsfeltet legg til grunn i sitt møte med kommunane. Dette vil kunne gje ei betre forståing for dei utfordringar kommunane står overfor og den problemstillinga eg har valt. Først vil eg imidlertid gjere greie for prinsippa feltet er organisert etter og som er styrande for heile den sivile beredskapen i Noreg, ikkje berre helse- og sosialberedskapen.

4.1 Beredskapsprinippa

Arbeidet for samfunnstryggleik og beredskap, både årsaksreduksjon og konsekvenshandtering, tek utgangspunkt i tre viktige prinsipp:

- *Ansvarsprinsippet*: Den verksemda som har ansvaret for ein sektor eller teneste, har også ansvaret for nødvendige skadeførebyggjande tiltak, beredskapsførebuingar og iverksetjing av tiltak i kriser og krig.
- *Likskapsprinsippet*: Det skal vere mest mogleg likskap mellom organisering i fred, kriser og krig. Den som utøvar ei samfunnsoppgåve i fredstid er den som har den beste føresetnaden for å handtere oppgåvene i kriser og krig. Prinsippet inneber at det blir enklare for dei som driv konsekvenshandtering – dei treng stort sett berre å ”lære” seg ein organisasjon.
- *Nærleiksprinsippet*: Kriser skal handterast på lågaste moglege nivå. Det er på lokalt nivå at ein først vil få oversikt over kva som har skjedd og raskast kan få fram redningsressursar og kome i gong med søk og livredning.

Beredskapsprinippa står sterkt i det norske tryggleiks- og beredskapsarbeidet, og det synes vere brei semje om dei. Dei samsvarar med lokalt sjølvstyre til kommunane og der lojalitet til og gjennomføring av prinsippa vil legge til rette for lokal kapasitetsoppbygging (Anderson 1999). Utfordringane ligg kanskje heller på å etablere klare ansvarsforhold og samordning mellom aktørane slik at det ikkje oppstår udekte områder, ”dobbelte” eigarskap eller ansvarsfråskriving.

4.2 Justisdepartementet

Dei overorda prinsippa om ansvar, nærleik og likskap ligg til grunn for alt nasjonalt tryggleiks- og beredskapsarbeid i fred – også på sentralt nivå, sjå førre kapittel. På sentralt, nasjonalt nivå har Justisdepartementet det sektorovergripande samordningsansvaret innan redning og beredskap. Justisdepartementet fører tilsyn med denne verksemda gjennom Direktoratet for samfunnstryggleik og beredskap (DSB), Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM), og hovudredningsentralane. Hovudmålet for arbeidet med samfunnstryggleik er effektiv førebygging av kriser og alvorleg svikt i samfunnskritiske funksjonar, effektiv handtering av kriser og god organisering av samfunnet sitt totale beredskapsapparat. Departementet si rolle i det kommunale beredskapsarbeidet går blant anna ut på utarbeiding av lover og forskrifter og utforming av oppdragsbrev til DSB og deira arbeid ut mot kommunane.

4.3 Direktoratet for samfunnstryggleik og beredskap

Direktoratet for samfunnstryggleik og beredskap, DSB, er underlagt Justisdepartementet, og skal ha oversikt over risiko og sårbarheit i samfunnet i brei forstand. Direktoratet skal vere pådrivar i arbeidet med å førebygge ulykker, kriser og andre uønska hendingar, og syte for god beredskap og effektiv ulykkes- og krisehandtering. DSB har ei samordningsrolle i informasjonsinnhentinga ut mot fylkesmannsembeta og kommunane i kriser og katastrofar der situasjonen synes utvikle seg til å bli/er så omfattande at det kan vere aktuelt å setje i verk krisehandteringsapparatet på nasjonalt nivå. Direktoratet har oppfølgingsansvar for brann- og el-tryggleiken, farlege stoff og produkttryggleik, og driv ei omfattande tilsynsverksemd på desse områda. I tillegg har direktoratet rolla som fagmyndigheit for brannvesenet og den delen av beredskapsarbeidet til fylkesmennene og kommunane som ikkje er knytt til helse- og sosialberedskap.

4.4 Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet skal blant mange andre oppgåver, ivareta det overordna sektoransvaret for beredskapsplanlegging⁴ og krisehandtering i helse- og sosialtenestene. Tiltak og informasjonshandtering må samordnast med andre departement. Beredskapsarbeidet internt i departementet og i underliggjande verksemdar skal og vere

⁴ Arbeids- og inkluderingsdepartementet er ansvarleg for sosialtjenestelovens §§4.5 (midlertidig husvære) og 5 (økonomisk stønad).

samordna. Gjennom årlege tildelingsbrev gjev Helse- og omsorgsdepartementet oppdrag til Helsedirektoratet. Nasjonal helseplan 2007-2010 og oppgåver, rolle og ansvarsfordeling slik det går fram av Overordna nasjonal helse- og sosialberedskapsplan er retningsgjevande for innhaldet i tildelingsbrev på helse- og sosialberedskapsfeltet.

4.5 Helsedirektoratet

Helsedirektoratet er fagdirektorat og myndigheitsorgan under Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Barne- og likestillingsdepartementet (BLD). Helsedirektoratet er fagorgan, regelverksforvaltar og iverksetjar på det helse- og omsorgspolitiske området. Direktoratet har ei rekkje forvaltningsoppgåver, mellom anna til å bruke og fortolke lov og regelverk innanfor helsesektoren.

Innan helse- og sosialberedskap skal direktoratet bidra til å sikre at samhandlingsbehovet blir ivareteke ved beredskapsplanlegging og i krisesituasjonar. Oppdraget gjeld den samla helse- og sosialteneste og –forvaltning. I ein krisesituasjon er hovudoppgåva å sikre at befolkninga blir tilbydd nødvendig helsehjelp og sosialtenester, om nødvendig også i utlandet. I dei tilfella der ein krisesituasjon krev nasjonal koordinering av helse- og sosialtenestene, skal direktoratet vere budd på å stå for slik koordinering på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet arbeider med helse- og sosialberedskap både mot primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Når det gjeld helse- og sosialberedskap i kommunane, arbeider direktoratet gjennom fylkesmannsembeta, dvs at Helsedirektoratet ikkje har direkte kontakt med kommunane. Over for spesialisthelsetenesta arbeider direktoratet gjennom dei regionale helseføretaka. Fylkesmannsembeta og dei regionale helseføretaka får årleg formidla oppdrag og resultatkrav på beredskapsfeltet frå Helse- og omsorgsdepartementet (Oppdragsdokument, 2009).

Direktoratet har i mange år arbeidd med å heve kvaliteten på helse- og omsorgstenestene i kommunane og i spesialisthelsetenesta. I 2005 kom ”...og betre skal det bli!” - Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten (2005 -2015). Målet med strategien er at alle tenester skal vere verknadsfulle, trygge og sikre, skal involvere brukarane og gje dei

innverknad. Målet er og at tenestene skal være samordna og preget av kontinuitet, utnytte ressursane på ein god måte og være tilgjengelige og rettferdig fordelt.

4.6 Statens helsetilsyn og helsetilsynet i fylka

Statens helsetilsyn og helsetilsynet i fylka skal gjennom tilsyn og rådgjeving medverke til at innbyggerane sine behov for sosiale tenester og helsetenester blir ivareteke og at tenestene blir drivne på ein fagleg forsvarleg måte. Som tilsynsstyresmakt spelar Statens helsetilsyn og helsetilsynet i fylka ei sentral rolle overfor kommunane i kvalitetsarbeidet. Tilsynsverksemd og rådgjeving skal også bidra til å førebyggje svikt i tenestytinga og medverke til at ressursane blir brukt på ein forsvarleg og effektiv måte (Statens helsetilsyn, 2009). I strategiplan for 2007-2009 blir blant anna oppgåver knytt til kvalitetsforbetringar formulert slik: ”(...) dei funna tilsynet gjer (skal) brukast i sosial- og helsetenestenes forbetningsarbeid”.

4.7 Andre aktørar

Det fins fleire instansar enn dei aktørane som allereie er nemnt med beredskapsoppgåver. Dei mest sentrale er fylkesmennene, Mattilsynet, Statens Strålevern, Nasjonalt folkehelseinstitutt og redningstenesta:

Fylkesmennene er Kongen og regjeringa sine representantar på regionalt nivå med ansvar for å gjennomføre nasjonal politikk slik det kjem til uttrykk gjennom instruksar, lover, forskrifter og vedtak. Fylkesmennene har eit koordinerande ansvar for sivilt beredskap i fylket både i fred og krig, og skal føre tilsyn, gje råd og rettleie i beredskapsspørsmål. Etter den kalde krigen og særleg dei siste ti åra har fylkesmennene hatt i oppdrag å hjelpe kommunane med førebuingar og planar for å møte katastrofar og større ulukker i fredstid. Dette skjer blant anna gjennom rettleiing, kurs, øvingar og tilsyn. Fylkesmannen har eit spesielt ansvar for den regionale atomulukkeberedskapen. Det å samordne ekstra ressursar til kommunane er ei sentral oppgåve i ei krise i fredstid. I en krigssituasjon vil hjelp til Forsvaret stå sentralt. Fylkesberedskapsrådet og atomberedskapsutvalet er Fylkesmannen sine viktigaste samordningsorgan både i arbeidet med kriseførebygging og under krisehandteringar. I tillegg til oppdrag frå Helsedirektoratet, får fylkesmannsembeta sine embetsoppdrag frå Fornyings- og administrasjonsdepartementet, der dei ulike departementa

sine oppdrag er samordna. Helse- og sosialberedskap er og ein del av dette dokumentet, og ordlyden er tilnærma den same som i rundskrivet frå direktoratet, jf kapittel 3.4.6 og 3.4.7.

Mattilsynet har blant anna ansvar for mattryggleiken, i tillegg til dyrehelse. Grensesnittet mot helse- og sosialberedskapsfeltet er særleg knytt til Mattilsynet sitt ansvar for drikkevatt, vassforsyning og sjukdomar som kan smitte frå dyr til menneske. Eitt døme kan vere e.coli-smitte. Mattilsynet høyrer inn under Helse- og omsorgsdepartementet i saker som vedkjem helseberedskap.

Statens strålevern er fagmyndigheit på strålevern og atomtryggleik. Strålevernet sorterer under Helse- og omsorgsdepartementet, men skal hjelpe alle departement i spørsmål som vedkjem stråling. Strålevernet har forvaltnings- og tilsynsansvar ved all bruk av strålekjelder innan medisin, industri og forskning og med forskingsreaktorane i Noreg. Andre oppgåver er overvaking av naturleg og kunstig stråling i miljø og yrkesliv, auke kunnskapen om førekomst, risiko og effekt av stråling. Statens strålevern leiar, har sekretariat og operasjonslokale for den nasjonale atomulykkesberedskapen. Sistnemnte inneber at strålevernet har eit særleg ansvar for informasjon og tiltak til kommunar og publikum i tilfelle ei atomhending med radioaktivt nedfall.

Nasjonalt folkehelseinstitutt er rådgjevande nasjonal kompetanseinstitusjon for sentrale styresmakter, kommunar, rettsapparatet, politikarar, media og publikum. Instituttet arbeider på områda: smittevern, miljømedisin, epidemiologi, psykisk helse samt rettstoksikologi og rusmiddelforskning. Innan helse- og sosialberedskapen er det særleg smittevern og miljømedisin som er relevant.

Redningstenesta er den offentleg organiserte verksemda som blir utøvd i samband med innsats for å redde menneske frå død og skader som følgje av akutte ulykkes- eller faresituasjonar, og som ikkje blir ivareteke av særskilt oppretta organ eller ved særlege tiltak. Samvirkeprinsippet og prinsippet om ei integrert redningsteneste står sentralt. Norsk redningsteneste er ein nasjonal dugnad. Uttrykket "redningsteneste" i offisiell samanheng i Noreg omfattar akuttinnsats, også leiteaksjonar, for å redde menneske frå død eller skade. Berging av miljø, materiell eller produksjon ligg utanfor redningstenesta. Alle ressursar (statlege, fylkeskommunale, kommunale, private eller friviljuge) som er egna for

akuttinnsats blir registrert, organisert, trenet og brukt ved innsatsane, og kvar instans dekkjer egne utgifter.

Denne kortfatta presentasjonen viser dei mest sentrale nasjonale aktørane innan kommunalt beredskapsarbeid generelt, og helse- og sosialberedskap spesielt. Omtalen viser at oppgåver, ansvar og roller hos aktørane baserer seg på sektorprinsippet i forvaltning (ansvarsprinsippet) med utgangspunkt i Overordna nasjonal helse- og sosialberedskapsplan 2007. Kapittel 3 og 4 viser at kommunane må handtere eit stort og omfattande nasjonalt rammeverk samt forventningar frå mange aktørar på overordna nivå. Ikkje alle forventningane til kommunane er nedfelt i formelle krav, men blir uttrykt gjennom statsbudsjett og årlege oppdragsbrev, noko som stiller kommunane overfor ytterlegare utfordringar når det gjeld oppfølging, sjå kapittel 6.3.

5 Metode og datainnsamling

I dette kapitlet vil eg presentere dei metodiske sidene ved studien. Det inneber ein presentasjon av teori knytt til samfunnsvitskaplege studiar som grunnlag for om det er mogleg å ta stilling til om metoden og metodegrunnlaget som er skaffa fram har tilstrekkeleg god kvalitet til å kunne svare på problemstillinga. Kva metode som bli valt til å utføre vitskaplege studiar på, vil ofte vere avhengig både av teoretisk innfallsvinkel og kva empiri som er mogleg å samle inn. Det finst fleire måtar å gjere samfunnsvitskaplege studiar på, og dei val og avgrensingar som er gjort i studien blir presentert. Til slutt blir det gjort ei vurdering av metodiske val i denne studien.

5.1 Metode

Omgrepet metode referer seg til særskilde måtar å tilnærme seg og utføre studiar på. Denne studien er ei empirisk undersøking der formålet å skaffe fram meir kunnskap og data om verkelegheita – altså kvaliteten i det kommunale beredskapsarbeidet. For å skaffe til veie slik kunnskap blir det for det meste brukt kvalitative metodar. Det vil seie at studien baserer seg på kunnskap, tankar og oppfatningar til informantane når det gjeld status på beredskapsarbeidet i eigen kommune. Difor kjem mesteparten av informasjon og data ut som ord, og ikkje som tal, slik som i kvantitative undersøkingar. Informasjonen gjev difor høve til ei meir nyansert forståing av verkelegheita, noko som også er ein av fordelane ved kvalitative undersøkingar (Jacobsen 2005). Det blir også nytta kvantitative data som ein del av grunnlagsmateriale for studien. Å vere på jakt etter kunnskap inneber å stille og få svar på spørsmål, møte si eiga før-forståing (antakelser) på gitte problemstillingar, fenomen eller situasjonar (Jacobsen, 2005). Jacobsen framhevar at ingen undersøkingar er perfekte eller feilfrie, noko som heller ikkje er målet. Målet er i staden å vere klar over at ulike feil og bias vil førekome, og samstundes ta høgde for at dette minst mogleg påverkar resultatet av undersøkinga (ibid.).

5.1.1 Casestudie som forskingsstrategi

Casestudie er valt som forskingsstrategi, og saman med ei deduktiv tilnærming. At tilnærminga er deduktiv inneber at eg i utgangspunktet allereie har bestemte teoriar og synspunkt på det temaet som blir studert. Eg går altså ikkje inn i studien utan ei viss før-

forståing av emnet (Aase og Fossaskåret, 2007), og samlar inn empirisk materiale for å undersøke om mi før-forståing stemmer overeins med verkelegheita. Denne tilnærminga er valt ut frå eit ynskje om undersøkje om generelle etablerte teoriar (på risikoanalysar og risikobasert styring) kan brukast på mi problemstilling (Jacobsen 2005).

Casestudiar er berre ein av mange måtar å drive samfunnsvitskaplege studiar på. Alle måtane har sine sterke og svake sider avhengig av type forskingsspørsmål, forskaren si moglegheit til å ha kontroll over forskingsobjektet og fokus på noverande versus historiske fenomen (Yin, 2003).

Generelt blir casestudiar ofte valt som strategi når forskaren ynskjer å gå i djupna på eit fenomen og ynskjer svar på spørsmål av typen "korleis" eller "kvifor", situasjonar der forskaren har liten kontroll over det som skjer, og når ein ynskjer å studere eit fenomen i sin verkeleg-verd kontekst (Yin, 2003). Slike spørsmål og situasjonar vil ofte medføre stor datarikdom som gjer at datainnsamlinga ikkje berre kan baserast på ein innsamlingsmetode, som til dømes spørjeundersøking. "Å gå i djupna" er eit forsøk på å få fram så mange nyansar og detaljar som mogleg om sjølve fenomenet. Samstundes inneber dette at forskaren gjer eit forsøk på å få ei heilskapleg forståing av forholdet mellom undersøkt eining og den konteksten undersøkingseininga eller einingane går inn i (Langhelle, 2008). Casestudiar som forskingsstrategi krev blant anna evne til å stille gode spørsmål, lytte, tolke store mengder data og lese mellom linjene. Det er typisk å bruke fleire datakjelder ved casestudiar, og studien kan ein kombinere både kvalitative og kvantitative metodar (Yin, 2003).

I studien min av beredskapen i fem kommunar ynskjer eg å få tak i informasjon og opplevingar frå dei som arbeider med beredskap i det daglege. Informantane har ein unik innsikt og kunnskap om situasjonen i eiga kommune som ikkje så lett let seg ramme inn av spørsmåla i eit spørjeskjema. Difor synes dei elementa som Yin (2003) beskriv om casestudiar å vere til stades i min studie.

Ein casestudie gjer det mogleg å gjennomføre forskingsprosessen på ein fleksibel måte, men krev samstundes at forskaren ikkje er fanga av fordommar, ideolog eller teori. Intervjuguiden legg dei ytre rammene for innsamling av empiri frå informantane, i tillegg til at eg altså har brukt andre datakjelder. På den måten har eg hatt høve til å foreta oppfølgingsspørsmål undervegs i arbeidet, og slik kunne avdekkje moglege samanhengar, inkonsistens og

prosessar som eg elles ikkje ville ha fått kunnskap om. Særleg er dette viktig dersom det skjer endringar over tid og i kontekst.

Samstundes er det viktig å vere klar over ulempene med casestudiar og data innsamla av andre. Ei av ulempene kan til dømes vere at stor datarikdomen kan gjere det vanskeleg å avgrense studien og halde seg ”til saka”. På same tid kan det vere ei ulempe at det kan vere vanskeleg å generalisere fordi datakjeldene er få til tross for at datarikdomen er stor. I denne studien er det berre snakk om fem kommunar, og både teoretisk rammer og empirisk materiell kan dermed virke både tynt, selektivt og tilfeldig. Likevel kan ”beste-praksis” perspektivet haldast opp imot slike argument. Dei fem kommunane som er med i studien, har alle fått tildelt ein offentleg pris for godt beredskapsarbeid i løpet av dei siste åtte åra. Eitt av kriteria for prisen er nettopp at kommunane kan stå fram som gode førebiletet for andre kommunar i eige fylket.

Når ein nyttar data innsamla av andre kan det også oppstå utfordringar knytt til tolking av data. Ei av dei mest openberre utfordringane er at dette er data som er samla inn til anna bruk og i ein annan kontekst enn den eg arbeider med. Farane med overtolking eller at eg tolkar inn mine oppfatningar er derfor til stades. Samstundes er ikkje eg oppteken av at denne studien skal finne fram til eit objektivt og sant svar. Eg er oppteken av å få fram erfaringar og beste praksis frå kommunar som har fått pris for sitt beredskapsarbeid, og korleis desse kan brukast til å vidareutvikle beredskapen, sikre ei proaktiv tilnærning og unngå at det blir eit område prega av skippertak med fokus på den siste krise. Eg har og vore oppteken av å sjå etter kva som kan vere indikatorar for god kvalitet i det kommunale beredskapsarbeidet og kvifor dette kan vere gode indikatorar.

5.1.2 Val av kommunar i studien

Det finst 430 kommunar i Noreg med ulik erfaring og praksis med beredskapsarbeid. Sidan dette er ein casestudie med dei avgrensingar som må gjerast knytt til talet på studerte objekt, må det veljast ut eit overkomeleg tal på studieobjekt. Sidan 1999 har ni kommunar fått Samfunnstryggleiks- og beredskapsprisen⁵ til DSB, og av desse er fem blitt valt ut til å vere med i denne studien. Til slutt fall valet på Stavanger, Ski, Tromsø, Gjerstad og Ringsaker. Innleiingsvis var ei anna kommune plukka ut, men praktiske forhold knytt til

⁵ Eg vil bruke nemninga Beredskapsprisen som kortform.

datainnsamlinga gjorde at det måtte veljast ei anna kommune mellom dei som hadde fått Beredkapsprisen.

Problemstillinga avgrensar studien til å sjå nærare på korleis erfaringar frå det kommunale beredkapsarbeidet kan brukast for å vidareutvikle beredskapen, sikre ei proaktiv tilnærming og unngå at beredskap blir eit område prega av skippertak med fokus på siste krise. Som del to i problemstillinga legg studien opp til å studere kva som kan vere indikatorar for god kvalitet i kommunalt beredkapsarbeid, og kvifor nettopp dette kan vere gode indikatorar.

Ved å velje studieobjekt blant dei kommunane som har fått samfunnstryggleiksprisen, kan det kanskje i nokon grad seiast at det er etablert ein slags standard eller forståing for kva som er god kvalitet i kommunalt beredkapsarbeid og kva som kan vere indikatorar for god kvalitet. Dette fordi det allereie er gjort vurderingar og teke stilling til kvaliteten av beredkapsarbeidet til dei nemnte kommunane. Ordet kvalitet blir rett nok ikkje brukt verken av DSB eller fylkesmennene, i staden blir omgrepet ”godt beredkapsarbeid” brukt. I invitasjonsbrev til fylkesmennene skriv DSB kva kriterium dei skal leggje vekt på. Blant anna skal det leggjast vekt på at kommunen kan vere ei føregangskommune i sitt fylke. Fylkesmannsembeta skal grunnkje sitt val med utgangspunkt i desse kriteria.

5.2 Datainnsamling

Med dei rammene som låg til grunn for datainnsamlinga, var telefonintervju den einaste overkomelege måten å gjennomføre datainnsamlinga med informantane på. På førehand var det utarbeidd ein intervjuguide som blei brukt ved alle intervju med kommuneinformantane, (vedlegg nr 1). Kommunane ligg på forskjellige kantar av landet, og det ville har vore svært tidkrevjande å besøke kvar kommune for å gjennomføre intervju med ein times lengde. Fleire av informantane mine gav òg uttrykk for at i deira arbeidssituasjon var det svært greitt at intervju kunne gjennomførast på denne måten. Eg opplevde at stemninga i telefonintervju var både hyggeleg og jovial, og at informantane ikkje fann det vanskeleg å svare på spørsmåla på telefon, til tross for at vi ikkje hadde augekontakt med kvarandre. For intervju med beredskapssjefen i Helse Fonna og fylkesberedskapssjefen i Aust-Agder blei berre spørsmåla i intervjuguiden om øvingar og gode prosessar for utvikling av beredskapen nytta.

5.2.1 Datagrunnlag

Datagrunnlaget for den einskilde studie er unikt, og må veljast med utgangspunkt i både tema og problemstilling. Det er difor ikkje et spørsmål som kan avgjerast på generelt grunnlag. Datagrunnlaget for min studie er basert på offentleg lov og regelverk, rettleiarar, offentlege undersøkingar og andre offentlege utgreiingar og dokument. I tillegg er studien basert på innsamla skriftleg materiale frå kommunane og på intervju med informantar basert på ein intervjuguide.

Dette er ein casestudie med stor datamengde og detaljrikdom, og det har vore ei viktig oppgåve å velje ut relevante data som bidreg til å belyse og svare på problemstillinga. Det har vore nødvendig å kombinere data både frå skriftleg dokumentasjon og intervju. Desse datakjeldene utfyller kvarandre, og bidreg til å gje eit breiare og meir nyansert bilete av situasjonen i den einskilde kommune.

5.2.2 Datatilgang

Proessen med å samle inn data har ikkje bydd på nemneverdige utfordringar. Arbeidet starta opp i februar og blei avslutta i midten av mai. Innleiingsvis starta arbeidet med å få oversikt over kva kommunar som har fått tildelt Beredskapsprisen sidan 1999 og å samle inn dokumentasjon på bakgrunnsmateriale om prosess og grunngevingane som var lagt til grunn for å karinga av kommunane. Kommuneundersøkinga 2008, jf kapittel 6.1, har vore ei ekstra kjelde til informasjon, noko som har gjort det mogleg å samanhalde spørsmål og svar frå egne intervju med kommuneinformantane med resultatane frå denne undersøkinga. I dette arbeidet har det vore til god hjelp av at eg kjenner dei personane som arbeider med desse oppgåvene til dagleg, noko som sparte tid på å leite fram i opplysningane frå systemet. Eg visste òg på førehand at desse opplysningane var tilgjengelege. Det same gjeld rapporten frå "Nordlandsprosjektet", jf kapittel 6.2. I tillegg er det brukt tilsendt materiale som planar og analysar frå dei forskjellige kommunane supplert med informasjon som er lasta ned frå kommunane sine nettsider.

Kommunane blei kontakta for avtale om intervju. Før intervju fann stad, sende eg over intervjuguiden på e-post slik at informantane skulle vere kjent med kva eg ville spørje om, og ha høve til å gjere eventuelle førebuingar. Gjennomføring av intervju gjekk etter planen, og det blei brukt cirka ein time per intervju.

Til saman er det gjennomført seks intervju med kommuneinformantar, eitt intervju med fylkesberedskapssjefen i Aust-Agder og eitt intervju med beredskapssjefen i Helse Fonna. Beredskapssjefen i Helse Fonna er teken med i studien på grunn av interessante erfaringar med regionalt samarbeid mellom sjukehus, kommunar, politi, brann og fylkesmannen, medan fylkesberedskapssjefen i Aust-Agder har mykje og relevant erfaring med å leggje opp til gode prosessar i kommunane for å utvikle beredskapen.

5.2.3 Dokumentgjennomgang

Gjennomgang av dokument frå dei utvalde kommunane, sentrale lover, forskrifter, utgreiingar og undersøkingar er ei av dei viktigaste skriftelge kjeldene for studien. Mesteparten av desse dokumenta er tilgjengelge på nettsidene til kommunane og andre offentlege nettstader, og dei som ikkje er det har eg fått tilsendt pr e-post eller i posten.

Med utgangspunkt i problemstillinga, hadde eg ei oppfatning av kva som var målet med denne studien. Dermed er det fort gjort at dokumentgjennomgangen blir prega av ei førforståing av kva desse dokumenta vil innehalde eller ikkje innehalde. Likevel har eg etter beste evne lest dokumenta slik at eg innleiingsvis har vore oppteken av å få ei rask oversikt over innhaldet i dokumentet. Deretter har eg gått grundigare til verks og lest fleire gonger. Målet med gjennomgang nummer to og tre er å få betre forståing i kva dokumenta eigentleg tek opp. Dette har gitt innsikt i kva kommunane ser på som adekvate beredskapsførebuingar og -tiltak i helse- og sosialtenestene. Samstundes får eg eit innblikk i korleis kommunane oppfattar og "svarar" på krav i lov og forskrift på dette feltet.

Dette gjev viktig informasjon om utfordringar knytt til å utvikle/sikre god kvalitet både på beredskapsplanverket og beredskapsførebuingane i kommunane. I tillegg har dette gitt verdifull informasjon om kva Helsedirektoratet og andre styresmakter bør fokusere på når det skal setje inn ulike tiltak for å hjelpe kommunane. Eg må samstundes vere audmjuk for at dei kommunale forfattarane bak dokumenta ikkje nødvendigvis har som ei av sine hovudarbeidsoppgåver å skrive plandokument eller risiko- og sårbaranalyser, eller har helse- og sosialberedskap som primærarbeidsoppgåver heller. Det treng imidlertid ikkje bety at dokumenta har feil eller manglar av den grunn, med det kan vere grunn til å tru at dette kan kome til å prege innhaldet. Det er likevel ikkje til å stikke under ein stol at det er forskjellar

mellom kommunane i utvalet. Der kommunane har større administrative ressursar eller har ein sentralt plassert beredskapskoordinator, så ber planverket positivt preg av det.

Eg trudde eg var rimeleg godt kjent med innhaldet i sentrale lover, forskrifter og utgreiingar før eg gjekk i gong med studien. Undervegs oppdaga eg likevel at eg fleire gonger måtte nytte same tilnærning ved lesing av dei offentlege dokumenta som når eg las dei kommunale. Dette har både utdjupa forståinga og auka kunnskapen min om kva som ligg av tankar og vurderingar bak det nasjonale helse- og sosialberedskapsarbeidet.

5.3 Metodiske utfordringar

5.3.1 Kunnskap - vurdering av datagrunnlaget i studien

Kvalitative undersøkingar som den eg har gjort her kan identifisere relevante problemstillingar. I følgje Yin (1994) kan kvalitative caseundersøkingar by på problem fordi metoden er så lite formalisert som undersøkingsform. Usikkerheit i analysen knyter seg likevel til kunnskap. Dette både fordi eg har valt å intervjuet et avgrensa tal på informantar og fordi framtida er usikker. Dei funn og konklusjonar eg har fått ut av materialet kan berre seie noko om dei erfaringane som er gjort knytt til beredskapsarbeid i dei kommunane som er omfatta av studien. Materialet gjev ikkje grunnlag for omfattande generalisering om erfaringar i andre kommunar. Det kan likevel grunn til å tru at studien peikar på fleire sentrale utfordringar når det gjeld beredskapsarbeidet i helse- og sosialtenestene og erfaringar som er gjort i kommunane dei siste ti åra. I vurderinga av om ein studie faktisk svarer på problemstillinga på ein dekkjande måte, står omgrepa validitet og reliabilitet sentralt.

Validitet eller gyldigheit i ei undersøking vil seie at ein faktisk studerer det fenomenet ein ynskjer å studere og som er i samsvar med problemstillinga. Det må vere samsvar mellom teoretisk definisjon av fenomenet og korleis definisjonen blir operasjonalisert. Dette vil vere styrande for datainnsamlinga. Validitet handlar altså om at forskaren gjennom problemstilling, forskingsstrategi og metode klarer å lage eit opplegg som gjer at ein klarer å studere det fenomenet ein ynskjer å sjå nærare på. Den interne gyldigheita seier noko om dei data eg har samla inn og dei konklusjonane eg har kome fram til, er rett eller gyldige (Jacobsen, 2005). Det kan vere utfordringar knytt til validiteten i ei undersøking, til dømes knytt til om vi har fått dei rette kjeldene, og om dei har gjeve sann informasjon (ibid). Validitet er ei skjønsmessig vurdering, og ved bruk av informantar, ressurspersonar og fleire

og ulike datakjelder kan ein sikre at validiteten blir ivareteken. Ved å bruke fleire og ulike kjelder for studien, vil ein kunne halde ulike opplysingar og data opp mot kvarandre, og raskt avdekkje eventuelle inkonsistens eller hòl i informasjonen.

Reliabilitet viser til graden av pålitelegheit og nøyaktigheit i forskingsprosessen, det er ikkje nok at undersøkinga er gyldig i den forstand at ho svarer på det ein spør om. Idealet er at studien skal vere moglege å replisere, det vil seie at andre skal kunne gjere same prosessen og studien og få same svar. For å få dette til må forskaren vere grundig med å dokumentere prosedyrar og data (Yin, 1994). Eg har ikkje nytta bandopptakar under intervjuet noko som ofte blir framheva som ein god måte (Langhelle, 2008), men eg tok notat undervegs i intervjuet og reinskreiv dei med ein gong etter at intervjuet var halde.

Eg har handsama og tolka opplysningar og fråsegner etter beste skjønn, og ikkje brukt direkte sitat frå nokon av informantane som kan identifisere dei. Eg har ingen garantiar for at alle informantane har vore sannferdige eller har ”pynta” på situasjonen (Langhelle 2008), men eg har heller ikkje dokumentasjon for det motsette. Oversikt over informantane mine ligg i vedlegget. Likevel kan mangel på dokumentasjon av intervjuet vere ei svakheit ved vurdering av reliabiliteten i studien.

Dei skriftlege kjeldene som ligg til grunn for studien er sitert og vist til så korrekt som mogleg. Eg har berre brukt opne skriftlege kjelder som er tilgjengelege for alle, blant anna bibliotek, internettsider og offentlege dokument som eg har fått tilsendt etter førespurnad. Det skulle difor vere fullt mogleg for andre å gjenta denne studien ved eit seinare høve.

Eg har ikkje arbeidd i nokon av dei kommunane som er med i studien, og eg har ikkje tidlegare vore i kontakt med nokon av informantane. Over for informantane har eg vore open på at eg, i tillegg til å vere masterstudent ved UiS, også arbeider med beredskap i Helsedirektoratet. Ingen av informantane har gjeve uttrykk for at dette har vore negativt. I staden opplevde eg at nokre av informantane syntes det var greitt å få ”lufta” litt frustrasjon med sentrale styresmakter og deira innsats på beredskapsfeltet. Det vart og uttrykt positiv haldning til at nokon no ser på innhald og kvalitet i beredskapsarbeidet, og ikkje berre tel kor mange planar eller risiko- og sårbaranalysar som er laga.

Tematisk sett kan det seiast at studien er ei type arbeidsoppgåve som direktoratet bør og skal drive med, som ein del av direktoratet sine ”følgje-med”-oppgåver. Sjølv om direktoratet har ei direkte interesse i at eg skriv om dette emnet, har ikkje eg opplevd at mi stilling/posisjon som tilsett i Helsedirektoratet har sperra for et ærlig forsøk på en mest mulig balansert framstilling av temaet kvalitet knytt til helse- og sosialberedskap. Eg har ikkje opplevd at Helsedirektoratet har lagt føringar eller avgrensa meg i å skrive om emnet slik eg har oppfatta det, direktoratet sine handlingar eller resultatet i kommunane sjølv om det skulle vise seg å innebære omtale av ikkje berre rosande karakter.

5.3.2 Intervju som datakjelde

Dei personlege intervjua er viktige som datakjelder for studien. Dei er gjort med personar i kommunane som er sentralt plassert i forhold til helse- og sosialberedskap spesielt og anna kommunalt beredskapsarbeid generelt, både som leiarar med beredskapsansvar og som koordinatorar for beredskapsarbeidet i stort i kommunen. Mine informantar har data og informasjon som ikkje er tilgjengeleg i skriftlege kjelder, og bidreg difor med faktaopplysningar som står på eigne bein. I tillegg kan informantane tilby supplement og fordjuping av det skriftlege materialet som er samla inn.

Bruk av telefonintervju kan kritisierast fordi det er ei alminneleg oppfatning at intervju med personleg oppmøte er den beste måten å gjennomføre intervju på (Jacobsen, 2005). Då kan den erfarne forskar fange opp tilleggsopplysningar gjennom kroppsspråk og annan ikkje-verbal kommunikasjon. Telefonintervju gjev ikkje slik informasjon. Samstundes kan det argumenterast med at ved bruk av telefonintervju vil graden av intervju effekt (Hawthorne-effekten) vere mindre enn det som kan vere tilfelle ved personlege intervju (ibid.) fordi det kan oppfattast som mindre personleg og nært.

5.3.3 Eigen status versus undersøkt objekt

I kapittel 1 har eg gjort greie for problemstillinga, mine motiv og målsettingar med studien. Utfordringar ved studiar av sosiale system der forskaren har lokale statusar, reiser prinsipielt viktige og gjennomgåande spørsmål (Aase og Fossåskaret, 2007). Forfattarane drøftar òg kravet til forskarens ”ikkje-viten” om det tema eller sosiale system det blir forska på. Forfattarane viser her til at den kunnskap forskaren har i kraft av sine lokale statusar er ei

subjektiv før-forståing som sperrar for balansert innsikt som den vitenskapleg skolerte observatør utanfrå kan bygge opp. Frå motsatt innfallsvinkel kan ein seie at ein ikkje finn den forskaren som er heilt utan før-forståing for det system (samfunn) ho skal studere. Ikkje-viten er ein uaktuell posisjon og ingen kan fri seg frå kontekstuelle rammer (ibid.).

Dette er forhold som har vore svært viktig å vere merksam på, jf kapittel 5.3.1. På grunn av arbeidet mitt har eg heilt klart hatt ei før-forståing av helse- og sosialberedskap i kommunane og kvaliteten på planverket. Det har vore ein fordel med kjennskap til oppbygging av og oppgåvefordeling i helse- og sosialsektoren som system generelt, og på beredskapssida spesielt. Dette har nok hjelpt meg slik at eg kanskje har hatt enklare tilgang til dokumentasjon og personar som kan gi meg opplysningar om hendingar eg studerer enn det andre ville ha hatt. Arbeidet mitt medfører og at eg kanskje har betre innsikt i kva nasjonale styresmakter arbeider med på dette feltet, og kva forventningar som blir retta mot kommunenivået innan helse- og sosialberedskap. Det kan likevel ikkje skjulast at det er arbeidet mitt med helse- og sosialberedskap som er bakgrunn for val av tema for studien. Eg har brukt nokre kollegaer som ressurspersonar og samtalepartnarar fordi dei har erfaring frå arbeid med kvalitet og beredskap i privat sektor, samt har vore med i prosessar rundt å utvikle nasjonale standardar for kvalitetsindikatorar i helse- og sosialtenestene. Eg har likevel unngått å involvere for mange personar i direktoratet som kan kome til å få oppgåver i samband med eventuell oppfølging av konklusjonar og tilrådingar i denne studien. Dette er gjort for at både dei og leiinga skal kunne stå fritt til å handtere oppfølginga slik dei finn det best.

5.4 Hypotesar

Hypotesar er utsegner om eller forklaringar på fenomen eller samanhengar som ikkje har vore gjenstand for vitenskapleg uttesting i særleg grad. Dersom ei hypotese har blitt testa fleire gonger utan at testane har resultert i at hypotesen kunne falsifiserast/motbevisast, blir den ofte omtala som ein teori. Ved hjelp av hypotesar kan ein forskar håpe på å avsløre samanhengar, til dømes naturlover, om verkelegheita (Wikipedia, 2009).

Studien har fire hypotesar om beredskapsarbeidet i kommunane, med vekt på helse- og sosialberedskapen. Dei er utforma med utgangspunkt i formalkrav blant anna frå beredskapsforskrifta. Kriteria for vurdering av til hypotesane (kulepunkta) har vore viktige i

utforming av intervjuguiden fordi eg gjennom datainnsamlinga håpar å kunne seie noko meir kvalifisert om hypotesane kan falsifiserast eller ikkje.

Kriteria for vurdering av hypotesane er formulert som negasjonar. Det inneber at dersom resultatane viser at kriteria eller påstandane er sanne/ikkje feilaktige, så kan hypotesen forkastast.

Hypotese nr 1: Øvingar blir lagt til grunn for justering av beredskapen i kommunane

- Øvingserfaringar blir i liten grad brukt i utvikling av planverket
- Øvingsaktiviteten i kommunane er relativt lav og oftast etter eksternt initiativ.
- Dei fleste øvingane har ekstern arrangør (fylkesmann eller DSB).
- Øvingsscenario blir ofte bestemt av ekstern øvingsarrangør og er sjeldan forankra i rosa-analyse til kommunen.
- Erfaringar frå reelle hendingar blir i liten grad evaluert og har liten innverknad på vidareutvikling av beredskapsnivået.

Hypotese nr 2: Risiko- og sårbaranalysar er grunnlaget for beredskapsplanane

- Risiko- og sårbaranalysane blir ikkje oppdatert og vedlikehelde når det skjer endringar i omgjevnadar, i kommuneorganisasjonen eller den enkelte verksemd
- Utarbeiding av risiko- og sårbaranalysar er ikkje integrert som en del av grunnlaget for daglig drift. De blir oppfatta som noko som kjem i tillegg og som ekstraarbeid.
- Kompetansen på korleis ein lager og, ikkje minst brukar, ei risiko- og sårbaranalyse er mangelfull.

Hypotese nr 3: Helse- og sosialberedskapen er integrert i kommunen sitt samla beredskapsplanverk, i dagleg drift og andre etatar

- Helse- og sosialberedskap blir oppfatta hovudsaklege å vere av medisinsk karakter, og relatert til ambulansetenesta.
- Helse- og sosialberedskap blir oppfatta å vere eit særleg medisinsk - fagleg ansvar for kommunelegen/helse- og sosialsjefen
- Helseberedskap blir ivareteke av spesialisthelsetenesta

Hypotese nr 4: Rettleiarar og anna informasjonsmateriell frå styresmaktene er viktige hjelpemiddel når kommunane skal lage risiko- og sårbaranalysar og beredskapsplanar

- Mange kommunar strevar med å lage gode beredskapsplanar og risiko- og sårbaranalysar
- Rettleiingsmateriellet blir oppfatta å vere vanskeleg tilgjengeleg og omfattande.
- Kommunane manglar kompetanse, personell og ressursar til å prioritere å arbeide med beredskapsplanverk, risiko- og sårbaranalysar.
- Rettleiingsmateriellet er ikkje tilpassa kommunar med små administrative ressursar. Det blir stilt same krav til alle kommunar, enten det er Oslo eller Utsira, sjølv om behovet ikkje er det same.

6 Resultat

I dette kapitlet vil det bli gjeve ein kort presentasjon av kommunane Ringsaker, Gjerstad, Tromsø, Ski og Stavanger som er studieobjekta. I tillegg blir Kommuneundersøkinga 2008, Beredkapsprisen, Nordlandsprosjektet 2006 omtala, og resultata frå intervjuundersøking blir lagt fram. Empiriske funn blir drøfta opp mot dei teoretiske perspektiva som ligg til grunn for studien i dette kapitlet, fordi det gjev ei meir heilskapleg og samla framstilling. Strukturen i drøftinga er elles bygd opp på same måten som teorikapitlet.

Beredkapsprisen kan vere ein faktor som kan gje grunn til å tru at dei kommunane som har fått prisen er godt over gjennomsnittet på beredskap og at det difor kan vere gode grunnar til å lære av desse kommunane sine erfaringar.

6.1 Kommunepresentasjon

Ringsaker kommune hadde i 2008 ca 32 000 innbyggjarar, og er dermed den største kommunen i Hedmark, og har eit samla areal på 1 280 km². Ringsaker er den største jordbrukskommune i landet, men også stor i industrisamanheng (næringsmiddelindustri og trebearbeiding). Dei fekk Beredkapsprisen i 2001.

Tromsø kommune fekk prisen i 2003. Tromsø er den største byen i Norden nord for Polarsirkelen, og har verdens nordlegaste universitet. Byen lever av undervisning, forskning, administrasjon, fiskeeksport og satellitt-teknologi. Til saman har kommunen 66 000 innbyggjarar, der over 50 000 bor i sjølve byen. Kommunen dekkjer eit areal på 2 558 km².

Gjerstad kommune ligg heilt aust i Aust-Agder, på grensa til Telemark, og med eit folketal på ca 2.500 og dekkjer et areal på 323 km². Skogbruk er ei stor næring i kommunen, i tillegg arbeider folk i småindustri, service, transport og jordbruk. Mesteparten av busetnaden og jordbruksarealet ligg rundt Gjerstadvassdraget, Gjerstad kommune fekk Beredkapsprisen i 2004.

Ski kommune ligg i Akershus fylke ca 2,5 mil søraust for Oslo og dekkjer eit areal på 165,5 km². Hovudnæringane er handel og industri, i tillegg til offentleg service. Innbyggartalet er

på ca 27 000. Kommunen har vore sertifisert som Trygge lokalsamfunn sidan 2002 og fekk Beredkapsprisen i 2005.

Stavanger kommune ligg i Rogaland fylke ved Boknafjorden, og har eit innbyggartal på rundt 117 000. Stavanger kommune og byen Stavanger ligg i sentrum av eit større bu- og arbeidsområde ofte omtalt som Stavanger regionen eller Nord-Jæren. Stavanger er Noregs fjerde største by, tredje største byregion, europeisk oljehovudstad, europeisk kulturhovudstad i 2008 og universitetsby. Kommunen fekk Beredkapsprisen for 2007.

6.2 Samfunnstryggleiks- og beredkapsprisen

Direktoratet for samfunnstryggleik og beredskap etablerte Beredkapsprisen i 1999. Etter nokre år blei namnet omgjort til Samfunnstryggleiks- og beredkapsprisen. Prisen skal gå til ein kommune som kan framstå som ein føregangskommune på beredkapsarbeid i sitt fylke. Det er fylkesmennene som nominerer ein kommune i eige fylke. Avgjerda om tildeling blir gjort av ein ekstern og uavhengig jury samansett av representantar frå ulike nasjonale instansar, som Helsedirektoratet, DSB og Kommunenes Sentralforbund. Fylkesmennene må grunngje nominasjonen, og i invitasjonsbrevet frå DSB (2008) blir desse kriteria nemnt som relevante å leggje vekt på:

- Kommunen har utarbeidd gode beredskapstiltak og arbeidet med samfunnstryggleik og beredskap er prioritert og godt integrert i ordinær verksemd.
- Forankring av beredkapsarbeidet i leiinga med synleggjering og prioritering i dei viktigaste kommunale styringsdokumenta, og oppdaterte risiko- og sårbaranalysar som fungerer som grunnlag for førebyggjande sikringstiltak og beredkapsplanlegging.
- Plan for kriseleiing er samordna med anna kriseplanverk, og det er rutinar for ajourføring og testing av planen, systematisk arbeid med kompetanseheving og regelmessige øvingar.
- Delplanar innan brann-, informasjons-, vassforsyningsberedskap og akuttforureining, helse –og sosialberedskap, eigen smittevernplan og plan for psykososial støttetjeneste bygd på risiko- og sårbaranalysar er samordna med andre beredkapsplanar i kommunen.
- Aktiv bruk av geografiske informasjonssystem (GIS), aktivt arbeid med IT-tryggleik og gode resultat ved tilsynsbesøk frå fylkesmannen.

Kriteria har stort sett vore dei same sidan 1999, med nokre få unntak. Til grunn for studien ligg ein fyldig dokumentasjon som viser fylkesmennene si grunngeving for å nominere kommunane. Fylkesmennene går detaljert til verks for å dokumentere og synleggjere kva aktivitetar og tiltak kommunane har gjennomført eller planlegg å gjennomføre og på den måten oppfylle kriteria for å få Beredskapsprisen. Blant anna legg fleire av dei arbeid i å dokumentere positive og ”gode” haldningar til beredskapsarbeidet. Kvart år er det nokre fylkesmenn som ikkje nominerar/ikkje svarar. Dei som svarar, men ikkje nominerar nokon, seier til dømes at ingen kommunar skil seg ut, at dei ikkje vil nominere same kommune fleire år på rad, eller at dei ikkje vil falle for freistinga å ”skryte” på seg prisen.

6.3 Kommuneundersøkinga 2008

Sidan 2002 har DSB gjennomført ei årleg undersøking om status for samfunnstryggleik og beredskap i kommunane. I 2008 var svarprosenten på 85, (366 kommunar av 430 deltok), og rapporten kom ut i mars 2009. Formålet med undersøkinga er å få oversikt over beredskapsstatus for å prioritere og tilpasse bistand frå DSB og fylkesmennene til kommunane. Undersøkinga i 2008 omfatta ni tema: risiko- og sårbaranalyser, krise- og beredskapsplan, informasjonsberedskap, øvingar, handtering av uønska hendingar, tilsyn frå fylkesmannen, elektrisitetsforsyning, handtering av farlege stoff og brannvern. I dei to siste åra har det vore mogleg for andre enn kommunane sjølve å få utlevert svara på detaljnivå. Dette gjorde det mogleg å kunne gå nærare inn i dei kommunevise svara og samanhalde det med empirien i denne studien.

Undersøkinga må kunne seiast først og fremst å vere ei kvantitativ undersøking, som spør etter førekomst av ein plan, ros-analyser på ulike område, om det er gjennomført øvingar osv. I dei sju åra undersøkinga har vore gjennomført, har dei fleste spørsmåla vore dei same. Det blir i mindre grad spurt om sjølve innhaldet i og prosessen fram til dei dokument og øvingar overordna styresmakter forventar kommunane skal ha.

Rapporten drøftar validitet og reliabilitet i undersøking, særleg knytt til svarprosent og kven som har fylt ut spørjeskjemaet. Rapporten konkluderer med at undersøkinga gjev eit representativt uttrykk for beredskapsstatus i norske kommunar. Det har ikkje kome fram indikasjonar på at litt lågare svarprosent har samanheng med redusert status på beredskapsarbeidet. Ein annan indikasjon kan vere at resultatata ikkje viser nokon unormale

avvik eller endringar i forhold til tidlegare år. Dei endringane som undersøkinga fangar opp, synes vere initiert av reelle endringar i arbeidet i kommunane. Fire av fem kommunar i materialet i denne studien har svart at dei har plan for helse- og sosialberedskap og smittevernplan og at fire av fem har risiko- og sårbaranalysar på helse- og sosialberedskapsfeltet. Ei av kommunane i studien har berre delvis svart på Kommuneundersøkinga 2008, noko som skuldast nyttilsetjing i stillinga som beredskapskoordinator og dermed redusert kjennskap til beredskapsarbeidet i helse- og sosialtenestene. I intervjuet med informanten kom det fram at dei likevel har både helse- og sosialberedskapsplan, smittevernplan og risiko- og sårbaranalysar, men at desse er utdaterte og er under revisjon. Desse blei likevel gjort tilgjengeleg for denne studien.

6.4 "Nordlandsprosjektet"

Nordlandsprosjektet er eit utviklingsprosjekt mellom DSB og Fylkesmannen i Nordland som starta i 2004. Tanken bak prosjektet var dels å utarbeide ein metodikk for formidling av informasjon til kommunane, dels å bidra til større merksemd om oppgåver og utfordringar, samt stimulere til konkrete utviklingsprosjekt (Prosjektrapport, 2006). I samband med den metodiske tilnærminga til rapporten blei det drøfta ulike kriterium for god kommunal beredskap, og det er dette som gjer prosjektet interessant i samband med denne studien.

6.4.1 Trappemodellen

Innleiingsvis tok Nordlandsprosjektet utgangspunkt i følgjande problemstillingar:

- Korleis ligg kommunane i Nordland an i forhold til andre kommunar i landet/landsgjennomsnittet?
- Kva forskjellar fins mellom kommunane internt i Nordland fylke?
- Kva synes vere dei viktigaste utfordringane?

Omtale av status og utfordringar for kommunane tok utgangspunkt i ein trappemodell der det blei berekna kor mange kommunar som tilfredsstilte ulike kvalitetskriterium. Eit anna namn for trappemodellen kan vere "modningstrapp". Trappemodellen bygg på tre føresetnader:

- 1) Eit avgrensa og handterbart tal på kriterium (10 – 20) for å kunne seie noko om omfang og kvalitet på det kommunale beredskapsarbeidet.
- 2) Utvalde kriterium skal prioriterast i stigande rekkefølge, slik at dei første trinna viser kva som må vere på plass aller først, mellomtrinnet skal fange opp kommunar som har kome litt lenger, medan dei siste trinna skal fange opp dei som arbeider mest integrert og systematisk med beredskap og samfunnstryggleik.
- 3) Kriteria er summative, dvs at ein må tilfredsstille kriterium både på trinn 1 og 2 for å bli plassert på trinn 3, osv. Kommunane på det høgste trinnet skulle dermed tilfredsstille alle brukte kriterium.

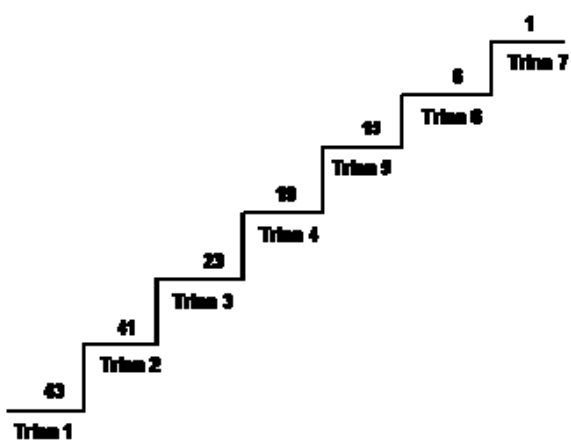
Val og prioritering av kriterium for god beredskap reiser mange spørsmål om kva som kan sjåast på som god beredskap. Til grunn for dei val som er gjort for trappemodellen i Nordlandsprosjektet, ligg dels statlege krav og forventningar til kommunane, dels faglege normer for god beredskap (normativt perspektiv). Desse vala er gjort av prosjektkonsulenten på basis av Kommuneundersøkinga 2004 og i diskusjon med prosjektgruppa, og er ikkje uttrykk for DSB eller Fylkesmannen si offisielle oppfatning. Tabell 2 viser trappemodellen med 11 kriterium og sju trinn, kriteria er summative (Prosjektrapport, 2006).

Nr	Kriterium	Trinn						
		1	2	3	4	5	6	7
1	Har plan for kriseleiing	X	X	X	X	X	X	X
2	Har informasjonsplan som kan nyttast ved kriser		X	X	X	X	X	X
3	Har gjennomført ROS siste 4 år			X	X	X	X	X
4	Har gjennomført øving siste 4 år				X	X	X	X
5	Har skriftleg beredskapsplan for helse- og sosial					X	X	X
6	Har skriftleg smittevernplan					X	X	X
7	Har plan for psykososial omsorg (kriseteam)					X	X	X
8	Har skriftleg beredskapsplan for særskilte brannobjekt						X	X
9	Har skriftleg beredskapsplan for vann og avløp						X	X
10	Har skriftleg beredskapsplan for straumutfall i kommunen						X	X
11	Har sett i verk førebyggjande tiltak etter ROS ved rullering av kommuneplan eller reguleringsplan							X

Tabell 2 : Justert Trappemodell med kriterium for kommunane i Nordland 2004

Dei fire regionråda i Nordland drøfta forslag til kriterium og kva trinn i modningstrappa dei ulike kriteria skulle gjerast gjeldande for. Dette medførte endringar i talet på kriterium, rekkefølga og talet på trinn i trappa. Fleire ordførarar og rådmenn syntes ikkje det var nokon god idé at kriteria var summative fordi det totalet biletet då blei sjåande relativt mørkt ut – noko som kunne virke stigmatiserande. Ein burde heller vise kor mange kommunar i regionen/fylket som oppfylde kvart einskild kriterium.

Figur 3 viser kor mange av kommunane i Nordland som oppfyller dei ulike kriteria som er valt som indikatorar for god kvalitet i beredskapsarbeidet i dette prosjektet. Desse to måtane



Figur 3: Talet på kommunar som oppfyller dei ulike kriteria i trappemodellen i Nordland 2004

å presentere resultatane på, gjev ulik og supplerande informasjon til lesaren. Det kan vere like viktig å få informasjon om både kva kriterium dei faktisk oppfyller som kor mange av kommunane som oppfyller dei ulike kriteria. I samband med prosjektet kom det også fram at det er fleire store utfordringar og erfaringar knytt til det kommunale beredskapsarbeidet:

- Ein trappemodell kan vere ein god idé, men DSB må engasjere seg aktivt for å utvikle kriterium som kan brukast.
- Stort behov for nærare dialog mellom staten og kommunane om beredskap og samfunnstryggleik.
- Betre samordning av statlege krav, og betre samordning mellom regionale statsetatar.
- Tydelegare signal på kva som er lovpålagt og kva som er statlege forventningar til det som ikkje er lovpålagt.
- Må ha ein prinsipiell diskusjon om kva som er legitime og realistiske statlege krav til kommunane på beredskapsområdet, inkludert kva framtidige modellar og løysingar som kan vere aktuelle for å sikre kompetanse og kvalitet på arbeidet.
- Kommunane er folkevalte og sjølvstyrte generalistar, med ulike behov og ressursar. Må fastlegge korleis statleg styring skal leggjast opp, og i kva grad det skal gjerast bruk av differensierte verkemidlar overfor kommunane med ulike føresetnader.

- Auka merksemd på ulike regionale fellesskapsløysingar, både som utviklingsprosjekt og praktisk gjennomføring.
- Metodikken for risiko- og sårbaranalysar og rettleiing må utviklast.
- Fylkesmennene og DSB må bidra aktivt til gjennomføring av øvingar, og satse meir på motivasjon og tiltak for å auke kommunal merksemd på beredskapsfeltet.

Trappemodellen med kriterium kan kanskje sjåast mest som eit nytt pedagogisk grep for å presentere resultata frå Kommuneundersøkinga 2004. Prosjektrapporten er likevel den einaste empiriske skriftlege kjelda som er funne i arbeidet med denne studien som trekkjer inn dei kvalitative sidene ved samfunnstryggleiks- og beredskapsarbeidet i norske kommunar. Dette gjev rapporten ein meirverdi fordi det her blir gjort ei kopling mellom førekomst av eit fenomen som plan, analyse, øving og kvaliteten på beredskapen. Det er også verdt å merkje seg at dei sju første trinna inneheld kriterium av særleg relevans for helse- og sosialberedskap. Desse trinna omfattar førekomst av planar og analyser som er nedfelt som skal-krav i helseberedskapslova og beredskapsforskrifta.

Når omgrep som god kvalitet blir nytta i samanheng med Nordlandsprosjektet, kan det kanskje tyde på ei oppfatning av (og semje om?) at kommunar som ikkje oppfyller dei kriteria som er lista opp i prosjektrapporten kan ha dårlegare kvalitet på beredskapsarbeidet enn dei som oppfyller kriteria. Rapporten blir i denne studien tolka slik at det viktigaste er at dei funksjonelle beredskapskrava må vere oppfylt innleiingsvis (som plattform) før ein går djupare inn i sjølve innhaldet ved beredskapen. Dermed står det att å operasjonalisere kva innhaldskravet som kan tilføre betre kvalitet og kunnskap om hendingar og situasjonar som kommunane faktisk er førebudd på å førebyggje eller handtere. I tillegg bør det leggjast opp til ein breiare og meir omfattande prosess knytt til diskusjon og val av kriterium for kvalitativ god beredskap.

Ei anna oppfatning som har festa seg etter å ha lese prosjektrapporten, er at det framleis synes å vere eit stort og udekka kompetansebehov i kommunane innan samfunnstryggleik og beredskap. Kompetansebehovet er ikkje berre knytt til kunnskap om kva som er krav i lov og forskrift, men også meir i retning av kva beredskap, risiko og risikopersepsjon faktisk går ut på. Til grunn for tolkinga blir det lagt vekt på etterlysing av støtte og rettleiing frå overordna styresmakter til å lage ros-analysar, hjelp til å kome i gong med arbeidet, kva situasjonar skal kommunane planlegge for, fellesskapsløysingar, stort behov for dialog mellom kommunane

og staten, osv (Prosjektrapport, 2006). Utan å generalisere resultatene frå Nordlandsprosjektet for mykje, kan det seiast at trappemodellen som pedagogisk grep kan vere ei interessant tilnærming for å presentere kvaliteten i kommunal beredskap, men sjølve innhaldet (kvaliteten) i beredskapsarbeidet må vidareutviklast og detaljerast.

6.5 Risiko- og sårbaranalysar

Kravet til kommunane om å gjennomføre ei risiko- og sårbaranalyse som grunnlag for helse- og sosialberedskapen er eintydig, jf kapittel 3.4.4. Målsetjinga med å spørje informantane om risiko- og sårbaranalysar var å få eit inntrykk av kommunane sine haldningar til kravet om risiko- og sårbaranalysar i helse- og sosialtenestene. I tillegg var det eit ynskje om å sjå nærare på om og i kva grad risiko- og sårbaranalysane har innverknad på innhaldet i helse- og sosialberedskapen samt blir brukt som grunnlag for vidareutvikling av beredskapsplanverket.

6.5.1 Haldningar til risiko- og sårbaranalysar

Ut frå formålsparagrafen i helseberedskapslova er målsetjinga at helse- og sosialtenestene skal vere best mulig tilpassa dei oppgåvene tenestene kan stå overfor i framtida om situasjonen blir ekstraordinær. Kommuneundersøkinga 2008 viser at ca 60 % av alle kommunane har utarbeidd risiko- og sårbaranalyse for helse- og sosialtenestene i løpet av dei siste fire åra. Status for kommunane i studien er at 4 av 5 opplyser at dei har lagt har risiko- og sårbaranalysar til grunn for helse- og sosialberedskapen. Den femte kommunen har ikkje svart på spørsmålet i undersøkinga, men informanten opplyser at dette kan ha samband med skifte av personell i beredskapskoordinatorstillinga, og gammal analyse.

Forbetringspunkt

Kommuneundersøkinga 2008 viser også at det kan vere andre generelle svake punkt innan helse- og sosialberedskap som til dømes ikkje oppdaterte risiko- og sårbaranalysar, analysane er ikkje samordna med det kommunale beredskapsplanverket elles, og at det manglar ressursar og kompetanse. Informantane opplyser at dette i nokon grad er status i deira kommunar også, særleg synes samordning med det kommunale beredskapsplanverket elles vere eit svakt punkt. Dei fire av kommunane i denne studien som svarte at dei har risiko- og sårbaranalysar innan helse og sosial, svarer at dei er utarbeidd i perioden 2005-2008, eller er i ferd med å få analysane på plass. Her kan det tilsynelatande vere ein diskrepans mellom svara

i Kommuneundersøkinga 2008 og det informantane har opplyst i intervju. Informantane er ikkje blitt spurt om årsaka til dette, men noko av forklaringa kan vere at denne studien har andre informantar enn dei som har svart på undersøkinga eller at analysane er blitt ferdige etter at innsamlingsperioden for Kommuneundersøkinga 2008 var avslutta.

Samstundes viser materialet at kommunane arbeider med meir enn ei analyse. Stavanger kommune opplyser i intervju at dei i løpet av eitt år gjer svært mange små og store analysar på ulike områder og nivå i kommuneorganisasjonen, og omfattar meir enn berre analysar på helse- og sosialberedskapsfeltet. Dokumentgjennomgang og intervju med Tromsø kommune viser at dei har ca ti ferdige analysar, med direkte relevans for helse- og sosialtenestene. I trappemodellen er risiko- og sårbaranalysane sett opp allereie på trinn 3, noko som kan vere ein indikator for kor grunnleggande ein oppfattar at kravet til slike analysar er. Den informasjonen informantane har gitt til denne studien, viser at eit ja i Kommuneundersøkinga kan bety fleire ting, og dermed ikkje kan tolkast eintydig.

I materialet er det i alle fall ei av kommunane som ser utarbeiding av risiko- og sårbaranalysar som ei plikt og ekstraarbeid som må utførast berre for å fylle lovpålagte krav og vedkomande informant synes ha eit statisk risikobilete. Informanten ga tydeleg uttrykk for at nasjonale styresmakter må stille heilt konkrete krav til kva hendingar og situasjonar kommunane skal planlegge for, elles blir det ”ikkje praktisk nok” å handtere beredskapsarbeidet i ein travel kvardag. På bakgrunn av krav frå styresmaktene kan då kommunane utarbeide dei praktiske prosedyrane for å handtere situasjonen når ei uønska hendinga har skjedd. Difor uttrykte informanten usikkerheit om nytten av risiko- og sårbaranalysar i det heile, og gav uttrykk for at analysane har liten eller ingen verdi i samband med utvikling av dagleg drift i helse- og sosialtenestene.

Andre informantar uttrykkjer stor forståing og støttar kravet om risiko- og sårbaranalysar som grunnlag for helse- og sosialberedskapsplan. Dei framhevar at analysane er viktig slik at ein finn ut ”kvar ein står” når det gjeld framtidig risikosituasjonar tenestene må vere budd på å handtere. Dei gav også uttrykk for forståing for at det er dei sjølve som må lage analysane blant anna fordi kommunane sitt risikobilete er ulikt rundt om i landet. Likevel kom det fram enkelte synspunkt på at dei synes det er vanskeleg å gå rundt ”å tru det verste” heile tida.

Tema i analysane

Drøftinga i kapittel 2.1 framhevar at risiko- og sårbaranalysar kan oppfattast og brukast på fleire måtar, og mi tilnærming til slike analysar er i tråd med Aven (2006), Klinke og Renn (2006). Målsettinga med å lage risiko- og sårbaranalysar er dei skal bidra til å framskaffe opplysningar og skildre eit mogleg framtidige risikobilete. For at analysane skal fungere slik, må dei utarbeidast på ein måte og med ei tilnærming som gjer at analytikaren får med seg relevante problemstillingar knytt til framtidig risiko som vil vere viktig for helse- og sosialtenestene å vite noko om. Analysane bør både ha eit internt og eksternt perspektiv, og må tilby noko meir enn daglegdagse risikofylte verksemdsinterne situasjonar som allereie bør vere kjent og godt dokumentert frå før, til dømes straumbrot og bortfall av telefon.

Innbyggjarane har ei innebygd forventning om at politiske og administrative leiarar og organ har eit særskilt ansvar for å redusere og mildne konsekvensane av ei uønska hending. Det synes vere ei generell oppfatning i samfunnet om at beredskap er noko ein berre skal ha orden på. Beredskapsforskrifta er også klar på dette området, dvs at kommunane er forventa å ha ein beredskap som både tek utgangspunkt i dagleg drift og i det som skjer i verda utanfor verksemdene.

I følgje informantane tek analysane opp tema som til dømes: ulike ulykkesscenario, brann i institusjon og evakuering, bortfall av straum eller tele/it, vold og truslar, reaktorulykke, vassboren smitte, influensapandemi, forsyningssvikt av legemidlar og utstyr, streik, store trafikkulykker, kjemikalieulykker m. v.

DSB-rettleiaren (1994) brukar ein definisjon på risiko der risiko blir sett på som ein funksjon av sannsynlegheit og konsekvensar, og er i samsvar med det klassiske risikoperspektivet. Dette kan vere noko av årsaka til at nokre av kommunane i studien synes å ha ei meir statisk tilnærming til korleis ein bør og kan arbeide med problemstillingar knytt til framtidig risiko enn det som følgjer av teoribidraga til studien. Omsynet til kva folk flest fryktar eller ser på som negativt og risikofylt er ikkje omtala sjølv om det blir nemnt at lokalkunnskap kan vere kjelder til informasjon. Innbyggjarane sine interesser og syn på risiko (fysisk og sosialt) må også takast med i risiko- og sårbaranalysane (Klinke og Renn 2006). At så få, eller nesten ingen av analysane i materialet i denne studien tek for seg slike forhold kan tyde på at kommunane bør vidareutvikle sitt syn på risiko og korleis ulike risikofylte forhold kan påverke helse- og sosialtenestene. Difor kan det vere grunn til å spørje om den

frekvensialistiske tilnærminga til ulike fenomen som blir vektlagt i DSB-rettleiaren er den beste måten å arbeide med risiko og beredskap i kommunane i tida framover.

Ikkje nokon av informantane seier noko om innbyggarperspektivet når dei utarbeider analysane, noko som kan tyde på at analysane er ”ekspertanalysar”. Enkelte av informantane innrømmer også at både helse- og sosialberedskapsplanen og risiko- og sårbaranalysane kan sjå ut som bra ut på papiret, men at dei ikkje har eit innhald som gjev nokon særleg meirverdi med tanke på å førebu tenestene til å handtere ekstraordinære påkjenningar.

Dei synspunkt som har kome fram i intervjuar tyder på at graden av systematisk tilnærming for å identifisere uønska hendingar knytt til helse- og sosialtenestene varierer. Samstundes kan det tyde på at informantane ikkje er heilt fortrulege med kva meirverdi analysane kan ha for å oppretthalde tenestetilbodet under ekstraordinære påkjenningar i helse- og sosialtenestene, og at koplinga mot resten av den kommunale verksemda, plan –og avgjerdsprosessar kunne vore betre. Det synes klart at ei betre kopling mellom ulike fag- og tenesteområde internt i kommunen vil kunne bidra med eit breiare perspektiv og betre kjennskap til og kunnskap om kva risikobiletet kommunen totalt sett står over for.

Rettleiarar og informasjonsmateriell

Ein annan forklaringsfaktor på overnemnte kan vere at mykje av rettleiingsmaterialet som blir tilbydd kommunane, må kunne seiast vere gammalt. Dermed kan det oppstå usikkerheit knytt til kva forventningar som blir stilt frå sentrale styresmakter, og samstundes med at kommunane opprettheld ei snever tilnærming og forståing for nytteverdien av analysane.

Fram til Helsedirektoratet gav ut Rettleiar for helse- og sosialberedskap i april 2009 og Statens strålevern sende ut revidert plangrunnlag for atomberedskapen januar same år, har rettleiaren frå DSB vore nokså einerådande for utarbeiding av kommunale risiko- og sårbaranalysar. Informantane kommenterte også dette i intervjuar. Dei svarte at det var lite og få stader der dei kunne hente informasjon og inspirasjon til eige arbeid, og at det ikkje er mykje informasjonsmateriell å finne hos nasjonale styresmakter. Dei etterlyser malar og informasjonsmateriell, og kanskje særleg på korleis psykososiale støtteteam skal organiserast, kva kompetanse og oppgåver dei skal fylle. Fylkesberedskapssjefen blir framheva av informantane fleire gonger som støttespelar, inspirator og informasjonskjelde. I tillegg ser det

ut for at fleire kommunar ofte brukar nabokommunane sine dokument for å sjå korleis det blir gjort andre stader.

Kva kompetanse har kommunane til å utarbeide risiko- og sårbaranalysar?

Kommuneundersøkinga 2008 viser at kommunane i studien nyttar ei lang rekkje instansar som fagleg støtte i å lage risiko- og sårbaranalysar, og ei av kommunane oppgjev at dei ikkje har eigen kompetanse. Dette blir utdjupa av informantane som viser at det kan vere kompetanse på å lage analysane sentralt i kommunen, men at kompetanse ikkje er implementert nedover i nivåa og ut blant verksemdsleiarane i helse- og sosialtenestene. Berre ein av informantane fortel av kommunen sjølv arrangerer kurs for verksemdsleiarar i å lage risiko- og sårbaranalysar på verksemdsnivå. Same informant fortel at dei samstundes nyttar ei lang rekkje eksterne ekspertar og forskings- og utdanningsmiljø fordi dei har behov for omfattande og avanserte analysar. Difor er det viktig at kommunen også har kompetanse til å spesifisere sine behov når dei må hente inn ekstern kompetanse. I tillegg må dei altså ha kompetanse til å forstå og nyttiggjere seg det produktet dei får frå ekspertane. Informanten legg vekt på at ulike nivå har ulike behov slik at kompetansetilbodet må tilpassast behova i kommunen.

Ein annan informant fortel at han nyttar kompetanse til folk i andre avdelingar og fagområde når han treng å diskutere korleis han skal lage risiko- og sårbaranalysane. Fire av fem informantar opplysar at dei ofte er i kontakt med folk hos fylkesmannen for å få hjelp til å lage analysane. Kommuneundersøkinga 2008 viser at DSB-rettleiaren blir lagt til grunn hos fire av fem kommunar som fagleg støtte. Nokre informantane opplyser at dei har gått på kurs hos DSB for å lære å lage analysar sjølve.

Ut frå dette er det grunn til å tru at det finst noko kompetanse til å lage og bruke risiko- og sårbaranalysar rundt om i kommunane. Imidlertid kan svara tolkast slik at kompetansen er samla på relativt få personar, og at det hovudsakleg er personar som arbeider tilnærma full stilling med beredskap som har slik kompetanse. På bakgrunn av det innsamla materialet er det ikkje grunnlag for å seie at dette er alminneleg kunnskap og kompetanse rundt om i verksemdene i helse- og sosialtenestene.

6.5.2 Vidareutvikling av beredskapsplanverket

I Tilsynsmeldinga 2005 viser Statens helsetilsyn til at det ikkje er nok at kommunane lagar helse- og sosialberedskapsplanar, og legg vekt på at det er eit nødvendig vilkår at beredskapsplanane og planverket bygg på risiko- og sårbaranalysar ut frå lokale forhold, og at desse analysane blir oppdaterte. Planane må ha ein kvalitet som på grunnlag av den daglege drifta og saman med øvingar inneber ein beredskap som er tenleg for føremålet. Statens helsetilsyn presiserer at planane må vere tilpassa lokale forhold slik at kommunane er i stand til å yte nødvendige helse- og sosialtenester ved eventuelle kriser og katastrofar (ibid). Alle kommunane som er med i studien opplyser at dei har helse- og sosialberedskapsplan, sjølv om minst to av dei er gamle, dvs meir enn fire år.

Systematisk beredskapsarbeid

I den grad sjansane for risikofylte hendingar og sårbare punkt blir identifisert i helse- og sosialberedskapsplanane, vil dette ha avgrensa verdi viss risiko- og sårbaranalysane ikkje blir innlemma i ordinære vurderings- og avgjerdsprosessar i kommunane. Innlemming av beredskapsspørsmål i ordinære sakshandsaming er nødvendig for å få til ein lokalpolitisk diskusjon om heilskapen i det lokale risikobiletet og oppnå at risikoreduserande tiltak blir prioritert og gjennomført. Nytteverdi og effekt av analysane blir større for kommunane enn om dei blir liggjande i ein skuff.

Om analysane ikkje blir brukt eller berre i liten grad blir brukt til å vidareutvikle beredskapsplanverket, kan det vere nødvendig sjå nærare på arbeidsprosessane med å gå frå utgreiing og analyse til plan og gjennomføring. Dokumentgjennomgangen viser at det er variasjonar mellom kommunane om dei har definert for seg sjølv kva som er ei krise for deira kommune og deira tenesteyting. Sjølv om det i risiko- og sårbaranalysane blir lista opp ulike uønska hendingar, blir det i nokre analysar og beredskapsplanar brukt ein generell definisjon på kva ei krise er (gjerne henta frå offentleg dokument) og som ikkje er kopla mot lokalt risikobiletet. Dårleg kopling mellom dei ulike plandokumenta kan bidra til at kommunane på lokalt nivå ikkje utviklar ei lokal kriseforståing som grunnlag for vidareutvikling av beredskapen. Planleggings- og avgjerdsprosessar i kommunane kan variere på detaljnivå, men prinsipielt bør dei innehalde dei same element som i figur nr 4.



Figur 4 Systematisk tryggleiks- og beredskapsarbeid (DSB, 2001)

Dei ulike trinna i plan- og avgjerdsprosessar må oppfattast å vere ein del av ein samanhengande prosess som vist i figur 4, og ikkje som enkeltstående aktivitetar/tiltak. Dette samsvarar også godt med teorien i kapittel 2.3. Av kommunane som er med i materialet er det berre ei som stadfestar at dei har ei ny sektorovergripande risiko- og sårbaranalyse med koplingar til helse- og sosialberedskapen. To av kommunane svarer i Kommuneundersøkinga 2008 at deira sektorovergripande ros-analyse er frå før 2004, og dei to andre har ikkje slike analysar i det heile.

Ei av kommunane seier at dei har eit dokument som heiter helse- og sosialberedskapsplan, men at dokumentet eigentleg ikkje er nokon plan fordi den ikkje baserer seg på risiko- og sårbaranalysar, og at innhaldet stort sett er prega av oversikter over lovgrunnlaget, beredskapsprinsippa, kontaktinformasjon osv. Dokumentet har difor ikkje eit innhald som gjer det eigna for verken handtering av risiko, diskusjon eller prioritering av førebyggjande tiltak hos politiske organ. Vedkomande hevdar at dette er tilfellet i fleire kommunar. Helsedirektoratet (2009) si kartlegging av status for beredskapsplanverket i samband med influensa A (H1N1), indikerer at dette er tilfelle i fleire kommunar.

Alle kommuneinformantane er samde om at det er viktig at det blir arbeidd systematisk med beredskapsarbeid i helse- og sosialtenestene på like line med anna beredskapsarbeid. Dei framhevar behovet for å ha tilstrekkeleg kompetanse til å lage analysane, eller i det minst nok kompetanse til å kunne bestille analysar hos kompetente organ utanfor kommunen.

Eit par av informantane seier at dei kan søkje hjelp i andre fagmiljø i kommunen som kanskje har meir kompetanse enn dei sjølve på å lage analysar. Nokre seier at slikt samarbeid er godt etablert og nødvendig, medan andre ikkje har etablert eller ser nytten av slikt samarbeid. Både beredskapsforskrifta og rettleiaren til Helsedirektoratet (2009) legg vekt på at helse- og sosialberedskapen skal vere samordna med anna beredskapsplanverk i kommunen. Rettleiaren legg vekt på at ei vidareutvikling av beredskapen må skje ved bruk av risiko- og sårbaranalysar og at det er viktig å kople inn fagmiljø og –personar med rett kompetanse. I tillegg må personell som kan få beredskapsoppgåver eller på andre måtar blir påverka av dette arbeidet, vere med i utarbeidinga av analysane. Ikkje nokon av informantane syntes vere kjent med DSB-rettleiaren frå 2001, jf figur 4. Alle viste til rettleiaren frå 1994 om risiko- og sårbaranalysar.

Eit fleirtal av kommunane opplyser at dei arbeider for å få laga analysar heilt ned på verksemdsnivå i helse- og sosialtenestene. Dei framhevar at det ikkje er nok berre med overordna analysar, det blir ”for luftig” og gjev ikkje grunnlag for å styrke dagleg drift. Imidlertid blir tidsressurs og kompetanse nemnt som faktorar som kan hindre dei i å lykkast. Ein enkel måte å gjere dette på kan vere slik dei har gjort i Tromsø, jf vedlegg 2.

I ein kommune er informanten ikkje oppteken av risiko- og sårbaranalysar på verksemdsnivå, men er meir oppteken av å få på plass dei rette prosedyrane for å kunne handtere uønska situasjonar når dei faktisk skjer.

Forankring, samordning og samarbeid

Internt samarbeid mellom til dømes ein sentralt plassert beredskapskoordinator⁶ og dei som driv med helse- og sosialberedskap, ser ut til å vere viktige stikkord for å vidareutvikle beredskapen. Nokre informantar seier at samarbeidet og forankringa er både velutvikla og godt. Her legg til dømes beredskapskoordinatoren til rette for prosessar som fremjar samarbeid, koordinering og informasjonsutveksling slik at folk internt veit om kvarandre, kva prosessar og oppgåver som er i arbeid og kva som må gjerast framover. Ein informant nemner at beredskapskoordinatoren ikkje er oppteken av helse- og sosialberedskap, men arbeider meir med beredskap knytt til arealplanlegging. Ei kommune har ikkje beredskapskoordinator i det heile. Informantane frå dei to sistnemnte kommunane held fram

⁶ Nemninga beredskapsrådgjevar blir også brukt, men felles er at stillingane oftast er plassert i ein stabsfunksjon enten hos rådmannen direkte, i ei plan –og utviklingsavdeling eller tilsvarande.

at det blir krevjande å vidareutvikle beredskapsplanverket fordi dei opplever å måtte klare seg sjølve i stor grad. Integrering av beredskapsarbeidet i heile organisasjonen samt forankring og tydeleg interesse for beredskapsoppgåver generelt hos rådmannen blir nemnt som ein viktig suksessfaktor. Dette gjeld i alle kommunane, og særleg for dei som ikkje har beredskapskoordinator.

Dei opplysningane informantane legg fram her, kan underbygge hypotesa om at helse- og sosialberedskap ofte blir oppfatta å vere eit arbeid for kommunelegen og dei som elles arbeider i tenestene.

Det internkommunale eller regionale samarbeidet om helse- og sosialberedskap synes generelt vere svakt utvikla. Dei fleste kommunane samarbeider om legevakt og brannvesen, og dei nemner det alminnelige/daglege samarbeid med det regionale Mattilsynet og andre statlege instansar. Ei kommune nemner at dei har eit interkommunalt vassverk og difor må samarbeide om beredskapsplanar til vassverket.

Dei nemner som positivt at fylkesmannen innkallar alle kommunane i fylket til møte der beredskap står på dagsorden. Informanten frå Stavanger kommune fortalde om eit utstrakt samarbeid med nabokommunane i å lage ei regional risiko- og sårbaranalyse. Ein av informantane nemner at det er behov for å få til meir formelt samarbeid framover, kanskje særleg på pandemisk influensa. Informanten påpeikar at for store kommunar er det ofte ikkje så stort behov for interkommunalt samarbeid på beredskapsfeltet som for dei små kommunane.

6.6 Kontinuerleg forbetningsarbeid

Sentrale styresmakter har i ei årrekke arbeidd med å heve kvaliteten innan helse- og sosialtenestene generelt, sjå kapittel 2.3. Merksemdsområdet for kvalitetsutviklingsarbeidet har ikkje eksplisitt omfatta helse- og sosialberedskapen. Av den grunn var det interessant å spørje kommunane om dei oppfattar at arbeidet med helse- og sosialberedskap kan vere ei nyttig tilnærming til å vidareutvikle tenestene til innbyggjarane sett i lys av kravet til å oppretthalde, utvide eller leggje om tenestene ved behov, jf kapittel 3.

6.6.1 Haldningar til kontinuerleg forbetningsarbeid

I kapittel 2.3 blir Demings sirkel omtala som ei sentral tilnærming for kontinuerleg forbetningsarbeid i denne studien sidan den er eit sentralt teoribidrag i den nasjonale kvalitetsstrategien for helse- og sosialtenestene (2005). Informantane blei imidlertid ikkje spurt om den nasjonale kvalitetsstrategien i samband med datainnsamlinga. Det er likevel ein observasjon at ingen av informantane gjennom intervjuet har nemnt kvalitetsstrategien sjølv om intervjuet handla om utviklingsarbeid og kvalitetsheving. Om det er fordi kvalitetsstrategien ikkje nemner beredskap og tryggleiksspørsmål eller andre årsaker, er ikkje kjent.

Med unntak av ein av informantane, så synes dei å vere positive til behovet for å dokumentere prosessar og tiltak for å oppnå eit kontinuerleg forbetningsarbeid og unngå skippertak. Ein av informantane seier at beredskapsarbeidet er eit nyttig reiskap til å vidareutvikle helse- og sosialtenestene til innbyggjarane fordi det her er mogleg å førebygge svikt i tenestene og vise at ein gjer ein god jobb. Fleire av informantane er inne på det same, men etterlyser meir informasjon og kunnskap om kva dette eigentleg går ut på. Ein annan informant hevdar i tillegg at det er stor mangel på kunnskap om kva beredskap eigentleg handlar om. Dei fleste framhevar at det er viktig å arbeide kontinuerleg med helse- og sosialberedskap slik at det blir oppfatta som ein del av dagleg drift. Samstundes innrømmer fleire av informantane at dette kan vere krevjande i ein kvardag med mange konkurrerande mål og oppgåver, som kanskje står i innbyrdes motstrid til kvarandre.

Både internkontrollforskrifta og forskrift om internkontroll i sosial- og helsetenestene stiller krav til systematisk og dokumentert forbetningsarbeid i kommunane, noko som passar godt inn med teoribidraget om Demings sirkel og kontinuerleg forbetningsarbeid i kapittel 2.3. Nemnte forskrifter gjeld også for beredskapsarbeidet. Ved å oppfylle formelle krav i forskriftene, vil kommunale leiarar i helse- og sosialtenestene kunne knyte dette saman til eit heilskapleg kvalitetsutviklingsarbeid inkludert beredskap, men funna i studien indikerer at det er svak kopling av ulike nasjonale krav til forbetningsarbeid til det som skjer på lokalt nivå i verksemdene. Det vil vere nødvendig for leiarar og tilsette i helse- og sosialtenestene å sette seg ned og gjere eit arbeid med å dokumentere korleis dei operasjonaliserar overordna funksjonelle krav til det daglege arbeidet i tenestene. Arbeidet må ha utgangspunkt i det lokale risikobiletet slik det er omtala i risiko- og sårbaranalysane og testa gjennom øvingar.

På denne måten kan verksemdene i helse- og sosialtenestene fullføre ein kontinuerleg forbetringsprosess slik den er illustrert i figur 2.

Statens helsetilsyn (2008) oppteken av at uheldige hendingar ofte kjem som ein følgje av uklare ansvarsforhold, sviktande kommunikasjon eller manglande merksemd om sårbare forhold i systemet. Det er ei leiaroppgåve å syte for at verksemda har styringssystem, strukturar og rutinar som gjev eit godt sluttresultat, i tillegg til tryggleiksbarrierar og ein gjennomgåande tryggleikskultur i organisasjonen (ibid). Dette samsvarar godt med teoribidraget i kapittel 2.2 om risikopersepsjon og kollektiv merksemd, og er bidrag til å vidareutvikle kvaliteten på beredskapsarbeidet i helse- og sosialtenestene, jf kapittel 2.3.

Materialet til denne studien indikerer at det framleis er eit stykke å gå før det kan seiast at kommunane driv eit systematisk og planmessig kontinuerleg forbetringsarbeid på helse- og sosialberedskapsfeltet. På den eine sida kan materialet tolkast slik at det framleis er eit stort kompetanse- og kunnskapsbehov ute i praksisfeltet på helse- og sosialberedskap. På den andre sida manglar kommunane kanskje ein del rettleiing frå nasjonale styresmakter når det gjeld kva kapasitet/nivå tenestene skal ligge på i ekstraordinære situasjonar.

6.6.2 Dokumentasjon av beredskapsarbeidet

Statens helsetilsyn (2005) viser til at avviksmeldingar som indikator på potensiell sårbarheit og svikt ikkje er tekne i bruk og at planane er mangelfullt forankra i internkontrollsystemet i kommunane. I tillegg viser erfaringar at risiko- og sårbaranalysane er mangelfulle og planverket i liten grad er øvd. Kommunane innrømmer at dei kan ha nedprioritert beredskapsarbeidet i ein travel kvardag. Dei kommunane som har gitt ansvaret for beredskapsarbeidet til ein person, har større grad av kontinuitet, kvalitet og samanheng i planverket (ibid).

Berre ein av informantane i studien opplyser at kommunen har innlemma beredskapsdokumentasjon som ein del av HMS-systemet, jf kapittel 3.4.2 og 3.4.3, slik at dei kan registrere og lukke avvik når tiltak er gjennomført. Beredskapskoordinator i kommunen ser til at rapporteringa skjer til fastsette tidspunkt og at verksemdsleiarane følgjer opp. Avgjerda om å bruke det kommunale HMS-systemet på beredskapsfeltet er teken av rådmannen.

To av kommunane opplyser at dei anten er i ferd med å skaffe seg eit kvalitetssystem eller allereie har tilsvarande utan at beredskap systematisk blir innlemma. Av dei to siste kommunane seier den eine informanten at dei har eit forbedringspotensiale på dette punktet som dei arbeider med, medan den siste informanten seier at beredskap ikkje har noko i HMS-systemet eller anna kvalitetssystem å gjere.

Når funn frå dokumentgjennomgangen og tolking av tilbakemeldingane i intervjuet blir samanhaldne, synes helse- og sosialberedskapsplanane ofte vere på eit så overordna og generelt nivå at det blir krevjande å registrere avvik i eit kvalitetssystem. Dessutan er det lite eller ingenting å hente i rettleings- og informasjonsmateriellet om beredskap og risiko- og sårbaranalysar om korleis dette kan gjerast. Det er eit generelt inntrykk av at tilnærminga til kvalitetsarbeid er ulikt utvikla hos informantane i studien samt at haldninga er endå meir umoden knytt til helse- og sosialberedskapen spesielt. Svara frå informantane kan indikere at i den grad dei driv med kvalitetsutvikling, så er det på andre områder der det er lettare å måle resultatoppnåing til dømes talet på tilsette med ein bestemt fagkompetanse eller eit budsjettmål.

6.7 Risikopersepsjon og kollektiv merksemd

Som det går fram av teoridrøftinga i kapittel 2.2. vil eit medvite forhold til uønska hendingar vere grunnleggjande for eit godt og fleksibelt tryggleiks- og beredskapsarbeid i alle organisasjonar (Weick m fl., 1999). For å undersøkje om kommunane har eit medvite forhold til korleis dei kan utvikle helse- og sosialberedskapen blei informantane spurt spørsmål om haldningar til risiko- og sårbaranalysar, øvingar, interkommunalt samarbeid og vidareutvikling av planverket innan helse- og sosialberedskapen samt kompetanse. I tillegg er det føreteke ein dokumentgjennomgang for den einskilde kommune for å sjå korleis og om dette kjem til uttrykk i eksisterande planar. Når det gjeld risiko- og sårbaranalysar viser vidareutvikling av planverket blir det vist til presentasjon av resultata og drøfting i førre kapittel. Dette kapitlet er ein presentasjon av resultata om korleis kommunane brukar øvingar og reelle hendingar for å heve kvaliteten på beredskapen.

6.7.1 Erfaringar frå reelle hendingar

To av dei fem kommunane svarar i Kommuneundersøkinga at dei har eigne erfaringar der kommunen har vore nøydd til å setje krisestab, eller ta i bruk delar av kriseplanen for å handtere ei uønska hending i perioden 2005 - 2008. Ei av kommunane opplyser her at dei har sett krisestab fleire gonger, men det er verd å merke seg at berre ei av kommunane har sett krisestab i samband med ei hending som har involvert helse- og sosialtenestene. Dette inntrykket blir nyansert gjennom intervju med informantane og viser at det er tre kommunar som har eigne erfaringar. Informantane presiserte at dei ikkje snakka om daglege hendingar med uttrykking av naudetatane som ligg innanfor normalberedskapen. Det dei har mest erfaring med er utkalling av psykososiale kriseteam. Evaluering og gjennomgang av hendingane i etterkant har medført at beredskapsplanverket, særleg informasjonsberedskapen, er blitt oppdatert og at rutinar knytt til samarbeid og varsling er blitt skjerpa.

Erfaringsgrunnlaget til kommuneinformantane i studien er dermed ganske tynt når det gjeld krisehandtering, både når det gjeld korleis helse- og sosialtenestene handterer hendinga og samarbeid med andre aktørar. To av kommunane opplyser at det er har vore eit par situasjonar der dei har brukt delar av beredskapsplanverket, og kalla inn og brukt kommunen sitt psykososiale støtteteam sjølv om dei ikkje har hatt krisestab. Informantane opplyser også at etter at hendinga var over, så evaluerte dei bruken av støtteteama, ajourførte og oppgraderte dokumentasjon og rutinar.

Om ein set dette i samanheng med Demings sirkel, kapittel 2.3, så ser ein at kommunane ikkje ”kjem fram” til eller berre delvis kjem fram til utførardelen av sirkelen. Konsekvensen blir at kommunane ikkje får testa og vurdert om planverket er haldbart. Dermed blir det heller ikkje sett i verk justeringar og andre tilpassingar av planar og tenestene. Øvingar for å teste planverket blir dermed endå meir sentralt for å vidareutvikle og oppretthalde beredskapsnivået, jf kapittel 6.6.2.

Svak respons på svake signal = leiarutfordringar

Fordi det tilsynelatande skjer få hendingar som set beredskapen i helse- og sosialtenestene på prøve, kan dette medføre at kommunane ikkje har eit så medvite forhold til at hendingar faktisk kan skjere. For mange kommunar er det ei utfordring at leiinga sjeldan blir utfordra på ei stor krisehandtering og dermed har lite erfaring når slike ting skjer. Når ein ikkje har erfaring, verken reelle eller gjennom øvingar, er det også vanskelegare både for

verksemdsleinga og dei tilsette å oppfatte at ein situasjon er under utvikling og å få grep om det som skjer når ei hending har skjedd. Det handlar om å skaffe seg oversikt over situasjonen og danne seg eit mest mogleg heilskapleg bilete på kva som er under oppsegling. I starten av ei krise er det gjerne lite og fragmentert informasjon og det er ikkje så lett å oppdage at ei krise faktisk er i utvikling. Dersom kommunane i tillegg ikkje har gjort ein grundig gjennomgang av risikobiletet, og sett i verk førebyggjande tiltak vil det vere meir krevjande å handtere og mildne konsekvensane av den uønska hendinga. Det kan vere ein relativt stor risiko for at hendinga får meir omfattande og meir alvorlege konsekvensar enn om dei hadde vore betre førebudd.

Ein av informantane fortel at i samband med faste beredskapsmøte kvar månad, brukar dei å halde ei intern skrivebordsøving basert på reelle hendingar i andre kommunar og sjekkar eige planverk opp mot desse hendingane. Ikkje nokon kommunar kan ha risikoanalysar for absolutt alt som kan skje. Difor synes informanten at dei får litt ”gratis” erfaring ved å arbeid på denne måten. Same informant kommenterte også at Kommuneundersøkinga til DSB berre spør om dei har hatt øving, ikkje noko om *kva* dei har øvd på.

Svara frå informantane viser altså at dei har hatt få hendingar hauste erfaringar frå, og fleire var inne på dette når det gjaldt bruk av reelle hendingar som kjelde til læring. Svara frå informantane kan tolkast i positiv retning, og at dei er medvitne om at deira erfaringsgrunnlag er tynt og at risikopersepsjon og beredskapen har forbettringspunkt. Dei innrømmer at dei bør bli flinkare til å sjå og lære av korleis uønska situasjonar blir handtert i andre kommunar sidan dei har så lite erfaring sjølve. Kommuneinformantane kan forståast dit at dei ynskjer å bli betre på å fange opp at kriser kan vere på veg, og at dei eigentleg har eit medvite forhold til akkurat dette spørsmålet.

Svar og haldningar informantane gav uttrykk for, kan tolkast slik at utfordringa er å leggje til rette for ei meir systematisk evaluering og formidling av handtering av reelle hendingar. Her kan det imidlertid ikkje sjå heilt vekk frå ei viss undersøkingseffekt der spørsmålet har trigga tankeverksemd og respons. Ingen kan laste informantane for at dei har lite erfaringar med uønska hendingar. Likevel stadfester svara kor viktig det er å halde eit vake auge med kva som skjer andre stader for å unngå at svake signal om at noko ikkje er som det skal anten blir oversett, eller møtt med tilsvarande svak respons (Weick m fl., 2001). Som nemnt i kapittel 6.4.1 handlar det ikkje om å gå rundt å tru det verste. Det handlar både om ei medviten

haldning om at uønska hendingar kan skje og om dei kognitive prosessane hos den einsskilde og ikkje minst hos personar med ansvar for å oppdage og førebygge at det skjer hendingar som kan utvikle seg til kriser. Her har nok dei fleste kommunane i materialet til denne studien eit forbettringspotensiale.

6.7.2 Bruk av øvingar

Bruk av øvingar er eit godt verkemiddel for vidareutvikle eigen risikopersepsjon og merksemd, særleg når erfaringsgrunnlaget frå reelle hendingar er tynt, jf drøfting i førre kapittel. Det krev likevel at kommunane er medvitne om og har positive haldingar til kva øvingar kan bidra med. Kommuneundersøkinga viser at 4 av 5 kommunane i denne studien har vore med på øvingar i perioden 2005 – 2008 (ei av kommunane har ikkje svart).

Type øving og øvingsscenario

Øvingar kan gjennomførast på mange ulike måtar. Kommuneundersøkinga 2008 viser at kommunane har øvd både på diskusjonsøvingar, fullskala, samøving mellom kriseleing og stab og ”anna”. Informantane stadfestar dette. Det er viktig at kommunane vel ei øvingstype som er tilpassa behov på ulike nivå i organisasjonen og område/tema som verksemdene og kommuneorganisasjonen erkjenner dei treng å bli betre på. Ut frå intervjuet synes det vere brann og evakuering frå helseinstitusjonar, atomberedskap, kjemikaliehendingar og smittevern (pandemisk influensa) som blir brukt som scenario i fleire kommunar. I tillegg vart ulykker med transport av farleg gods, flyplassulykker og togulykker nemnt av einsskilde. Samstundes kan ein merkje seg at øvingsaktiviteten er lav mange stader, sjå neste kapittel.

To av informantane var oppteken av at ein må øve dei daglegdagse hendingane som til dømes trafikkulykker. Den eine var oppteken av dette fordi det er slike hendingar som eskalerer til å bli dei store katastrofane lokalt, til dømes bussulykker med skuleungdom og mange pårørande og kan bli ei utfordring for den totale beredskapen i tenestene. Den andre informanten var meir oppteken av å bruke øvingane til å teste om dei har dei rette prosedyrane for til dømes handtering av brann i eldreinstitusjon. Øvingar kan brukast til å begge formåla, men øvingsformålet slik det er formidla i intervjuet tyder på at informantane har ulik tilnærming til øvingar som reiskap for å vidareutvikle beredskapen.

To andre informantar poengterte at ein må kople øvingsaktiviteten mot eigne risiko- og sårbaranalysane. Den eine informanten opplyste at dei nyleg har gjennomført ei omfattande regional risiko- og sårbaranalyse med over 20 forskjellige scenario. Desse scenarioa skal danne grunnlaget for framtidig øvingsaktivitet både for kommunen sjølv, men også på regionalt nivå. Informanten i denne kommunen var svært oppteken av det regionale perspektivet der fleire kommunar og andre instansar var involvert i ei felles utvikling av beredskapen i ein større kontekst.

Ein informant sa at dei har vore med på fleire øvingar, men at dette hadde skjedd i regi av sjukehuset (akuttberedskap). Informanten var ikkje negativ, men påpeikte at dei dermed ikkje hadde fått øvd med utgangspunkt i eige planverk, i alle fall ikkje i den tida han hadde vore tilsett i kommunen. Informanten sat også med eit inntrykk av at det var viktig å halde øvingsplanlegginga hemmeleg slik at øvinga kom mest mogleg overraskande på dei som skulle øvast. Dette kan tyde på at forankring og samanheng mellom øvingsaktivitet og vidareutvikling av beredskapen ikkje er den beste, i tillegg til at kompetansen til å lage øvingar er svak. Sjansane for å ei kontinuerleg utvikling av ein breiare og meir nyansert risikopersepsjon og merksemd blir dermed ikkje utnytta godt nok.

Øvingane må sjåast i samanheng med ei kontinuerleg forbetring både av dagleg drift og av beredskapen i helse- og sosialtenestene, jf Demings sirkel kapittel 2.3. For leiarar som ikkje har eigne erfaringar med å handtere kriser, vil øvingane omtrent vere den einaste måten dei kan få testa beredskapen, planverket og eigne handteringsevner. Dei ulike øvingstypene og -scenario testar ulike delar av planverket og tenestene og bidreg med ulike erfaringar. Ein plan som ikkje er øvd/testa på andre måtar, har liten verdi. Ei open og fleksibel haldning til kva øvingane kan tilføre verksemda er sentralt, elles blir det lett slik at øvingar blir skippertaksoppgåver, jf neste avsnitt.

Kor ofte øver kommunane?

Informantane er generelt svært positive til øvingar. Øvingsaktiviteten varierer mykje mellom kommunane, og der Stavanger skil seg ut med mykje større øvingsaktivitet enn dei andre. Denne kommunen opplyser at dei øver to gonger per år på overordna nivå i tillegg til fleire mindre øvingar på verksemdsnivå.

Det kom fram i intervjuet at kommunane prøver å få øvd ein gong pr år, men at det ofte berre blir 1-2 gonger pr fireårsperiode/kommunevalperiode. Dei små/mindre kommunane er ofte avhengig av bistand frå fylkesmannen for øvingsverksemda si. Øvingane skjer gjerne i tilknytning til at Fylkesmannen gjennomfører tilsyn i kommunen. Beredskapsavdelinga hos fylkesmannen blir framheva som svært positiv bidragsytar og medspelar, men ein informant etterlyste ein tydelegare profil frå helse- og sosialavdelinga (tidlegare fylkeslegen) i helse- og sosialberedskapsarbeidet og med øvingane.

Samarbeid om øvingar

Eit koordinert øvingsopplegg mellom til dømes regionssjukehus, fylkesmannsembete, naudetatar, kommunane, Sivilforsvar og frivillige organisasjonar etter same mønster som dei har innanfor Helse Fonna sitt ansvarsområde, var det ingen av kommunane som nemnte.

I Helse Fonna har det dei 3-4 siste åra vore eit øvingsutval mellom overnemnte instansar. Utvalet er ikkje formelt oppnemnt, men baserer seg på eit felles behov for koordinering av øvingsaktiviteten. Beredskapssjefen i Helse Fonna opplyste at dei har etablert ein årleg øvingsplan. Kommunane blir invitert til å kome med innspel og ynskje seg ulike scenario. Det blir vektlagt at øvingane ikkje berre skal ha eit akuttmedisinsk tilsnitt, men vere så omfattande at kommunane etablerer kriseleing og til dømes får øvd psykososiale kriseteam og informasjonsberedskap. Etter at øvingane er gjennomført blir alle deltakande instansar oppmoda om å svare på eit evalueringsskjema som dannar grunnlag for ein felles evalueringsrapport. Rapporten blir lagt fram og diskutert på eit evalueringsmøte. Slik får kommunane i omlandet til Helse Fonna høve til å delta i fleire øvingar i regi av eksterne aktørar, ikkje berre av fylkesmannen, noko som kan vere svært viktig for små kommunar med lite øvingskompetanse, planleggings- og tidsressursar.

Stavanger kommune opplyste at dei har ei regional øvingsgruppe som planlegg øvingar og kva scenario dei skal bruke, men det er ikkje same opplegg som i Helse Fonna. Informanten la vekt på at dei øver på planverk som allereie finst og som er revidert/ajourført. Berre ein av informantane opplyste at han ein gong hadde vore observatør ved ei øving i nabokommunen. Difor synes samarbeid mellom nabokommunar om øvingar å vere lite utbreidd/ikkje eksisterande, både når det er snakk om planlegging, gjennomføring og knytt til deltaking som observatør eller som evaluator.

6.8 Drøfting

I dei føregåande kapitla er det gjort greie for resultatane frå dokumentgjennomgang og anna datainnsamling i samband med studien. Dette underkapitlet vil gje ei nærare drøfting av dei teoretiske perspektiva som ligg til grunn for oppgåva samanhalde mot dei empiriske funna. Som nemnt i kapittel 2 er formalgrunnlaget (lover og forskrifter) ein del av det analytiske materiale i studien. Difor startar dette kapitlet med ei drøfting av korleis risiko blir regulert i helse- og sosialsektoren med vekt på beredskap.

6.8.1 *Regulering av risiko i helse- og sosialsektoren*

Som nemnt i kapittel 3.1 er regulering av risiko ein måte for styresmaktene å foreta inngrep over for marknaden eller sosiale prosessar for å kontrollere potensielt uheldige konsekvensar for liv og helse (Hood, Rothstein & Baldwin, 2001). På den andre sida er vi ikkje så van med å tenkje at styresmaktene faktisk regulerer seg sjølve eller andre offentlege verksemdar, til dømes kommunane (Wiig, 2008) med forventningar til standardar på ulike aktivitetar og atferd. Det er tre forhold som karakteriserer regulering internt hos styresmaktene: 1) at det eine byråkratiet skapar aktivitetar for eit anna, til dømes ved at Stortinget har forventningar om risiko- og sårbaranalysar som grunnlag for kommunal beredskap, 2) det er eit organisatorisk skilje mellom regulator og den som blir regulert, til dømes ved at Fylkesmannen og helsetilsynet i fylka er regulatoren på regionalt nivå for å drive tilsyn med kommunane sin beredskap på lokalt nivå, og til slutt 3) at regulatoren har et offisielt mandat til å fremje/presse den som blir regulert til å endre atferd dersom atferda ikkje er i samsvar med lover og forskrifter (Hood et al 1998, 1999 b, 2000 i Wiig, 2008).

Kapitla 3.2 – 3.4 viser at det finst ei lang rekke planar, lover og forskrifter som regulerer helse- og sosialberedskapsfeltet i Noreg. Styresmaktene har gjennom fleire år oppdatert, endra og kome med nye reguleringar for å sikre at innbygarane blir tilbydd nødvendige helse- og sosialtenester når situasjonen blir ekstraordinær. Kanskje er beredskapsarbeidet innan helse- og sosial det feltet som er sterkast regulert. Liv og helse har førsteprioritet ved ei krise og katastrofar, og er nok noko av forklaringa på eit omfattande reguleringsregime. I tillegg er det eit uttrykk for eit behov for å imøtekome innbygarane sine forventningar til hjelp, støtte og omsorg når situasjonen er ekstraordinær og unormal.

Den generelle samfunnsutviklinga gjev nye utfordringar og risikofylte forhold som lover og reglar skal fange opp. Ulike risikoforhold blir oppfatta og opplevd ulikt på tvers av ulike grupperingar internt i organisasjonar og samfunn (Wiig, 2008). Ein konsekvens av ulike risikopersepsjon er at politikarar, embetsmenn og andre i ulike delar av byråkratiet har ulike oppfatningar og haldingar til risiko og regulering av risiko (ibid.). Haldningane til å ville regulere risiko på helse- og sosialområdet synes likevel vere rimeleg sameint i det norske politiske landskap både på sentralt og lokalt nivå. Ei anna forklaring på ei slik haldning kan ligge i at norsk samfunnstryggleik og beredskap kviler på prinsippa ansvar, nærleik og likskap. I det ligg ei erkjenning av at innanrikspolitiske målsetjingar på beredskapsområdet må setjast ut i livet lokalt, dvs i kommunane, jf punkt 1 i lista over. Likevel er det ikkje slik at alle reguleringane berre gjeld for helse- og sosialberedskapsområdet åleine. Til dømes gjeld krava til å etterleve internkontrollforskriftene uansett, og må sjåast på som ein del av integreringa av beredskapsførebuingar i verksemdene si daglege drift og aktivitet.

Ei av utfordringane for nasjonale styresmakter til regulere risiko i helse- og sosialtenestene, er likevel at det er ei kommunal oppgåve å tilby slike tenester anten i eigenregi eller via private tilbydarar. Det lokale sjølvstyret inneber at det ofte vil vere nødvendig for regulator å nærme seg kommunane på ulike måtar for å oppnå tilstrekkeleg implementering eller atferdsending. Det er også ofte til dels stor geografisk og kulturell avstand mellom regulator og dei som blir påverka av reguleringane, til dømes mellom Storting og kommunar. Slik avstand kan også innebere at det er ulikskapar i risikopersepsjonen mellom sentralt og lokalt nivå. Risikopersepsjon er gjerne basert på at informasjonen om moglege risikokjelder blir kommunisert, evne til å handtere usikkerheit og tidlegare erfaringar med farefylte situasjonar (Renn 2004; 1992 i Wiig, 2008). Som vist i kapitla 6.5 – 6.7 er erfaringsgrunnlaget med farefylte situasjonar relativt spinkelt i mange kommunar samt at mange kommunar ikkje har oppdaterte risiko- og sårbaranalysar. I mange tilfelle er dette med på å gjere kommunane meir eller mindre avhengige av eksternt påtrykk for å halde merksemd og beredskapen oppe. Sentrale styresmakter si risikoreguleringsregime kan vere eit slikt eksternt påtrykk.

Fylkesmannen og helsetilsynet i fylka er etablert som regional instans som har tilsynsmynde på vegne av regulator. I tillegg har fylkesmannen viktige roller knytt til rettleiing, rådgjeving, informasjonsformidling og kompetanseheving i kommunane på helse- og beredskapsområdet. Kortare avstandar, både fysisk og mentalt, inneber ofte betre kjennskap til kvardagen i kommunane samt innsikt i og forståing for kva kapasitet den einskilde kommune har til å

imøtekome reguleringane. Gjennom informasjonsformidling og kompetanseheving spelar fylkesmannen ei sentral rolle i å kommunisere ulike typar risiko til kommunane og bidra til forståing for kvifor dei ulike reguleringane blir gjennomført. Slik bidreg fylkesmannen til å utvikle risikopersepsjon og kollektiv merksemd lokalt, sjølv om informasjon om trusselen eller den risikofylte situasjonen som blir formidla har sitt opphav utanfor kommunen som geografisk eining, noko som kan ha stor innverknad på det totale nasjonale beredskapsnivået. Som døme kan nemnast pandemisk influensa.

Fylkesmannsembetet er i skjeringspunktet mellom kommunane og staten. Dette er eit organisatorisk skilje (jf punkt 2) som synes sentralt for å balansere ulike krav og forventningar frå begge hald. Det er imidlertid ein fare for at det blir innført ulike standardar mellom kommunar og regionar. All den stund reguleringane av risiko i helse- og sosialtenestene hovudsakleg er på eit funksjonelt nivå, kan dette likevel vere ein måte å gje dei ulike reguleringane eit visst "lokalt tilsnitt" med respekt for det lokale sjølvstyret samstundes som kommunane oppfyller krava. Det er også grunn til å tru at det er skilnad mellom dei ulike fylkesmannsembeta, omfang og måten dei utfører sin del av beredskapsarbeidet på. Materialet viser likevel ganske eintydig at fylkesmannsembetet spelar ei sentral rolle som pådrivar for kommunane sin helse- og sosialberedskap.

Ei målsetjing med regulering av risiko er at reguleringane skal bidra til å skape robuste helse- og sosialtenester som har evna til å hente seg inn når det oppstår situasjonar som avvik frå normal drift og set tenesteytinga under press. Regulator har mandat til å oppnå atferdsendingar på fleire måtar, anten som positive eller negative sanksjonar. Positive sanksjonar kan til dømes vere å appellere til sunn fornuft, kompetansehevande tiltak, økonomiske tilskotsmidlar eller i form av ein Beredskapspris. Negative sanksjonar kan ta form av stenging av verksemdar, tilbaketrekking av økonomiske midlar eller pålegg om å lage ein plan eller ei analyse.

Tilsyn blir ofte nytta til å kartlegge status i kommunane før tilsynsstyresmaktene tek stilling til om det eventuelt skal setjast i verk sanksjonar, jf Tilsynsmeldinga 2005. Innan helse- og sosialberedskapsområdet er det ikkje kjent at det er sett i verk sanksjonar mot kommunar eller kommunale/private verksemdar som følgje av at ein ikkje har etterlevd krava til beredskapsplanar og analysar ut over at det er gitt pålegg om oppfølging o.l. Til dømes synes stenging av ein helse- og sosialinstitusjon som følgje av dårleg kvalitet på beredskapsarbeidet

vere eit svært vidfemnande og ekstremt tiltak. Eg er heller ikkje kjent med at det reint faktisk er etablert andre sanksjonsmidlar for å få kommunane til å auke kvaliteten på helse- og sosialberedskapsplanane sine (krav til tryggleik etter brannforskriftene er haldne utanom). I nokre tilfelle kan det synes som at dårleg medieomtale i samband med ei krisehandtering, ofte fungerer like godt som andre sanksjonsmidlar for å få fart på helse- og sosialberedskapsarbeidet.

6.8.2 Risiko- og sårbaranalysar

Kommunane spelar ei sentral rolle i vår nasjonale risikostyring og krisehandtering, og kommuneorganisasjonen blir utsett for eksterne forventningar får ulikt hald. Tradisjonelt har det vore slik at det er i kommunane risikofylte situasjonar utviklar og utfaldar seg. I dagens samfunn ser vi likevel stadig oftare at hendingar internasjonalt får konsekvensar for kommunal tenesteyting, til dømes flodbølgekatastrofen i 2004 og angrep mot tele- og datatenester. Sjølv om kommunane vil få hjelp og bistand frå naudetatar, andre kommunar og instansar for å handtere ei krise, er det likevel kommunane sitt ansvar å syte for at den daglege velferda og samfunnstryggleiken på lokalt nivå, jf beredskapsprinsippa kapittel 4.1.

Risiko- og sårbaranalysar som grunnlag for beredskapsarbeidet i helse- og sosialtenestene står difor sentralt. Målsetjinga med risikoanalysane er at dei skal bidra til å kartleggje og skildre risiko, og vi snakkar om at vi skal skildre heile eller delar av eit risikobilete (Aven, Boyesen, Njå, Olsen & Sandve, 2004). DSB-rettleiaren (1994) fokuserar mykje på korleis ein skal rekne ut kor statistisk sannsynleg (frekvens) det er at det skjer ei uønska hending. Dette talet blir ofte opplevd å vere sjølvne målet med analysen. Av den grunn har kommunane vore mindre opptekne av det framtidige risikobilete og ei proaktiv haldning (Nilsen, 2007). Inntrykket blir også stadfesta av informantane til denne studien.

Då DSB-rettleiaren kom i 1994, var det som ein reaksjon på eit behov for å oppdatere samfunnstryggleik og beredskapsarbeidet i ein ny tidsæra. Den kalde krigen var over, og kommunane måtte starte eit omfattande fornyings- og vidareutviklingsarbeid av si forståing av risiko og risikopersepsjon. Dette fornyingsarbeidet føregår framleis mange stader, og funna i denne studien synes indikere at fleire kommunar difor ikkje har kome seg lenger enn til eit slags "1994-nivå", når det gjeld korleis ein bør handtere risiko og usikkerheit.

Utfordringa for helse- og sosialberedskapsarbeidet i ein del kommunar synes ligge i å utvikle kunnskap og haldingar slik at dei raskare klarer å ta opp og implementere eit dynamisk risikobilette. Det er behov for ein kombinasjon av både statistisk materiale, verdivurderingar og vurderingane til ”ikkje-ekspertar” når det skal gjerast vedtak med tanke på handtering av risiko. Dei implikasjonen som ligg i dette for helse- og sosialtenestene synes til no i liten grad å ha blitt fanga opp og problematisert, blant anna i rettleingsmaterialet. Blant anna stiller det krav til at både informasjonsmateriell og kurstilbod til dei som skal utarbeide risiko- og sårbaranalysar som ein del av sin daglege jobb blir fornya og lagt betre til rette.

Helse- og sosialtenestene er naturleg nok dominert av helse- og sosialfagleg utdanning, og det blir forventa at desse fagpersonane skal arbeide på fagområde (risiko og beredskap) som for mange er nokså ukjent. Særleg synes både kompetanse og koplinga mellom risiko- og sårbaranalysar for helse- og sosialberedskapsarbeidet opp mot ulike lokalpolitiske prosessar vere svak i mange kommunar. For å lykkast betre med slike koplingar må dei tilsette i tillegg ha innsikt i, eller få hjelp til, korleis dei kan setje saker på dagsorden i den kommunale plan- og avgjerdsprosessen. Ei drøfting av dei kommunale planprosessane opp mot teoribidrag om instrumentell versus kommunikativ planlegging vil kunne gje konstruktive innspel til forståinga, utan at det er rom for å kome nærare inn på det i denne studien.

På den andre sida viser den generelle samfunnsutviklinga sidan 1994 at det er behov for ein breiare diskusjon om kva slags type risiko som skal takast med i analysane. Ein ting er kva som blir formulerte som formelle forventningar og krav frå overordna styresmakter, noko anna er kva som faktisk blir gjennomført på lokalt nivå (Brunsson 1989 i Nilsen, 2007). Årsakene til moglege skilnader mellom nasjonalt og lokalt nivå kan til dømes ha å gjere med kva risikoomgrep og –perspektiv som blir nytta. Risikobiletet er dynamisk, og det kan vere krevjande til ei kvar tid å halde seg på høgde med samfunnsutviklinga. Difor er kanskje risikoforståinga i kommunal forvaltning for frekvensialistisk og ikkje dynamisk nok. Kommunane blir dermed hengande ytterlegare etter ved at det blir for mykje fokus på den siste krisa. Ståstad og tilnærming til risikobasert styring både hos fagpersonar og politikarar vil dermed gje utslag i kva tema som blir gjenstand for utgreiing og analyse og kor godt kommunane er førebudd på å handtere ulike uønska situasjonar som trass beredskapsførebuingane likevel oppstår.

For helse- og sosialtenestene er det mange gonger annan type risiko som takast omsyn til enn det som blir sett på som risiko i ei naturvitskapleg tilnærming. Helse- og sosialtenestene er ikkje homogene (Nilsen, 2007), det vil seie at dei dekkjer eit breitt og mangfaldig spekter av område det skal etablerast beredskap på; alt frå atom- og kjemikalieulykker, svikt i forsyningane av ulike legemidlar og utstyr til smittame sjukdomar, psykososiale støttetjenester. Samstundes er det slik at helse- og sosialtenestene har innebygd ein viss beredskap i dagleg drift for å kunne handtere situasjonar som brått dukkar opp. Risiko- og sårbaranalysar kan difor gje innspel til få sett risikobasert styring i tenestene på dagsorden, blant anna ved å diskuterte kva som blir forventa dekt innanfor dagleg drift, og i kva situasjonar dette ikkje blir sett på som tilstrekkeleg. Det blir tilrådd at slike prosessar legg til rette for at også vanlege tilsette og friviljuge organisasjonar får delta (Nilsen, 2007) i lag med fagpersonar og leiarar vil verksemda kunne oppnå både auka risikopersepsjon og kollektiv merksemd. Av dei kommunane som er med i studien er det kanskje berre ei av bykommunane som er så pass avanserte at dei nærmar seg å bruke risiko- og sårbaranalysar på denne måten på eit overordna nivå. Arbeidet med å implementere bruken av analysane ut over i verksemdene har ikkje kome så langt. Ein høveleg modell for regulering av sambandet mellom analysar, øvingar og eit dynamisk planverk kan ein finne i forskrift om styring i petroleumsvirksomheten, kapittel IV og V.

6.8.3 *Risikopersepsjon og kollektiv merksemd*

Teorien og forskinga rundt HRO-organisasjonar er omtala i kapittel 2.2. Dette er ein teori utvikla for store industriverksemdar og andre som driv farefull verksemd der ei uønska hending kan få store konsekvensar for helse og miljø. Sjølv om dette er organisasjonar som ikkje liknar på norske kommunar, har blant anna forskinga til Weick m fl. (1999, 2007) vist at desse verksemdene har element knytt til organisering og kognitive tankesett (mentale bilete) som gjer at teorien bør ha relevans også for korleis norske kommunar kan utvikle risikopersepsjon og større grad av kollektiv merksemd. Risikopersepsjon påverkar atferda vår og dermed også sjansane for at det skal oppstå menneskeleg svikt eller feilhandling (Boyesen, 2003).

Kollektiv merksemd inkludert risikopersepsjon er eit sentralt emne som i liten grad er omtalt som element for å utvikle kommunal beredskap generelt, og helse- og sosialtenestene spesielt. Sistnemnte synes til ein viss grad vere stadfesta blant anna i dei kompetansefunna i

denne studien der kompetanse og ansvar synes vere sentralisert på få personar. I tillegg kjem at helse- og sosialberedskap berre i nokon grad er integrert i det resten av det kommunale beredskapsplanverket. Til saman kan dette bety at i staden for ei kollektiv merksemd med mange involverte er merksemda fragmentert og spreidd tynt ut over i organisasjonen. Dermed kan ein lett få eit meir tilfeldig risikobiletet med hol og kvite flekkar. Motstand mot sentralisering (ansvarsprinsippet), både av ansvar og kunnskap samt oppmuntring til kritiske spørsmål er andre sentrale element frå HRO-teorien som kan gje nyttige bidrag til kommunane når dei skal vidareutvikle helse- og sosialberedskapen.

Sidan organisasjonar ofte har manglar i si evne til å oppdage tryggleiksutfordringar (Boin, 2007), blir slike situasjonar også ofte oppfatta som uventa og overraskande. Når ein likevel klarar å handtere situasjonen på det som blir oppfatta å vere ein vellykka måte, kan ein lett bli blenda av sin eigen suksess og slå seg til ro med at det ”gjekk bra denne gongen også”. Eit karakteristisk trekk ved HRO er at dei er varsame med å vere tilfredse som følgje av eigen suksess. Der andre organisasjonar kan vere tilfredse med å sjå på nesten-ulykker som suksess, ”det skjedde ikkje”, ser HRO på slike hendingar som noko som kan føre til uønska hendingar i framtida. Systematisk evaluering av hendinga med påfølgjande justering av både risikoanalysar og planverk kan vere eit middel for å unngå å blir sjølvtilfreds. Det kan også vere eit svakt punkt for fleire verksemdar at dei overser krisehandteringserfaringar som er gjort av verksemdar i andre sektorar, jf kapittel 6.6.2. Det synes vere ei utfordring at verksemdene manglar evne til å kjenne att faktorar og element som ikkje er sektorspesifikke, men som går att i dei fleste hendingar (Crichton, Ramsay & Kelly, 2009). For å kunne oppnå betre tverrsektoriell læring er det fleire barrierar som må forserast, blant anna ulik fagterminologi og å leggje evalueringsrapportar betre til rette for at andre sektorar skal oppdage at dei er av allmenn interesse (ibid). Det er identifisert fem prinsipielle dimensjonar som kan brukast til å klassifisere tilrådingar og læringspunkt frå kriser for å fremje tverrsektoriell læring; formell planlegging, strategiar, leiarskap, atferdsmønstre i befolkninga⁷ og avklart oppgåvefordeling mellom organisasjonar (Lalonde, 2007 i Crichton et al., 2009). Kvar av desse dimensjonane kan delast inn i undertema for å bidra til eit meir finmaska søk etter informasjon og data (ibid). Betre tilrettelegging av til dømes evalueringsrapportar og bruk av hendingar i andre kommunar som utgangspunkt for øvingar i eigen kommune er omtala som ein del av resultatpresentasjonen i kapittel 6.5.

⁷ Civic behavior har eg oversett til atferdsmønstre i befolkninga (dei som blir direkte ramma av krisa, dei som er i periferien av krisa og friviljuge).

Noko av det som forskinga har funne ut om HRO-organisasjonar er den kontinuerlege merksemda på trygge arbeidsoperasjonar og korleis verksemda raskt kan hente seg inn ved ei uventa hending. Eit systematisk beredskapsarbeid integrert som ein del av dagleg drift i helse- og sosialtenestene, jf krav i forskrift om internkontroll for sosial- og helsetenestene og eit kvalitetsutviklingsarbeid med utgangspunkt i Demings sirkel, vil gjere dei meir merksame på ulike kriser og uønska hendingar som er under oppsegling, og samstundes kan eit meir kollektivt tankesett gjere tenestene betre i stand til å handtere hendingane når dei likevel har manifestert seg. For organisasjonar kan barrierane for å oppdage moglege risikofylte situasjonar, handlingar og prosessar i samfunnet rundt oss ofte vere knytt til mangel på erfaring eller personell med velutvikla ”antennar” for å oppdage, kjenne att og handtere latente tryggleiksutfordringar (Boin, mfl., 2007). Manglande risikopersepsjon, lite utvikla kollektiv merksemd og svak læring både frå øvingar og reelle hendingar vil dermed påverke det førebyggjande og skadereduserande arbeidet mot uønska og uventa hendingar, jf drøfting om risiko- og sårbaranalysar i førre kapittel. Eit medvite forhold til at det kan skje noko som ein ikkje har hatt fantasi til å tenkje seg, er truleg ei av dei største utfordringane innan samfunnstryggleik og beredskap.

6.8.4 Kontinuerlege forbetningsarbeid

Noko av det som kanskje karakteriserar nordmenn og vår måte å arbeide på, er våre skippertak når noko skal gjerast. Det seier kanskje sitt at ordet ikkje har sitt direkte motsvar i engelske ordbøker, men kan oversetjast med kraftanstrengelse eller innspurt. Kontinuerleg forbetningsarbeid kan difor ikkje vere prega av skippertaksmentalitet, då vil det ikkje vere kontinuerleg. Deming (2000) framhevar at leiarane i verksemda må leggje til rette for at strukturkvaliteten knytt til innsatsfaktorar som økonomiske rammer, leiarskap, kompetanse og utdanning av personellet har nødvendig standard/kvalitet for at produksjonen oppnår og opprettheld god kvalitet på produktet eller tenesta. Innsatsfaktorane må leggjast til rette ikkje berre for verksemda som ein heilskap, men med eit vake auge der produksjonen faktisk føregår.

Kvalitetsindikatorar er eit vanleg innslag i resultatmålinga i mange bransjar og verksemdar, og mange verksemdar har ulike dataløysingar for å gjennomføre målingar av kvalitet og produktivitet. Diverre er det likevel ikkje slik at kvalitetsindikatorar og produktivitetsmålingar automatisk fører til færre feil eller auka produksjon. Indikatorane kan

fortelje om omfanget av feil, kvar feila oppstår og store tap dei fører til for verksemda. Derimot kan dei ikkje fortelje om kva verksemda bør gjere for å redusere feil og auke produktiviteten. Prosesskvalitet blir nytta som omgrep (SSB, 2009) på det som skjer i sjølve produksjonsprosessane. Dette handlar om organisering av arbeidet, oversiktlege rutinar, metodebruk og klare ansvarsforhold. Det må derfor takast stilling til kva slags beredskap som skal målast. Er det høg kapasitet under stor påkjenning, er det lengda på avbrot/tryggleik for leveransen eller er det graden av evne til å stå imot? Det er ei klar leiaroppgåve å forstå og definere kva som er naudsynt beredskap for å oppretthalde, leggje om eller utvide helse- og sosialtenestene når dei blir utsett for ekstraordinære påkjenningar og unormale situasjonar. Dette vil ha konsekvensar for organisering av arbeidet inkludert logistikk, opplæring, myndiggjering, ansvars plassering og utvikling av kollektiv merksemd slik at dei tilsette blir sett i stand til å gjere ein så god jobb som mogleg sjølv under krevjande like omstende. Det kan også handle om at leiaren si rolle som endringsagent og tilretteleggjar for læring.

Deming (2000) hevdar at kvalitetsarbeid skaper inntekter i staden for utgifter fordi feilproduksjon og dårleg kvalitet inneber dårlegare inntening og tap for verksemda. Det er dyrare å betale folk for å gjere feil ved å lage produkt eller tenester med dårleg kvalitet (ibid) i staden for å gje dei skikkeleg opplæring og syte for at dei gjer arbeidet godt nok frå starten av. Det er i verksemda og tenestene sine interesser at produksjonen heilt frå starten av har tilstrekkeleg kvalitet blant anna fordi det skapar tillit, lojalitet og langvarige forhold hos kundar og interessegrupper. Offentlege tenester er kanskje særleg utsett for kritikk av kvaliteten fordi dei oftast opererer på andre områder enn private verksemdar og dei blir finansiert av midlar frå fellesskapet. Godt omdøme og gode resultat ut frå føresetnadane er like viktig for offentlege verksemdar som for private. Forventningane frå publikum til "error free delivery and performance" i skattefinansierte offentlege tenester er difor kanskje endå større enn til ein del private verksemdar.

Som datamaterialet viser, er mykje av kvalitets- og forbetningsarbeidet i helse- og sosialsektoren basert på teoriane til Deming og mange tilsette har både kunnskap og motivasjon. Likevel er det altså til dels stor skilnad mellom liv og lære, og direktoratet slit med å implementere desse som ein del av det kontinuerlege forbetningsarbeidet i helse- og sosialtenestene. Dei samla teoribidraga denne studien bygg på, viser at det langt på veg er samsvar mellom dei ulike bidraga i kva dei meiner vil føre til betre analysar, risikopersepsjon, kollektiv merksemd og betre kvalitet i arbeidet. Kvifor er det då så store

ulikskapar mellom arbeidsmetodar, rutinar, oppgåvefordeling og andre prosessar i dei kommunane som er med i studien? Det synes ikkje vere så mykje i vege med det teoretiske fundamentet eller formalkrava. Kanskje det i staden handlar om å gjere vitenskapleg kunnskap om til allmenn kunnskap og merksemd, dvs at såkalla kunnskapsbasert tilnærming treng ei oversetjing/forenkling for å kunne fungere i praksis i det daglege ute i tenestene?

7 Avslutning og konklusjonar

Siktemålet med studien har vore å kunne seie noko om kva som blir oppfatta av både kommunar og sentrale styresmakter å vere god beredskap og kva kriterium som blir vektlagt for å kunne seie at ei kommune har betre beredskap enn ein annan kommune. Difor vart følgjande problemstillingar lagt til grunn:

- Korleis kan erfaringar frå det kommunale beredskapsarbeidet dei siste 10 åra brukast for å vidareutvikle beredskapen, sikre ei proaktiv tilnærming og unngå at det blir eit område prega av skippertak med fokus på den siste krisa?
- Kva kan vere indikatorar for god kvalitet i det kommunale beredskapsarbeidet, og kvifor kan dette vere gode indikatorar?

Innleiingsvis vart det formulert fire hypotesar om helse- og sosialberedskap i kommunane relatert til problemstillinga. I det følgjande vil desse hypotesane si moglege utsegnskraft bli diskutert i lys av resultatata. Det vil i tillegg bli reflektert over om resultatata denne studien viser, kan ha nokon innverknad på kvalitetsutviklingsarbeidet i helse- og sosialberedskapen i Noreg.

7.1 Hypotesar

Hypotesane 1 til 3 er utforma med utgangspunkt i formalkrav blant anna frå beredskapsforskrifta, medan hypotese nr 4 er basert meir på egne arbeidserfaringar. Kriteria for vurdering av til hypotesane (kulepunkta) som er lista opp i kapittel 5.4 har vore viktige i utforming av intervjuguiden fordi eg gjennom datainnsamlinga håpar å kunne seie noko meir kvalifisert om hypotesane kan falsifiserast eller ikkje.

Hypotese nr 1: Øvingar blir lagt til grunn for justering av beredskapen i kommunane

Svara frå kommuneinformantane viser at dei har god og stor forståing for kor viktig det er å øve på situasjonar som ein ikkje til dagleg arbeider med, særleg sidan dei fleste av dei har lite eller ingen erfaringar med handtering av reelle hendingar. Dei er opptekne av at øvingane gjev informasjon om kva som ikkje fungerer og kvar dei må gjere endringar i planverket sitt slik at dei står betre rusta neste gong, særleg informasjons- og kommunikasjonsberedskapen. Dei øver på ulike scenario som kvart på sitt vis stiller ulike krav til planar og førebuinga elles. På den andre sida blir det stadfesta at øvingsaktiviteten er relativt lav, kanskje berre 1-2

gonger kvart fjerde år, og at øvingane i dei fleste tilfella har ekstern arrangør. Fleire er også avhengige av ekstern hjelp for å arrangere øvingar i eigen regi. Det er også ulike erfaringar når det gjaldt kva scenario som blei øvd. Ved ekstern øvingsarrangør var det ikkje alltid at ein fekk øvd scenario frå eigne risiko- og sårbaranalysar. Dette kunne vere scenario som blei opplevd å vere initiert av overordna styresmakter, som pandemisk influensa og atomulykker.

Resultata viser at det eksisterer store skilnader graden av systematikk når det gjeld korleis og kommunane brukar øvingar til å justere beredskapen. Det synes ikkje vere særlege skilnader i haldningane til øvingar, men at skilnadane dukkar opp når det er snakk om kva ein gjer i praksis. Fleire informantar stadfester at det er lett å skyve på beredskapsoppgåvene i ein pressa kvardag. Overnemnte gir indikasjonar på at det kan vere mykje å hente på betre kvalitet og beredskap ved å auke øvingsaktiviteten. I tillegg tyder resultata på at det vil vere sentralt å gjere kommunane mindre avhengige av ekstern øvingsarrangør. Ved å setje kommunane betre i stand til å lage og gjennomføre ulike typar øvingar sjølve, kan dei få meir skreddarsydde løysingar som betre dekkjer eigne behov. Øvingane treng ikkje alltid vere så avanserte og omfattande. Det krev ikkje så store ressursar å lage små table-topøvingar som verksemdsleiinga kan køyre ein gong i månaden i samanheng med eit leiarmøte.

I tillegg til øvingar, kom det fram at erfaringane frå reelle hendingar blei brukt for å justere planverket. I ein kommunen brukte dei reelle hendingar frå andre kantar av landet til små table-topøvingar for å teste eigen beredskap. Det syner at denne kommunen har ei medviten haldning til å gjere seg nytte av andre sine erfaringar og resultat til justering og vidareutvikling av eige planverk og utvikling av risikopersepsjon.

Med bakgrunn i kriteria for hypotesen og resultata i denne studien er det ikkje mogleg å seie noko om falsifisering av hypotese nr 1. Til det er resultata for sprikande, sjølv om studien omfattar kommunar som i utgangspunktet er sett på som betre enn andre.

Hypotese nr 2: Risiko- og sårbaranalysar er grunnlaget for beredskapsplanane

Det er eit formelt krav at kommunane skal legge risiko- og sårbaranalysar til grunn for beredskapsplanane innan helse- og sosial. Informantane opplyser at dei har risiko- og sårbaranalysar, og at dei blir lagt til grunn for beredskapsplanane. Resultata i studien viser likevel at det er skilnad mellom kommunane i kva grad analysane gjev positiv meirverdi for beredskapsnivået i kommunen fordi linken mellom analyse og plan synes svak nokre stader.

Risikobiletet som fleire av analysane skildrar er ofte reaktivt og basert på hendingar som har skjedd tidlegare, noko som fører til at analysane er gamle/utdaterte. Dermed har ikkje analysane eit innhald som gjer dei eigna som avgjerdsstøtte for lokalpolitikarar og verksemdsleiarar når dei skal ta stilling til kva slags skadeførebyggjande og konsekvensreducerande tiltak som bør gjennomførast. Dette medfører at målsetjinga med analysane, å kartleggje og skildre eit framtidig risikobilete, ikkje blir nådd i fleire av kommunane. Heller ikkje får kommunane nytta analysane som grunnlag for å utvikle øvingsscenario. Kompetansen både på å lage og bruke risiko- og sårbaranalysar er fleire stader samla på eit fåtal personar i sentrale stillingar. I tillegg tyder resultatane i studien på at sjølve kunnskapsgrunnlaget er mangelfullt for å korleis analysane kan gje støtte for kvalitetsforbetring slik at tenestene kan oppretthaldast ved ekstraordinære påkjenningar.

I arbeidet med risiko- og sårbaranalysar viser denne studien blant anna kor viktig det er med eksternt påtrykk for å halde merksemda på beredskapen oppe. Informasjonsformidling, rettleiing og inspirasjon frå dei ulike fylkesmannsembeta synes vere svært sentralt for fleire kommunar. Resultata i studien viser likevel at fleire av kommunane er i prosess for å utarbeide risiko- og sårbaranalysar som er meir i samsvar med det risikobiletet kommunane har framfor seg, gitt generelle samfunnsutviklingstrekk. Justering av risiko- og sårbaranalysane som følgje av organisasjonsendringar eller som grunnlag for dagleg drift, syns vere til dels svakt kopla. Ein informant ga klart uttrykk for at dette var meirarbeid, medan andre ser behovet, men er ikkje komne så langt at dei har nådd eit slikt mål.

Resultata i studien tyder på at påstanden i hypotese nr 2 heller ikkje kan seiast vere feilaktig og at hypotesen dermed er falsifisert, men hypotesen er heller ikkje eintydig stadfesta fordi hypotesen kan vere basert på feilaktig tolking av resultatane eller feil vurderingskriterium.

Hypotese nr 3: Helse- og sosialberedskapen er integrert i kommunen sitt samla beredskapsplanverk, i dagleg drift og andre etatar

Drøftinga i førre avsnitt er ein klar indikasjon på at helse- og sosialberedskap har ei svak integrering i det samla beredskapsplanverket i kommunane. Samarbeid på tvers av sektor- og faggrensar internt i kommunane synes ha forbettringspotensiale fleire stader. Samarbeid for å utnytte den samla kompetansen på å lage både risiko- og sårbaranalysar og beredskapsplanar vil bidra til å styrke ikkje berre helse- og sosialberedskapen, men også det generelle beredskapsnivået i kommunen. Resultata i studien indikerer at helse- og sosialtenestene til

dels arbeidar isolert frå andre fagmiljø på beredskapsfeltet og at mykje av arbeidet blir overlata til ein kommuneoverlege eller tilsvarende stilling med lite kontakt med andre. Sjølv i kommunar med beredskapskoordinator kan integreringa med resten av beredskapsplanverket vere svak. Dette tyder på at det kan vere rom for vidareutvikling både når det gjeld arbeidsområde for koordinatorstillingane og betre tilrettelegging av prosessar for samarbeid internt i kommunane. Resultata indikerer at leiarforankring på rådmanns- og ordførarnivå er det absolutt viktigaste tiltaket for å få tilstrekkeleg merksemd og prioritering på beredskapsarbeidet. Dette gjeld sjølv om arbeidet skal gjennomførast langt nede i organisasjonen.

Positive haldningar til å integrere helse- og sosialberedskap som ein del av dagleg drift i tenestene synes å vere til stades hos nokre av informantane. Resultata kan samstundes tyde på at dette er haldningar som ikkje er implementert ut over i verksemdene i særleg grad. Noko av årsaka til dette kan vere resultata som viser at det er relativt lavt kunnskapsnivå om risikobasert styring og risiko- og sårbaranalysar i tillegg til at risikopersepsjonen synes vere retta mot eit snevert område.

Uansett synes resultata indikere at det kan vere relativt store skilnader mellom kommunane når det gjeld påstandane i hypotese nr 3, men resultata viser ikkje eintydig at det er dei minste kommunane står svakast. At resultata her viser ujamn status kan vere noko overraskande all den tid samordning og integrering av beredskapsplanverket i helse- og sosialtenestene med resten av det kommunale beredskapsplanverket er eit krav i beredskapsforskrifta. Det same gjeld krava til integrering av beredskapsomsyn –og tiltak i dagleg drift. Beredskapsforskrifta er klar på at beredskapen skal ta utgangspunkt i verksemdene sjølve og i forholda utanfor verksemdene.

Hypotese nr 3 kan ikkje forkastast, men likevel indikerer resultata i studien sett opp mot vurderingskriteria som er lagt til grunn at det berre er svake koplingar og integrering av helse- og sosialberedskapen med resten av det kommunale beredskapsarbeidet.

Hypotese nr 4: Rettleiarar og anna informasjonsmateriell frå styresmaktene er viktige hjelpemiddel når kommunane skal lage risiko- og sårbaranalysar og beredskapsplanar

Alle informantane i studien, inkludert beredskapssjefen ved Helse Fonna og fylkesberedskapssjefen i Aust-Agder, la vekt på at rettleiarar og anna informasjonsmateriell

frå styresmaktene er viktige hjelpemidlar i det kommunale beredskapsarbeidet. Fleire av informantane påpeika imidlertid at ein del av materiellet er gammalt, ikkje tilpassa deira behov eller ikkje-eksisterande. Resultata indikerer at kommunane aktivt søker informasjon og kunnskap der dei meiner dei bør finne slikt, blant anna på heimesidene til ulike direktorat og tilsyn. Samstundes kan resultata vere indikasjonar på at styresmaktene kanskje ikkje godt nok utnyttar ein kanal for implementering av nasjonal politikk på beredskapsområdet. Informantane ga uttrykk for at dei treng hjelp og bistand for å gjere sin del av beredskapsførebuingane, noko som tyder på rettleiing for å vite i kva retning ein skal gå. Dette kan også vere indikasjonar på at kommunane ikkje finn det rettleiings- og informasjonsmateriellet som finst fordi dei må søkje svar på fleire spørsmål i mange ulike fagmiljø, blant anna innan miljøretta helsevern, atomulykker og sosial beredskap. Dette kan difor gje forklaringskraft til ei oppfatning om at mange kommunar strevar med å lage gode beredskapsplanar og risiko- og sårbaranalysar.

Fleire informantar var også opptekne av at delar av det informasjons- og rettleiingsmateriellet er for vanskeleg eller diffus, og her var det fleire som nemnte rettleiaren til DSB. Dette kan vere indikasjonar på fleire forhold, som til dømes at kommunane ikkje har tilstrekkeleg grunnkompetanse innan risikostyring og forståing for korleis risikopersepsjon kan utnyttast til å utvikle beredskapsplanverket. Det kan dessutan indikere at kommunane har små administrative ressursar til å arbeide med risiko- og sårbaranalysar og beredskapsplanar, samt drive opplæring av verksemdsleiarar. Oppfatninga av at rettleiingsmateriellet ikkje er godt nok tilpassa kommunale behov kan også styrkast ved at informantane nemner at dei brukar t planverk og analysar frå nabokommunane for å sjå korleis det er gjort hos dei. Nokre informantar nemner i tillegg at dei brukar fylkesberedskapssjefen som støtte når rettleiingsmateriellet ikkje gjev svar.

Vurderingskriteria som ligg til grunn for hypotese nr 4 blir støtta av det materialet som ligg til grunn for denne studien, men ikkje nok til at hypotesen kan forkastast.

7.2 Indikatorar for god beredskap

Som del to i problemstillinga var det også eit mål med studien å seie noko om kva som kan vere indikatorar for god kvalitet i det kommunale beredskapsarbeidet, og kvifor dette er gode indikatorar.

Undervegs i arbeidet viste det seg krevjande å finne litteratur om kva som kan vere gode indikatorar for beredskap – kva er det eigentleg som skal målast? Ulike bransjar og verksemdar har ulike risikoscenario dei legg til grunn for si verksemd. Kvalitetsindikatorar for god beredskap i helse- og sosialtenestene på overordna og funksjonelt nivå er allereie definert gjennom lov og forskrift. Resultata i studien indikerer ei svak kopling mellom funksjonelle krav/kvalitetsindikatorar på nasjonalt nivå og beredskapsarbeidet som føregår i helse- og sosialtenestene på lokalt nivå. Kommuneinformantane er kjent med dei krav som blir stilt til analysar, beredskapsplanar, øvingar osv, men dei er ikkje samstemt i at dette vil bidra til god eller betre beredskap. Likevel viser fleirtalet blant kommuneinformantane i studien at det er forståing for behovet for ulike beredskapsførebuingar, og at dette blir sett på som eit første steg på vegen mot eit kvalitativt godt beredskapsarbeid i kommunane. Dette synes å stadfeste at utarbeiding av kvalitetsindikatorar må skje på minst to nivå; nasjonalt og lokalt nivå, for at indikatorane skal blir brukarvenlege nok som styringsreiskapar for helse- og sosialtenestene.

Helse- og sosialberedskapsplanane bør vise kva for langsiktige mål og strategiar kommunen legg til grunn for å fremje god beredskap i helse- og sosialtenestene. Mål og strategiar må ta utgangspunkt risiko- og sårbaranalysane og andre forhold som er spesielle for den ein skilde kommune. Mål, strategiar og risiko- og sårbaranalysar er då grunnlaget for prioritering av førebyggjande og skadereduserande tiltak. Tiltaka må kostnadsreknast og det må lagast ein gjennomføringsplan med ansvarsplassering. Tilstrekkeleg leiarforankring, både politisk og administrativt, er sentralt for å sikre oppfølging. Informasjons- og kommunikasjonsberedskap, øvingar, interkommunalt og regionalt samordning og samarbeid og samarbeid med frivillige organisasjonar er områder som er nemnt som ”skal”- krav i lov og forskrift. Difor må kommunane definere for seg sjølve kva som skal til for å oppfylle og dokumentere kva aktivitetar og prosessar dei legg opp til for å imøtekome krava.

Risiko- og sårbaranalysane kan operasjonaliserast slik at det blir stilt krav til at dei som eit minimum viser *sårbare* punkt i tenestene og *korleis* ulike scenario får konsekvensar for tenestene og kva førebyggjande og skadereduserande tiltak som er aktuelle å setje i verk. Det er ikkje nok at analysen i generelle vendingar listar opp moglege scenario som ulike smittesituasjonar, atomulykker, brann, evakuering, transportulykke og så vidare. Relevansen dei ulike scenarioa har for helse- og sosialtenestene må kome fram. Ved pandemisk influensa er det relevant å vise korleis lav bemanning vil påverke tenestene, er det oppgåver som kan

utsetjast, forsyning av utstyr og legemidlar, kven skal ein samarbeide og samordne seg med, osv? Dette er også tema/indikatorar som vil vere med å styrkje dagleg drift i tenestene.

Ein god lokal kvalitetsindikator for **øvingane** i helse- og sosialtenestene vil vere at det blir gjennomført minst éi øving pr år, og at øvingane skal ta utgangspunkt i scenario som er omtala i risiko- og sårbaranalysen. Det bør stillast krav til variasjon i øvingstype; fullskala, table-top, stabsøving, samøving o.a., noko som vil gje ulike erfaringar og dekkje eit breiare spekter av scenario, for ulike typer personell, oppgåver og utfordringar i tenestene elles. På sikt bør det stillast krav til kommunane om at dei har kompetanse på å utvikle og gjennomføre fleire av øvingane sjølve.

Ein sentral nasjonal kvalitetsindikatorar vil vere at kommunane legg dokumentasjon av beredskapsarbeidet sitt inn i HMS-systemet eller tilsvarende dokumentasjonssystem og at internkontrollkrava for tenestene blir oppfylt. Dette vil ikkje gjere sjølve beredskapen betre, men vil vere indikator på eit kontinuerleg forbetningsarbeid når det gjeld prosessar og utvikling av kollektiv merksemd. Beredskapsoppgåvene må oppfattast som vanlege oppgåver med faste fristar på like line med alt det andre, og ikkje noko som kjem i tillegg, elles blir det lett skippertak også framover.

Studien indikerer behov for og ynskje om auka kompetanse på beredskap, risikobasert styring, planlegging og kvalitet/kontinuerleg forbetningsarbeid i helse- og sosialtenestene. Dette er sentrale føresetnader for å kome fram til sameinte kvalitetsindikatorar på helse- og sosialberedskapsfeltet.

7.3 Avsluttande kommentarar

Målsetjinga med studien var å kunne seie noko om erfaringar frå det kommunale beredskapsarbeidet dei siste 10 åra kan brukast for å vidareutvikle beredskapen, sikre ei proaktiv tilnærming og unngå at det blir eit område prega av skippertak med fokus på den siste krisa. Det var eit kriterium at kommunane hadde fått Beredskapsprisen frå DSB.

Studien synes gje grunnlag for å seie at det generelt er eit stykke veg å gå før kommunane er komne opp på eit nivå med beredskapsarbeidet sitt som er i godt samsvar med nasjonale forventningar uttrykt i lov og forskrifter. Nokre av kommunane har kome langt, og synes ha

utvikla ei større grad av kollektiv merksemd og god risikopersepsjon enn andre kommunar. Andre kommunar synes ha eit meir ujamnt nivå i den forstand at det er store skilnader i haldningar, merksemd, kompetanse og så vidare internt i kommunen. Helse- og sosialtenestene har mange verksemdar og det kan vere ei ekstra utfordring å nå fram til alle leiarnivå og til eit stort tal tilsette.

Resultata synes vidare å peike i retninga av behovet for tydelege krav og forventningar frå sentrale styresmakter til innhald og kvalitet på beredskapsarbeidet. Kvalitetskrav og -forventningar må imidlertid skilje mellom nasjonale og lokale kvalitetsindikatorar. Det må samstundes bli lagt betre til rette med informasjonsmateriell, rettleiarar, kompetanseheving og oppfølging. Studien kan også indikere at helse- og sosialtenestene treng å styrke sin generelle planleggingskompetanse for å kome i betre dialog med plan- og beredskapsmiljøet elles i kommunen. Fleire av informantane meinte at Beredkapsprisen ikkje hadde hatt noko betyding for beredskapsarbeidet i kommunen. Prisen er ei oppmuntring der og då, men gjev ikkje langtidseffektar. Det kan også vere slik at kommunane ikkje har klart å utnytte den ekstra motivasjonen ein slik pris kan gje. På bakgrunn av funna i denne studien kan det også vere nyttig med ein diskusjon om framtida for Beredkapsprisen.

Resultata viser og at helse- og sosialtenestene har eit stykke ugjort arbeid når det gjeld systematisk og kontinuerleg forbetningsarbeid samt å ta i bruk internkontroll som ein del av eit dokumentasjonssystem for beredskapsarbeidet. Her kan sentrale styresmakter leggje betre til rette for å syne samanhengane i dei ulike interne administrative plan- og styringsaktivitetane. Tilrettelegging for og vidareutvikling av gode lokale prosessar i samband med fylkesmannens beredskapstilsyn i kommunane vil ha ei sentral rolle i også framover. Som døme kan nemnast Aust-Agder der tilsynet inngår som éin aktivitet i ein ”pakke”: førebuing til tilsyn, tilsynsgjennomføring, opplæringsaktivitetar, kommunal beredskapsdag, øving og til slutt evaluering med oppfølgingspunkt og ansvarsplassering.

Etter snart ti år med helseberedskapslova og beredskapsforskrifta kan funna i denne studien indikere at det kanskje naturleg å ta eit steg til sides for ei grundigare evaluering av den utviklinga som har vore.

7.4 Framlegg til vidare studiar

Studien har vore avgrensa til helse- og sosialberedskap i kommunane og om ein kan nytte erfaringar frå dei siste 10 åra til å vidareutvikle beredskapen. Som case er nytta kommunar som har fått DSB sin Beredskapspris. Med bakgrunn i resultatane frå denne studien kunne det vore interessant å foreta ein større samanliknande kvalitativ casestudie som omfattar beredskapsstatus på fleire områder og kommunar. Ein slik studie vil til dømes kunne gå i djupna på resultatane i Kommuneundersøkinga, sjå nærare på kva som ligg til grunn for innhaldet i svara i undersøkinga og på den måten gi eit meir nyansert bilete av den kommunale beredskapsstatusen i Noreg.

Justisdepartementet har våren 2009 sendt over eit lovframlegg til Stortinget som gjeld innføring av generell kommunal beredskapsplikt. Dersom framlegget blir vedteke, er det rimeleg å tru at det vil medføre høgare aktivitet på beredskapsområdet i kommunane. Ein konsekvens av dette kan vere større behov for overvaking/oppfølging frå styresmaktene si side, med påfølgjande krav til statistisk datamateriale og utvikling av kvalitetsindikatorar. Dette bør vere interessant for ein utviklingsstudie for å kome fram til indikatorar for måle kvaliteten i beredskapen.

7.5 Oppfølgingspunkt

I tillegg til det som nemnt i kapittel 7.4, vil det for helse- og sosialberedskapen spesielt vere aktuelt med oppfølging på desse områda:

- a) Utvikle nasjonale og lokale kvalitetsindikatorar for helse- og sosialberedskapen
- b) Oppheve forskrifta om fylkeslegens arbeid med helseberedskap
- c) Avklare risikotilnærming, jf kapittel 3.5 og 6.5
- d) Utarbeide analysar for dimensjonerande scenario, jf styringsforskrifta for petroleumsverksemda

8 Litteraturliste

Anderson, M. B (1999): *Do no harm, how aid can support peace – or war*, Lynne Rienner Publishers, USA

Aune, A (1996): *Kvalitetsstyrte bedrifter*, Ad Notam Gyldendal AS 1993, 3. opplag

Aven, T. (2000): Risk analysis – a tool for expressing and communicating uncertainty, *Pensumartikkel frå kompendium for MTS 140, januar 2008*.

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

Aven, T. (2006): *Pålitelighets- og risikoanalyse*, Universitetsforlaget 2004, (4. utgåve)

Aven, T. (2007): *Risikostyring*. Universitetsforlaget

Blaikie, N. (2008): *Designing social research*, Polity Press, USA

Boin, A., t'Hart, P., Stern, E. & Sundelius, B. (2007): *The politics of crisis management: Public leadership under pressure*. Cambridge University Press, UK, 2007, 4. utgave

Boyesen, M. (2003): Risikopersepsjon – en innføring i fagfeltet, *Direktoratet for sivil beredskap*, ISBN:82-7985-007-4

Busch, T., Johnsen, E., Valstad, S. J., og Vanebo, J. O (2007): *Endringsledelse i et strategisk perspektiv*, Universitetsforlaget

Crichton, M. T., Ramsay, C.G., Kelly, T. (2009): Enhancing Organizational Resilience Through Emergency Planning: Learnings from Cross-Sectoral Lessons. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 1, s 24-37

Deming, W.E, (2000): *Out of the crisis* (2. utgåve) Ophavleg utgjeve MIT 1982, USA

Direktoratet for sivilt beredskap (1994): *Veileder for kommunale risiko- og sårbarhetsanalyser*

Direktoratet for sivilt beredskap (2001): *Systematisk samfunnssikkerhets- og beredskapsarbeid i kommunene.* (veileder)

Direktoratet for samfunnstryggleik og beredskap (2008): Kåring av årets kommune innen samfunnssikkerhet og beredskap for 2007, *Brev til Fylkesmennene 15 februar 2008*

Helsedirektoratet (2009): *Nasjonale hovudmål og prioriteringar*, Rundskriv IS-1/2009

Helsedirektoratet (2009): *Helse- og sosialberedskap i kommunane*, Rettleiar. IS-1596

Helsedirektoratet (2009): *Samla statusrapport frå fylkesmannsembeta og regionale helseføretak*, 30. april 2009

Helse- og omsorgsdepartementet (2009): *Oppdragsdokument til dei regionale helseføretaka*

Helse- og omsorgsdepartementet (2007): *Nasjonal helseplan (2007 -2010) Særtrykk av St.prp.nr.1 (2006-2007) kapittel 6*

Hollnagel E. & Woods DD, Leveson N (2006): *Resilience engineering: Concepts and precepts*. Aldershot: Ashgate.

Hood, C., Rothstein, H. & Baldwin, R. (2001): *The government of risk: Understanding risk regulation regimes*. Oxford University Press

Jacobsen, D.I, (2005): *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* HøyskoleForlaget, 2. utgave

Klinke, A., Renn, O. (2002): A new approach to risk evaluation and management: risk-based, precaution-based and discourse-based strategies, *Risk Analysis nr 6*

Langhelle, O. (2008): Forelesning 20. oktober MEN115 Kvalitative metoder

Nilsen, A. S., (2007): *Municipal Risk Management: Implications of the use of different risk tools, Faculty of Sosial Sciences, PhD Thesis UiS no. 35*

NOU 2000:6: *Når sikkerheten er viktigst*

NOU 2001:31 *Når ulykken er ute*

NOU 2000:24: *Et sårbart samfunn*

Sosial- og helsedirektoratet (2005): IS-1162, ... *Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015)*

Sosial- og helsedirektoratet (2007): IS- 1502, *Hvordan kommer vi frå visjoner til handling?... og bedre skal det bli!*

Statens Helsetilsyn (2005): Tilsynsmeldinga 2005

Statens Helsetilsyn (2008): Tilsynsmeldinga 2008

St.meld nr 17 (2001-2002): *Samfunnssikkerhet. Veien til et mindre sårbart samfunn*

St. meld nr 37 (2004-2005): *Flodbølgekatastrofen i Sørøst-Asia*

Vinsand AS (2006): Erfaringer fra utviklingsprosjekt om kommunal samfunnssikkerhet i Nordland, prosjektrapport til Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap

Walton, M. (1990): *Deming management at work*, G.P. Putnam's Son, New York, USA

Weick, K.E, Sutcliffe, K.M. & Obstfeldt, D.(1999): Organizing for high reliability: processes of collective mindfulness. *Research of Organizational Behavior*, s 81-123,

Weick, K.E & Sutcliffe, K.M. (2007): *Managing the unexpected: Resilient performance in an age of uncertainty*, (2. utgåve), Jossey Bass Wiley, San Francisco, CA.

Wiig, S. (2008): Contributions to risk management in the public sector. *Faculty of Social Sciences, PhD Thesis UiS no. 48*

Yin, R.K (2003): *Casestudy research, design and methods*, Saga Publications, California, USA

Lover

Lov om helsetjenesten i kommunene, 19. november 1982 nr 66

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten, 30. mars 1984 nr 87

Lov om sosiale tjenester, 13. desember 1991 nr 81

Lov om vern mot smittsomme sykdommer, 5. august 1994, nr 55

Lov om strålevern og bruk av stråling, 12. mai 2000 nr 36

Lov om helsemessig og sosial beredskap, 23. juni 2000 nr 56

Forskrifter

Forskrift om fylkeslegens arbeid med helseberedskap, 24. februar 1994 nr 146

Forskrift om vannforsyning og drikkevann mm., 1. januar 1995

Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften), 6. desember 1996

Instruks om internkontroll og systemrettet tilsyn med det sivile beredskapsarbeidet i departementene, 3. november 2000 nr 1093

Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid o.a., 23. juli 2001

Forskrift om styring i petroleumsvirksomheten (styringsforskriften), 3. september 2001

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, 20. desember 2002 nr 1731

Forskrift om tiltak for å forebygge og begrense konsekvensene av storulykker i virksomheter der farlige kjemikalier forekommer (storulykkeforskriften), 17. juni 2005 nr 672

Forskrift om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse (IHR-forskriften), 21. desember 2007 nr. 1573

Instruks for samfunnssikkerhets- og beredskapsarbeidet til Fylkesmannen og Sysselmannen på Svalbard, 18. april 2008 nr 388

Internettadresser:

www.helsedirektoratet.no

www.kunnskapssenteret.no

www.kvalitetogprioritering.no

www.lovdata.no

www.regjeringen.no

www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks_5477.aspx,

www.wikipedia.org

9 Vedlegg

Vedlegg nr 1: Intervjuguide

Intervjuguiden tek utgangspunkt i fire hypotesar som eg ynskjer å teste. Den er også basert på bakgrunnsstoffet som eg har funne i grunngevingane til fylkesmennene når dei har nominert sine kommunar til samfunnstryggleiks- og beredskapsprisen til DSB.

Øvingar

Blir/ korleis blir øvingserfaringar brukt i utvikling av beredskapsplanverket i helse og sosialtenestene?
Kven sine øvingar blir det henta erfaringar frå, egne eller andre?
Kva scenario blir brukt i øvingane?
Korleis deltek ein i øvingane som blir arrangert (observatør, blir øvd)?
Blir erfaringar frå reelle hendingar brukt – korleis blir dei brukt?

Risiko- og sårbaranalysar som grunnlag for beredskapsplan

Kva haldning har respondenten til lovkravet om at ei ros-analyse er grunnlaget for helsemessig og sosial beredskap?
Kva har kommunen gjort (aktivitetar) for å oppfylle kravet til ros-analyse som grunnlag for beredskapen?
I kva grad blir risiko- og sårbaranalysane oppdatert og vedlikehalde når det skjer endringar i omgjevnadane, i kommuneorganisasjonen eller den enkelte verksemd? Korleis dokumenterer kommunen at oppdateringar blir gjort?
I kva grad blir utarbeiding av risiko- og sårbaranalysar oppfatta som ein integrert del av grunnlaget for daglig drift. Blir dei oppfatta som noko som kjem i tillegg og som ekstraarbeid?
Har kommunen kompetanse til å lage, og ikkje minst, bruke ei risiko- og sårbaranalyse?
Kven og kor mange har slik kompetanse i kommunen?
Kva kompetanse nyttar kommunen/har kommunen nytta ved utarbeidinga/ kjøper/låner kommunen kompetanse utanfrå?

Rettleiarar og anna informasjonsmateriell

I kva grad, og korleis brukar kommunane tilgjengeleg rettleiings- og informasjonsmateriell frå styresmaktene i ROS og beredskapsarbeidet?
Er rettleiarar og anna informasjonsmateriell frå styresmaktene tilpassa dei behova kommunane har?
Er rettleiingsmateriell får styresmaktene til hjelp og inspirasjon for kommunane?
Kva slags prosessar blir brukt internt i kommunen for å heve kompetanse til dei tilsette og auke forståinga for beredskapsarbeid? Kven tek/har ansvaret for slik arbeid?

Vidareutvikling av beredskapsplanverket i helse- og sosialtenestene versus anna kommunalt beredskapsplanverk (eiga og andre kommunar), drift og andre etatar i kommunen

Kven har ansvaret for å drive beredskapsplanlegging i kommunen? Korleis er helsemessig og sosial beredskap integrert i dette arbeidet?
Kva legg du i systematisk beredskapsarbeid?
Kva har vore suksessfaktorar for å skape motivasjon for beredskapsarbeidet (slik at ein unngår skippertak)?
I kva grad blir kravet om forsvarleg drift i helsetenestene kopla opp mot beredskapsarbeidet?
Blir beredskapsarbeid/-planlegging oppfatta å kunne vere nyttige reiskapar til å vidareutvikle tenestene til innbyggjarane?
Kva vil, etter ditt syn, vere gode prosessar for å utvikle eksisterande planverk og kome nokre steg vidare? (Aktørar, forankring, deltaking, kompetanse, andre ressursar o.a.)

Interkommunalt og regionalt samarbeid

Kva finst av interkommunalt/regionalt samarbeid innan beredskap?
Korleis fungerer eit ev interkommunalt/regionalt samarbeidet knytt til zoonosar, mattryggleik, smittevern, drikkevatt, miljøreta helsevern og vurderingar av naturtruslar?
Kva vil, etter ditt syn, vere gode prosessar for ev å utvikle eksisterande samarbeid og planverk og kome nokre steg vidare? Aktørar, forankring, deltaking, kompetanse, andre ressursar o.a.)

Vedlegg nr 3: Informantoversikt

Gjerstad kommune:

Egil Nic. Haugland, beredskapskoordinator
Anne Solheim Bentzen, kommunelege

Ringsaker kommune:

Åshild Bakken, beredskapskontakt

Stavanger kommune:

Torstein Nielsen, beredskapssjef

Ski kommune:

Bjørge Bjøtveit, kommuneoverlege

Tromsø kommune:

Trond Brattland, kommuneoverlege

Helse Fonna HF:

Ingerid M. Paulsen, beredskapssjef

Fylkesmannen i Aust-Agder:

Dag Auby Hagen, fylkesberedskapssjef

Vedlegg nr 4: Figur og tabelloversyn

Figur 1: Gruppering av kvalitet og kvalitetsindikatorar frå produksjon til brukarnytte, side 20

Figur 2: Demings kvalitetssirkel, side 21

Figur 3: Talet på kommunar som oppfyller dei ulike kriteria i Trappemodellen i Nordland 2004, side 61

Figur 4: Systematisk tryggleiks- og beredskapsarbeid, side 69

Tabell 1: Kontrollkomponentar, innhald og kontekst i reguleringsregimet, side 26

Tabell 2: Justert Trappemodell med kriterium for kommunane i Nordland 2004, side 60