



Helsemessig og sosial beredskap i sykehus – ivaretar dagens beredskap morgendagens utfordringer?

Masteroppgave i samfunnssikkerhet

Universitetet i Stavanger

Samfunnsvitenskapelig Institutt

MSAMAS - Våren 2013

Elisabeth Haga Jacobsen

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERGRADSSTUDIUM I
SAMFUNNSSIKKERHET**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vårsemester 2013

FORFATTER: Elisabeth Haga Jacobsen

VEILEDER: Dag Tomas Sagen Johannesen

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Helsemessig og sosial beredskap i sykehus – ivaretar dagens beredskap morgendagens utfordringer?

EMNEORD/STIKKORD:

Beredskapsplaner, helsemessig og sosial beredskap, kvalitetsforbedring, planlegging, implementering

SIDETALL: 122 (131 inkludert innledende sider)

STAVANGER15.juni 2013.....
DATO/ÅR

Sammendrag

Etter de tragiske hendelsene 22.juli 2012 opplevde vi en voldsom interesse fra media, befolkningen og det offentlige i forhold til hvilken beredskap helsevesen og andre nødetater burde og skulle ha i forhold til slike hendelser. Helsevesenet har gjennom Lov om helsemessig og sosial beredskap (2000) en plikt til å sørge for at de gjør forberedelser og legger planer for hvordan de skal kunne ivareta sin plikt til å yte helsehjelp ikke bare i en normalsituasjon, men også under en krise eller katastrofe. Men hvordan ivaretar et sykehus denne plikten? Hva gjør man, og hvordan gjør man det?

Disse spørsmålene lå til grunn da jeg utformet min problemstilling:

Helsemessig og sosial beredskap i sykehus – Ivaretar dagens beredskap morgendagens utfordringer?

I denne oppgaven har jeg forsøkt å besvare dette spørsmålet. Beredskap innen helse er en ung vitenskap, og man mangler formelle, evidensbaserte vurderingsredskap for å vurdere godheten av de beredskapsplaner som finnes i helsevesenet. Jeg forsøkte derfor først å bringe på de rene hvilke indikatorer man kan se etter, for å kunne si noe om «godheten» av et beredskapssystem. Jeg så også på hvordan prosessene omkring utformingen av planverket bør være, for at man skal kunne oppnå en kvalitetsforbedring.

På bakgrunn av dette utarbeidet jeg et sett forskningsspørsmål. Forskningsspørsmålene hadde som mål både å få en klarhet i hvilke overordnede dokumenter og planer som er førende og legger premisser for hvordan sykehuset utarbeider sitt planverk, hvordan prosessene rundt planlegging av beredskapstiltak var i organisasjonen, samt hvordan man forankret og gjorde planverket kjent. Samtidig skulle forskningsspørsmålene klarlegge hvilke erfaringer man hadde gjort seg med bruk av planverket, enten i forbindelse med reelle katastrofer, eller ved bruk av planverket i forbindelse med øvelser.

For å få svar på spørsmålene mine, valgte jeg et kvalitativt forskningsdesign, og gjorde en casestudie. Metodene for datainnsamling var dokumentstudier og individuelle, delvis strukturerte intervju av personer i organisasjonen som hadde erfaring med utforming av og/eller bruk av planverket. Forskningsspørsmålene lå til grunn for dokumentstudiene jeg gjorde, og for utformingen av spørsmålene i intervjuguiden.

Jeg fant at sykehuset som organisasjon har arbeidet med beredskapsplanlegging i flere år, og at oppmerksomheten rundt og kunnskapen om dette har økt de siste årene. Sykehuset har valgt å organisere sitt planverk i et hierarkisk oppbygd system, med en overordnet plan som gjelder for hele organisasjonen, og tilhørende delplaner for de ulike divisjonene og avdelingene. Planene er for det meste basert på erfaring fra tidligere hendelser, og dette har gjort at planverket framstår som oversiktlig, og at de ulike delplanene oppleves som relevante og nyttige for dem som skal bruke dem.

Samtidig fant jeg at man sjelden benytter en tradisjonell risikostyringsstrategi ved utforming av planene. Man hadde ingen tradisjon for å gjennomføre f.eks. interne risiko- og

sårbarhetsanalyser, hverken i den divisjonen jeg undersøkte, eller på overordnet plan. Dette medførte at beslutningsgrunnlaget både i forhold til hvilke scenarier som var truende for sykehusets evne til å yte helsehjelp, og for hvilke tiltak man skulle innføre for å redusere en eventuell risiko, var mangelfullt. Det var vanskelig å undersøke eller evaluere om de tiltakene man hadde satt i verk var adekvate for å minske risikoen, og de manglende analysene gjorde at beredskapsplanene bar preg av en reaktiv tilnærming til truslene, i stedet for en proaktiv tilnærming.

Jeg fant også at erfaringer fra tidligere øvelser viste at forankringen og kjennskapen til planverket ute i organisasjonen var mangelfullt. De mest framtrедende årsakene til dette, var etter min mening å finne i prosessene rundt utforming og innføring av planverket. Ved å gjennomføre planleggingsprosesser som bærer preg av rasjonell planlegging, hvor man legger til grunn at selve prosedyren vil medføre endring av atferd, mister man den muligheten som ligger i å bruke en kommunikativ planleggingsstrategi. I henhold til det kommunikative idealet vil det at alle parter deltar i prosessen bidra til en ny kollektiv meningsdanning, som gir en felles forståelse og forankring i organisasjonen. Forankringen i organisasjonen ble også svekket ved måten man gjorde planverket kjent. Man baserte seg mye på felles informasjonsmøter, og å sende ut informasjon på mail, i stedet for deltagende prosesser som ulike former for øvelser og gjennomganger. Alle disse prosessene er etter min mening med på å svekke sykehusets evne til å være godt forberedt på en framtidig utfordring.

Det som var positivt, var at ved å snakke med informanter som hadde vært med på beredskapsarbeid ved sykehuset i flere år, så jeg at organisasjonen hadde utviklet seg og modnet i løpet av de siste årene. Oppmerksomheten rundt beredskapsarbeid var økt etter at det var ansatt egne personer til å koordinere beredskapsarbeidet på overordnet nivå, og forankringen i toppledelsen var bedre enn tidligere, slik at forutsetningene for å oppnå en kvalitetsforbedring er til stede.

Forord

Denne masteroppgaven er resultatet av to års studier av Samfunnssikkerhet ved universitetet i Stavanger. Helt siden jeg startet på studiet har tematikk for masteroppgaven lagt i bakhodet, og jeg var innom mange ulike tema før jeg endelig bestemte meg for å skrive om helsemessig og sosial beredskap.

Som operasjonssykepleier har jeg utallige ganger stått i situasjoner hvor ting skjer fort, og avgjørelser som blir tatt kan få konsekvenser for liv og død. Når traumealarmen går, kjenner alle at hjertet slår litt fortere, og man er avhengig av å kjenne rutiner og prosedyrer for å kunne handle raskt og gjøre en god og koordinert jobb for pasienten sammen med de andre medlemmene av teamet. De tragiske hendelsene 22.juli fikk meg til å reflektere over hvordan denne situasjonen hadde vært dersom det ikke var en eller to personer som var skadd, men mange, mange flere. Hvordan ville sykehuset som organisasjon taklet dette? Samtidig har min jobb som leder, og nå som HMS koordinator, gitt meg en dypere innsikt i sykehuset som organisasjon. Jeg ser nå at for at vi sammen skal gjøre en god jobb, er det viktig at vi ser at ingen kjede er sterkere enn det svakeste ledd, og at alle de ulike divisjonene, avdelingene og faggruppene er små brikker som må passe sammen for at puslespillet skal bli komplett.

Jeg vil først få takke mine ledere, Aina Hauge og Anne Ree Jensen, som har gitt meg muligheten til å ta denne masteren ved å tilrettelegge arbeidstiden min slik at jeg kunne følge forelesninger og skrive på oppgaven. Jeg må også rette en stor takk til mine kollegaer og ansatte, som har stått på og jobbet for å få hjulene til å gå rundt, selv om jeg har vært borte. Dere er fantastiske! Jeg må også få rette en stor takk til mine informanter ved sykehuset. De er alle personer med en veldig travel hverdag, men de tok seg likevel tid til å snakke med meg. Uten dem hadde ikke denne oppgaven vært mulig å gjennomføre!

Min veileder Dag Tomas Sagen Johannesen har vært til uvurderlig hjelp. Det har vært fantastisk å ha noen å diskutere med, og han har kommet med konstruktive og nyttige innspill, som har hjulpet meg til å se ting i et nytt perspektiv når jeg kjørte meg fast.

Prosessen med å skrive oppgaven har vært lang og ensom. Det å kombinere oppgaveskriving med to travle og ansvarsfulle jobber, har til tider vært utmattende. Ikke bare for meg, men for hele familien. Den største takken går derfor til min mann Ståle og mine barn Tonje og Tollef, for at de har vært så tålmodige med meg disse to årene, og for at de har gitt meg muligheten til å fullføre dette prosjektet. Hele prosessen har vært spennende, lærerik og utfordrende, og resultatet presenteres i denne oppgaven.

Stavanger 15. juni 2013

Elisabeth Haga Jacobsen

Innholdsfortegnelse

| | | |
|--------|---|----|
| 1. | INNLEDNING OG BAKGRUNN | 1 |
| 1.1. | Begrunnelse for valg av tema | 1 |
| 1.2. | Problemstilling og forskningsspørsmål..... | 3 |
| 1.3. | Struktur for masteroppgaven | 5 |
| 1.4. | Teoretisk rammeverk | 5 |
| 1.5. | Avgrensning av oppgaven | 8 |
| 2. | TEORETISK GRUNNLAG..... | 10 |
| 2.1. | Helsemessig og sosial beredskap | 10 |
| 2.2. | Beredskapsplaner | 12 |
| 2.2.1. | Før-ulykke- modellen..... | 15 |
| 2.2.2. | Etter-ulykke- modellen | 15 |
| 2.3. | James Reason | 17 |
| 2.4. | Risk management and governance | 22 |
| 2.4.1. | Epoker i sikkerhetsarbeid | 22 |
| 2.4.2. | Tradisjonell risikostyring..... | 23 |
| 2.4.3. | Det nye konseptet ved risikostyring..... | 24 |
| 2.4.4. | Omfanget av rammeverket | 25 |
| 2.4.5. | Komponentene ved risikostyrings- rammeverket..... | 25 |
| 2.5. | Planleggings- og organisasjonsteorier..... | 28 |
| 2.5.1. | Instrumentell rasjonalitet..... | 28 |
| 2.5.2. | Kommunikativ rasjonalitet | 29 |
| 2.5.3. | Endring av atferd | 31 |
| 2.6. | Kriser..... | 32 |
| 2.6.1. | Kriseforskning..... | 32 |
| 2.6.2. | Kriseledelse..... | 34 |
| 3. | FORSKNINGSMETODE..... | 36 |
| 3.1. | Vitenskapelig og metodologisk ståsted..... | 36 |
| 3.1.1. | Ulike metodiske tilnærminger | 36 |
| 3.1.2. | Forskningsstrategi | 37 |
| 3.2. | Case som forskningsstrategi..... | 38 |
| 3.2.1. | Kritikk av casestudier..... | 38 |
| 3.3. | Datagrunnlag | 39 |
| 3.3.1. | Utvelgelse av informanter | 39 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 3.3.2. | Metode for datainnsamling..... | 40 |
| 3.3.3. | Beskrivelse av datainnsamlingsprosessen..... | 42 |
| 3.3.4. | Presentasjon og analyse av data | 42 |
| 3.4. | Vurdering av dataenes gyldighet og pålitelighet..... | 43 |
| 3.4.1. | Reliabilitet..... | 43 |
| 3.4.2. | Validitet | 44 |
| 3.5. | Forskningsetikk..... | 45 |
| 4. | EMPIRI | 47 |
| 4.1. | Dokumentstudier | 47 |
| 4.1.1. | Beredskapsarbeid på sykehuset | 47 |
| 4.1.2. | Andre studier av beredskapsarbeid på sykehus..... | 51 |
| 4.1.3. | Læring for bedre beredskap | 55 |
| 4.2. | Intervjuer | 57 |
| 4.2.1. | Hvordan ivaretar sykehuset beredskapsplikten i dag? | 58 |
| 4.2.2. | Benyttes risikoanalyser/andre analyser ved utforming av planene? | 59 |
| 4.2.3. | Hvordan gjøres planene kjent i organisasjonen? | 61 |
| 4.2.4. | Hvordan vedlikeholdes planene? | 62 |
| 4.2.5. | Opplever man utfordringer i forhold til planverket? | 62 |
| 4.2.6. | Opplever man utfordringer ved implementering/oppfølging? | 66 |
| 4.2.7. | Hvilke erfaringer har informantene med planverket? | 68 |
| 5. | DRØFTING..... | 72 |
| 5.1. | Plan..... | 72 |
| 5.2. | Do | 82 |
| 5.3. | Study..... | 88 |
| 5.4. | Act..... | 93 |
| 6. | KONKLUSJON | 98 |
| 6.1. | Hva har jeg funnet? | 98 |
| 6.2. | Videre muligheter..... | 99 |
| | Litteraturliste..... | 101 |
| | Bøker og tidsskrifter | 101 |
| | Lover og forskrifter | 104 |
| | Offentlige dokumenter..... | 104 |
| | Andre publikasjoner | 105 |
| | Internettreferanser | 106 |

| | |
|---|-----|
| Liste over figurer, med referanser..... | 106 |
| Vedlegg..... | 108 |
| Vedlegg 1: Informasjon til informanter..... | 108 |
| Vedlegg 2: Intervjuguide | 109 |
| Vedlegg 3: Matrise over empiri fra intervjuene..... | 1 |

1. INNLEDNING OG BAKGRUNN

1.1. Begrunnelse for valg av tema

Norske helseforetak skal yte nødvendig helsehjelp til befolkningen. Lov om helsemessig- og sosial beredskap (2000) og tilhørende ”Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid” (2001) gir hjemmel og føringer for beredskapsarbeidet i de regionale og lokale helseforetakene, og disse er pålagt å organisere driften på slik måte at de kan yte denne helsehjelpen både i normalsituasjoner, og i ulike krisesituasjoner. Nasjonal helse- og sosialberedskapsplan (2007) er den eneste beredskapsplanen i Norge på overordnet nasjonalt nivå. Denne planen gir føringer for organiseringen av helseberedskapen i Norge, og er således et rammeverk for foretakenes egne planer, både på lokalt og regionalt nivå.

Etter hendelsene 22.juli er beredskap ved helseforetak blitt aktualisert. Man kan hevde at ingen kunne vært forberedt på en krise av et slikt omfang her i Norge. Men selv om man ikke var forberedt på akkurat denne hendelsen, viser rapporten som ble utarbeidet etter hendelsene (NOU 2012:14) at systemet gjennom sine beredskapsplaner var forberedt på en krise som hadde likhetstrekk, og at helsesystemet derfor greide å ta i mot de skadde på en god måte.

Et beredskapssystem er en del av helseforetakets risikostyringssystem for å takle kriser og uønskede hendelser. Målet til et beredskapssystem er å forebygge ulykker og skadelige effekter på mennesker, miljø, verdier og eiendom som følge av den uønskede hendelsen, samt å sikre at sykehuset kan ivareta sin plikt overfor befolkningen til å yte helsehjelp ikke bare i en normalsituasjon, men også i kriser. For å kunne ivareta dette, er det viktig å definere hva som er hovedfunksjonene til systemet, og få klarhet i hvilke situasjoner som kan være truende eller potensielt skadelige. En utfordring for sykehusene er at hverdagen ikke gir anledning til å opparbeide tilstrekkelig erfaring med å håndtere alle typer situasjoner som kan oppstå, og man er derfor avhengig av gode beredskapsplaner som kan legge føringer for hvordan man skal håndtere dette. Samtidig er det viktig at beredskapsplanen ikke blir en perm i hylla, men et levende dokument som avspeiler en organisasjon som er seg sitt ansvar bevisst. For at dette skal skje, er man avhengig av hele organisasjonen har et eierforhold til planen, og måten man utarbeider og implementerer planverk på i organisasjonen er derfor viktig.

I følge Kollek (2010) er sannsynligheten for at en krise skal inntreffe relativt liten, men konsekvensene dersom den inntreffer er desto større. En krise kan ramme befolkningens helse direkte, f.eks. via traumer, smittestoffer, kjemiske utslipp, vær og vind. Kriser kan også få en direkte innvirkning på sykehusets mulighet til å fungere optimalt, både ved at selve sykehuset blir helt eller delvis ødelagt eller satt ut av funksjon, og ved at personalet selv blir syke av de samme ting som rammer befolkningen for øvrig, samt at de etter hvert blir utslitt av den økte arbeidsmengden. Og sist men ikke minst, vil omdømmet til en organisasjon som responderer dårlig på en krise bli svekket for lang tid.

Kollek (2010) mener også at det er en tendens til at jo fjernere man er fra «den spisse enden», jo bedre forberedt opplever man at systemet er. Direktører, helsepolitikere og ministre mener at systemet er godt forberedt på å takle en krise, mens de som jobber i «frontlinjen» er bekymret for om systemet vil kunne takle en krise. Dette forklarer han med tre ting:

- For det første er avstanden stor, både fysisk/geografisk, og i trening/ekspertise mellom administratorer og hjelperne.
- For det andre er beredskap, særlig innen helse, en ung vitenskap. Helsearbeidere har veldig lite trening i beredskapsarbeid, og beredskapsekspertene har så å si ingen erfaring fra helsesektoren.
- For det tredje mangler man et formelt, repliserbart og evidens-basert vurderingsredskap for å vurdere godheten av de beredskapsplaner som finnes i helsevesenet.

Han sier videre at mange mener at det er umulig å konstruere et uniformt vurderingsverktøy for beredskap, fordi alle kriser er ulike. Det er sant at alle kriser er unike, men *responsen* på krisen er ikke like unik. F. eks. har israelske sykehus, som er de sykehus i verden som er mest vandt til å ta i mot masseskader, utviklet gode standarder og prosedyrer for dette (ibid).

Kollek (2010) mener også at å standardisere tilnærmingen til det økte behovet for helsetjenester under en krise er det første steget på veien mot kvalitetsforbedring. Fordi kriseberedskap er en prosess som omfatter hele organisasjonen, vil en slik kvalitetsforbedring få implikasjoner for hele organisasjonen ved at prosesser som man finner nyttige i en krisesituasjon, godt kan ha overføringsverdi til daglig drift. God beredskap hever grensen for sykehusets kapasitet til å levere gode helsetjenester ikke bare under kriser, men også i den daglige driften. Sykehus som fungerer godt før en krise vil ha et mindre behov for å iverksette sin beredskapsplan dersom krisen er et faktum.

Siden beredskap innen helse er en relativt ung vitenskap, er kompetansen innen risikostyring og beredskapsplanlegging i helseforetakene ofte begrenset. Beredskapsarbeidet bærer etter min mening ofte preg av en reaktiv tilnærming, hvor beredskapsplanene er basert på tidligere erfaringer, og fokus er på å hindre at en tilsvarende hendelse skal skje igjen. Beredskapsplaner laget på denne måten, kan etter min mening være med på å svekke beredskapen over tid.

Samtidig mangler vi et formelt og standardisert redskap for å vurdere «godheten» av beredskapsplaner som finnes i helsevesenet. Systemer for beredskapsanalyse og vurdering kan ikke uten videre overføres til helsevesenets kontekst. I mangel på dette må man derfor definere enkelte parameter som må være til stede for at man skal kunne si at man har et godt beredskapssystem.

Hensikten med denne oppgaven er å se nærmere på hvordan sykehuset har organisert sitt lovpålagte beredskapssystem i forhold til helsemessig- og sosial beredskap, med særlig fokus på hvordan planverket utvikles og implementeres i organisasjonen.

1.2. Problemstilling og forskningsspørsmål

En del av prosessen med å finne en problemstilling for masteroppgaven gikk for min del ut på å sammenfatte all den nye kunnskapen jeg har fått om risikostyring, krisehåndtering, beredskap, HMS og reguleringsregimer i løpet av studiet i samfunnssikkerhet ved Universitetet i Stavanger, med min etter hvert lange og varierte erfaring fra arbeid i ulike deler av helsesektoren i 20 år. En annen faktor var hendelsene som fant sted 22.juli, som i etterkant utløste et stort fokus på beredskap, og hvordan de ulike delene av hjelpeapparatet taklet denne hendelsen. Jeg ville derfor undersøke nærmere hvordan sykehuset jeg arbeider ved ivaretar den lovfestede plikten de har i forhold til helsemessig og sosial beredskap i dag, og om den måten dette ivaretas på medfører at sykehuset er godt forberedt på å møte utfordringer i framtiden. Med bakgrunn i dette, har jeg formulert følgende problemstilling:

Helsemessig og sosial beredskap i sykehus - Ivaretar dagens beredskap morgendagens utfordringer?

Men hvordan kan man si at man har et godt beredskapssystem som ivaretar morgendagens utfordringer? Ove Njå (1998) presenterer i sin doktorgrad et sett kvalitetsindikatorer for å evaluere beredskapssystemer. Dette er ulike aspekter som kan påvirke beredskapssystemets evne til å fungere etter intensjonen. Disse kan gi en rask evaluering av godheten av systemet.

De fundamentale spørsmålene som må besvares når man evaluerer et beredskapssystem er i følge Njå:

- Er situasjonen som blir brukt i beredskapsplanleggingen representativ?
- Matcher personellet situasjonen?
- Matcher utstyret situasjonen?
- Matcher personellet utstyret?

Beredskapsplaner er også en del av sykehusets risikostyrings- og kvalitetssystem, og skal basere seg på tanken om kontinuerlig forbedring. Kunnskapssenteret for helsetjenesten (2013) har gjennom systematisk arbeid gjennom flere år identifisert noen nødvendige forutsetninger som må ligge til grunn for å sikre en vellykket gjennomføring av kvalitetsforbedring:

1. At forbedringsarbeidet er forankret i ledelsen på alle nivåer.
2. At helsepersonellet på tvers av fag og profesjoner er aktive og engasjerte i forbedringsarbeidet.
3. At tilnærmingene som benyttes er skreddersydd, helhetlige og tilpasset konteksten i den enkelte organisasjon.
4. At forbedringsarbeidet er samstemt med og integrert i organisasjonens visjoner og mål.
5. At forbedringsarbeidet er integrert i organisasjonens daglige arbeid, både for medarbeidere og ledere

Kunnskapssenteret mener også at det er en nødvendig forutsetning at ansatte får opplæring i systematisk forbedringsarbeid, og at ledelsen følger med på kvaliteten på kjerneprosessene gjennom å måle om endringene som skjer er reelle forbedringer.

For å avklare og utdype min problemstilling, la jeg derfor disse aspektene til grunn da jeg utformet mine forskningsspørsmål:

1. Hvordan ivaretar sykehuset sin plikt om helsemessig og sosial beredskap i dag? Benyttes risikoanalyser og beredskapsanalyser ved utforming av beredskapen, og hvordan implementeres og vedlikeholdes beredskapsplanene?

2. Opplever ledere og ansatte utfordringer i forhold til beredskapsplanlegging, eksisterende planverk, implementering/oppfølging, og framtidige kriser, og hvilke erfaringer har ledere og ansatte etter øvelser med og reell bruk av beredskapsplanene?

Disse forskningsspørsmålene ble brukt ved utforming av intervjuguiden, de har vært styrende for mitt utvalg av teori, og de har lagt til grunn for drøftingen av empirien.

1.3. Struktur for masteroppgaven

Masteroppgaven min er bygd opp etter mal fra retningslinjer for skriving av masteroppgaver ved Universitetet i Stavanger.

Strukturelt er oppgaven delt inn i 6 kapitler, som igjen er delt inn i ulike delkapitler og underkapitler. I kapittel 1 gjør jeg rede for valg av tema, presenterer problemstilling og forskningsspørsmål, og avgrensner oppgaven, og i kapittel 2 presenterer jeg relevant teori i forhold til helsemessig og sosial beredskap, risikostyring, beredskapsplanlegging, planleggings- og organisasjonsteori og kriseledelse.

Kapittel 3 omhandler den forskningsdesign og metode jeg har valgt som verktøy for å samle data som kan belyse min problemstilling. Her presenteres mitt vitenskapelige ståsted, og jeg reflekterer over spørsmål som validitet, reliabilitet og etikk.

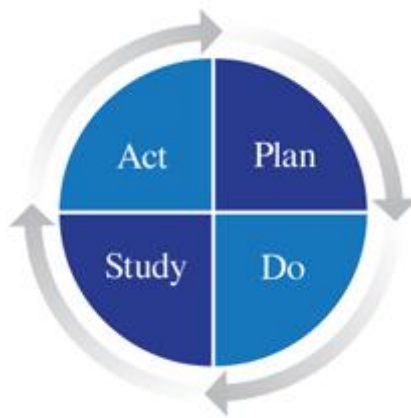
I kapittel 4 presenterer jeg empiri fra dokumentstudiene og deretter funn fra intervjuene. Presentasjonen av funn fra intervjuene er delt inn etter de ulike temaene i intervjuguiden, som igjen baserer seg på forskningsspørsmålene som ble utledet fra problemstillingen. Etter dette presenteres en drøfting av denne empirien opp mot relevant teori i kapittel 5. Drøftingsdelen er organisert etter Demings modell for kontinuerlig forbedring. Dette gjøres for å knytte de ulike teoriene og empirien sammen i en modell som viser hvordan beredskapsarbeidet kan planlegges og utføres for å oppnå en forbedring. Til slutt blir de ulike kapitlene knyttet sammen i en konklusjon, hvor jeg besvarer problemstillingen og ser på veien videre.

1.4. Teoretisk rammeverk

Beredskapsplaner er en del av sykehusets kvalitets- og risikostyrings system, som er regulert av Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (2002). Formålet med forskriften er å

bidra til faglig forsvarlige helsetjenester, og at sosial- og helselovgivingen blir oppfylt gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid. Internkontroll blir i forskriften definert som: systematiske tiltak som skal sikre at aktiviteter blir planlagt, organisert, utført og vedlikeholdt i samsvar med krav fastsatt i lov. Ved å organisere beredskapsarbeidet etter denne forskriften, sikrer man at beredskapsarbeidet blir satt i system, at det dokumenteres og evalueres, slik at man kan få en kontinuerlig forbedring.

Jeg har derfor valgt å bruke Demings sirkel som teoretisk rammeverk for min oppgave.



Figur 1: Demings sirkel for kontinuerlig forbedring, eller PDSA hjulet

Dette er en anerkjent og mye brukt modell for systematisk forbedringsarbeid. I følge Moen og Norman (2010) ble det såkalte PDSA hjulet ble utarbeidet av Walter Shewart i 1930-årene, og modellen ble senere videreutviklet av den amerikanske statistikeren Dr. W. Edwards Deming. PDSA hjulet, eller forbedringshjulet, beskriver en strukturert framgangsmåte for å oppnå kontinuerlig forbedring, hvor bokstavene står for Plan – Do – Study - Act. Modellen kalles også Deming-hjulet.

Jeg vil nå kort beskrive de 4 fasene i PDSA-hjulet:

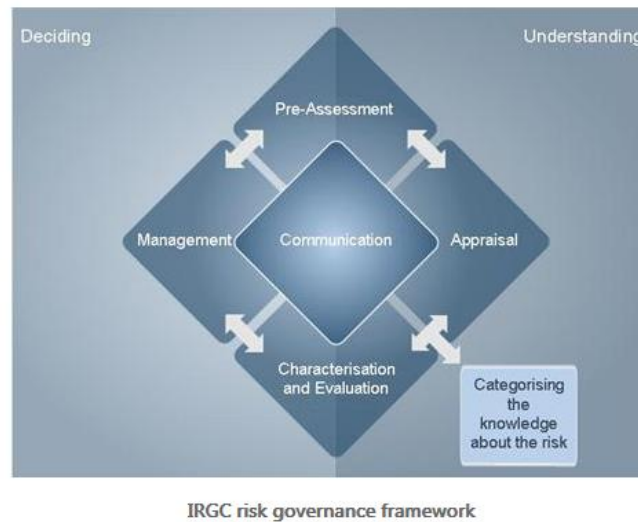
1. **Plan.** I denne fasen skal forbedringene planlegges. Det gjøres ved at man beskriver de problemstillingene eller funksjonene man ønsker å forbedre, man kommer med forslag til tiltak, og man setter seg konkrete mål. Man bør også bestemme sjekkpunkter og måleparameter.
2. **Do.** I denne fasen skal man gjøre en utprøving av forbedringstiltakene. Det innebærer at man først må forankre forbedringstiltakene i organisasjonen, gjerne i et begrenset område. De som skal utføre tiltakene må få opplæring og trening, slik at de kan utføre tiltakene som er planlagt.

3. **Study.** Målet i denne fasen er læring. I denne fasen skal man undersøke om de tiltak og forbedringer som er gjort gjør at man oppfyller målene man har satt seg. Dersom målene ikke er nådd, skal man forsøke å finne årsakene til dette, og eventuelt sette i gang nødvendige korreksjoner.
4. **Act.** Dersom de tiltakene som ble bestemt har hatt god effekt, implementeres tiltakene permanent, og gjøres til en standard. Man må også sette inn tiltak for å hindre at man faller tilbake til «gamle vaner». Videre skal man vurdere hvordan man nå kan gjøre dette enda bedre, og starter da igjen i fase 1.

Forbedringshjulet legger også grunnlaget for oppbygning og forbedring av standarder. Forbedringer skal planlegges, utprøves, innføres, følges opp, og ikke minst fastholdes, dvs. standardiseres. Derfor etterfølges forbedringshjulet ofte av standardisering. Standardiseringen har som formål å sikre at den utviklede standard fungerer i praksis, og etterleves av alle. Kontinuerlig forbedring kan derfor oppfattes som en konstant vekselvirkning mellom forbedring og standardisering.

Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten (2013) har også lagt PDSA-hjulet til grunn for sitt arbeid med kvalitetsforbedring. Kunnskapssenteret har gjennom flere år modifisert og utdypet noen av trinnene i sirkelen noe i forhold til originalen, da spesielt i forhold til et trinn som går på forberedelse, og et som går på videreføring/spredning av forbedringene.

Den sirkulære prosessen som beskrives i Demings hjul kjenner vi igjen i mange prosesser, også risikostyring. Aven og Renn (2010) beskriver i sitt rammeverk for risikostyring dette som en syklisk prosess, som har til mål å oppnå en kontinuerlig forbedring i form av redusert risiko. Rammeverkets risikoprosess eller håndtering, som er en videreutvikling av ICGR (2005) sitt rammeverk for risikostyring, kan brytes ned i tre faser: ”før-vurdering”, ”avgrensning” og ”styring”. Enda en fase kan plasseres mellom avgrensning og styring hvor karakterisering og evaluering av risikoen finner sted.



Figur 2: IRGC sitt rammeverk for risikostyring

Mange av fasene i deres risikostyringssystem er sammenfallende med Demings sirkel, men den første fasen, «Risk appraisal» sammenfaller mer med fasen «Forberedelse» som Kunnskapssenteret innfører i sin modell. Jeg har derfor valgt å utdype mitt teoretiske rammeverk med å trekke inn elementer fra Aven og Renn (2010) sitt rammeverk i forhold til risikostyring.

1.5. Avgrensning av oppgaven

Oppgaven min omhandler beredskapsarbeid innen helse, og jeg har valgt å avgrense den til å omhandle beredskap i forhold til helsemessig og sosial beredskap internt på et sykehus. Et sykehus fungerer ikke isolert fra sine omgivelser, men er en integrert del i samfunnet rundt, både på nasjonalt og lokalt nivå. Sykehusets utvikling av beredskapsplaner vil derfor bli påvirket og til dels styrt av nasjonale, regionale og lokale forhold. Denne dimensjonen av beredskapsarbeidet velger jeg ikke å belyse grundig, da det ville ført til at omfanget av analysene ville gått langt ut over det jeg har mulighet til i en oppgave av dette format. Men denne dimensjonen nevnes flere ganger i oppgaven, der det synes relevant.

Innad er sykehuset inndelt i flere ulike divisjoner og avdelinger med hver sine spesifikke oppgaver. Divisjonene og avdelingene opplever derfor ulike trusler i forhold hva deres oppgave innen helsehjelpen innebærer. Så i tillegg til en overordnet beredskapsplan som gjelder for hele organisasjonen, har de ulike divisjonene og avdelingene også egne, mer

spesifikke beredskapsplaner. For at oppgaven ikke skulle bli for omfattende eller for overfladisk, har jeg derfor valgt å avgrense datainnsamlingen til en divisjon på sykehuset, kirurgisk divisjon. Jeg har forsøkt å få informanter fra flere ulike nivå i denne divisjonen, både ledere og ansatte, fra ulike yrkesgrupper og med ulik ansiennitet, for å få et bredest mulig datagrunnlag til å analysere min problemstilling.

Kirurgisk divisjon utfører imidlertid ikke sine oppgaver innen å yte helsehjelp isolert fra resten av sykehuset. De må forholde seg til de andre divisjonenes planverk, samt det overordnede planverket som gjelder for hele organisasjonen. For å få innblikk i utfordringer i forhold til f.eks. samhandling og koordinering mellom ulike nivå og divisjoner i organisasjonen, så jeg det derfor som nødvendig å samle data omkring beredskapsarbeid også på det overordnede nivået på sykehuset.

For å belyse min problemstilling har jeg valgt å fokusere på prosessene rundt hvordan planverket blir laget og hvordan det ferdige planverket blir gjort kjent i organisasjonen. Jeg har valgt ikke å analysere selve planverket inngående, da jeg mener at dette har underordnet betydning i denne sammenheng. Jeg har imidlertid valgt å studere planverket med tanke på om det oppfyller krav i lov og forskrift, samt studere andre dokumenter som legger føringer og er styrende for hvordan arbeidet med beredskapsplanlegging på sykehuset foregår.

2. TEORETISK GRUNNLAG

2.1. Helsemessig og sosial beredskap

Helsedepartementet (HOD) har overordnet ansvar for helse- og omsorgssektoren, og samordner departementets beredskapsforberedelser med andre departementer. HOD utarbeidet i 2007en overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan. Det er det eneste departementet som har en beredskapsplan på overordnet nasjonalt nivå. Formålet med planen er å verne liv og helse og bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig medisinsk behandling, pleie og omsorg samt sosiale og psykososiale tjenester i kriser og katastrofer i fredstid og i krig. Dokumentet er ikke en operativ plan, men en presentasjon av tjenestene som skal ytes av aktørene i helse- og sosialforvaltningen, ved krise- og katastrofesituasjoner. Den omtaler lovgrunnlaget, aktørenes roller og plassering i beredskapsorganisasjonen, ansvar, oppgaver og ressurser, samt samhandling og varsling. Planen legger stor vekt på at samordning og koordinering av blant annet planverk er viktige element i beredskapsforberedelsene. De ulike aktørene forventes å gjøre seg kjent med hverandres beredskapsplaner og – forberedelser, for å unngå uklare ansvarsområder. Denne planen gir føringer for organiseringen av helseberedskapen i Norge, og er således et rammeverk for foretakenes egne planer, både på lokalt og regionalt nivå (Nasjonal Helse og sosialberedskapsplan, 2007).

Helsedirektoratet skal i all beredskapsvirksomhet overfor den samlede helse- og sosialtjenesten bidra til å sikre at samhandlingsbehovet blir ivaretatt, både i beredskapsplanlegging og i en krisesituasjon. Direktoratet gir bl.a. retningslinjer, råd og veiledning til helsetjenesten, ofte gjennom fylkesmannen, og tilrettelegger for øvelser og andre kompetansetiltak. Det skal også være forberedt på å kunne forestå operativ samordning av helsesektorens krisehåndtering når en krisesituasjon har oppstått eller er i ferd med å oppstå (Forelesning UiS, Ulf Erik Reuterdal, uke 5, 2012).

Norske helseforetak skal yte nødvendig helsehjelp til befolkningen. Lov om helsemessig- og sosial beredskap (2000) og tilhørende Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid (2001), gir hjemmel og føringer for beredskapsarbeidet i de regionale og lokale helseforetakene.

Formålet med Lov om helsemessig og sosial beredskap (2000) er å verne om liv og helse til befolkningen, samt å bidra til at nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester kan gis til befolkningen under krig, og ved kriser og katastrofer i fredstid. Virksomheter som omfattes av loven skal kunne fortsette og om nødvendig legge om og utvide driften under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid på basis av den daglige tjenesten, oppdatert planverk og regelmessige øvinger. Den stadfester ansvarsprinsippet, krav til planlegging, beredskapsforberedelser, beredskapsarbeid og krav til varsling og rapportering.

Forskrift til Lov om Helsemessig og sosial beredskap (2001) gjelder for virksomheter som har plikt til å utarbeide beredskapsplan etter helseberedskapsloven. I denne stilles det krav til hvem som skal vedta og oppdatere beredskapsplanen. Forskriften slår også fast at risiko- og sårbarhetsanalyser av virksomheten skal ligge til grunn for utformingen av beredskapsplanen, slik at virksomhetene skal kunne skaffe seg et overblikk over hendelser som kan føre til ekstraordinære påkjenninger. Risiko og sårbare punkter som avdekkes skal reduseres gjennom forebyggende og skadeavgrensende tiltak. Beredskapsplaner skal sikre en tilstrekkelig produksjon av tjenester ved mulige interne og eksterne hendelser knyttet til avdekket risiko og sårbare punkt.

Det stilles krav om at virksomheten har en operativ ledelse og informasjonsberedskap. Dette er viktig for å kunne fatte nødvendige avgjørelser om organisering av egen virksomhet, ressursdisponering, samt samvirke med overordnede ledd, styresmakter og samarbeidspartnere. Det blir også stilt krav til samordning av beredskapsplaner og til kompetanse, opplæring, øvelser, og at virksomheten skal sørge for å ha tilfredsstillende trygghet for forsyning av viktig materiell, utstyr og legemidler (ibid).

Beredskapsarbeidet i helsetjenesten skal organiseres etter Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (2002). Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helsetjenester, og at sosial- og helselovgivingen blir oppfylt gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid. Internkontroll blir i forskriften definert som: systematiske tiltak som skal sikre at aktiviteter blir planlagt, organisert, utført og vedlikeholdt i samsvar med krav fastsatt i lov. Innholdet i internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold, og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve fastsatte krav. Ved å organisere beredskapsarbeidet etter denne forskriften, sikrer man at beredskapsarbeidet blir satt i system, at det dokumenteres, og evalueres, slik at man kan få en kontinuerlig forbedring. Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsynet med

sosial- og helsetjenesten, noe som også innebærer tilsyn med at kravene i lovgivningen til helsemessig- og sosial beredskap blir fulgt, og tatt inn i internkontrollsystemene.

Stortingsmelding 29 (2011) som omhandler samfunnssikkerhet, stadfester at beredskapsarbeid, samt håndtering av kriser og katastrofer i Norge, er basert på ansvars-, nærhets- og likhetsprinsippet. Ansvarsprinsippet innebærer at den som har et ansvar i en normalsituasjon, også har et ansvar i tilfelle ekstraordinære hendelser. Med likhetsprinsippet mener man at den organisasjon man har til daglig, skal være mest mulig lik den organisasjon man har under kriser. Nærhetsprinsippet betyr at kriser skal håndteres på et lavest mulig nivå. Disse tre prinsippene må også ses i lys av at det vil kunne oppstå kriser eller alvorlig svikt i samfunnskritiske funksjoner som den enkelte virksomhet eller sektor ikke kan håndtere alene. Det vil også kunne være tilfeller der ulike sektorer og interesser må ses i sammenheng, og det vil oppstå et behov for samordning. Dermed kan man også inkludere et fjerde prinsipp, samvirkeprinsippet.

Fylkesmannen er bindeleddet mellom lokalt og sentralt nivå når det gjelder forebygging og beredskapsplanlegging, og håndtering av en krisesituasjon. Han er tillagt regional samordningsfunksjon under kriser og katastrofer, og skal være en pådriver og veileder for beredskapsarbeidet i fylket. Han samordner planleggingen av beredskapen mellom kommunene og statlige etater. Her spiller fylkesberedskapsrådet en viktig rolle som samordningsorgan, for å ivareta koordineringen av tiltak og informasjon. Fylkesberedskapsrådet er satt sammen av sentrale offentlige beredskapsaktører og frivillige og private organisasjoner som har fagkunnskap om samfunnssikkerhet og beredskap. Rådet er et forum for gjensidig orientering om beredskapsarbeid, og i en krisesituasjon vil rådet være Fylkesmannens sentrale samarbeids- og støtteorgan (Fylkesmannen.no).

2.2. Beredskapsplaner

En beredskapsplan er en del av sykehusets risikostyring. Med beredskap menes:

«Alle tekniske, operasjonelle og organisatoriske tiltak som hindrer at en inntrådt faresituasjon utvikler seg til en ulykkessituasjon, eller som hindrer eller reduserer skadevirkningene av inntrådte ulykkessituasjoner» (Aven m.fl. 2004, s. 121).

I følge Rausand og Utne (2009) er målet til et beredskapssystem er å forebygge ulykker og skadelige effekter på mennesker, miljø, verdier og eiendom. For å kunne forebygge dette, sier

de at det er viktig å definere hva som er hovedfunksjonene til systemet, og få klarhet i hvilke situasjoner som kan være truende eller potensielt skadelige. Risikoanalyser er et velrenommert verktøy for å identifisere uønskede og truende situasjoner. Etter at sårbarhetene er identifisert, kan ledelsen avgjøre hvilke situasjoner som skal kalles farlige, og hvor det er nødvendig med tiltak. Beredskapssystemene kan settes inn der det trengs, slik at man kan hindre at en faresituasjon utvikler seg, og for å begrense skadeomfanget dersom en ulykke inntreffer (ibid).

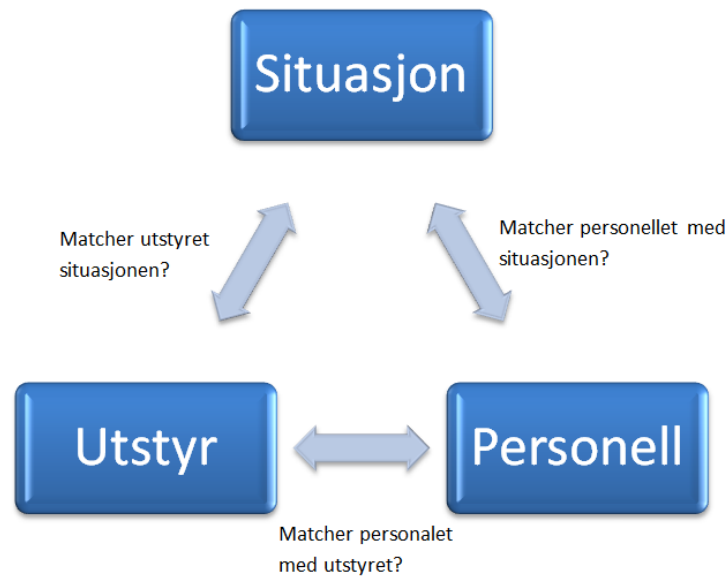
Ove Njå beskriver i sin doktorgradsavhandling fra 1998 beredskapsplaners struktur på følgende måte:

Strukturen i de fleste beredskapsplaner består av tre fundamentale elementer som er knyttet sammen. Disse elementene er:

1. De tenkte farene/hendelsene og ulykkessituasjonene som er lagt til grunn i designet.
2. Utstyret som stilles til disposisjon for å møte de tenkte farene/hendelsene.
3. Personell som er dedikert til oppgaver for effektivt å møte de tenkte farene/hendelsene og ulykkessituasjonene.

Njå (1998) sier videre at systemet som beredskapsplanen er ment for, utsettes for ulike belastninger som kan føre til en ulykke. Dette kan være situasjoner som primært skyldes interne feil og uhell, eller situasjoner som oppstår som følge av eksterne hendelser. Beredskapssystemet bør være designet for å motstå begge typer hendelser, og en kombinasjon av disse. Evnen beredskapssystemet har til å takle disse hendelsene er avhengig av 3 elementer:

1. Situasjonen
2. Personell
3. Utstyr



Figur 3: Load-response modellen

Som figuren viser, vil det hele tiden foregå en vekselvirkning mellom de tre elementene i beredskapssystemet. Situasjonen betegner avviket mellom den tenkte faren/hendelsen som ble anvendt i designen av beredskapssystemet, og den faktiske situasjonen som er oppstått. Personell betegner avviket mellom antagelser man gjorde i analyseprosessen når det gjaldt menneskelige ressurser, og deres faktiske tilstedeværelse og oppførsel når ulykken inntreffer. Utstyr representerer avviket mellom antagelser som ble gjort i analyseprosessen når det gjelder hvilket utstyr som anvendes, og responsen utstyret faktisk gir når ulykken er et faktum.

Som man ser er virkelighetens verden er ofte annerledes enn de antagelsene som er lagt til grunn i planleggingen. Dersom en uønsket hendelse oppstår på fredag ettermiddag rett før ferien, er personellressursene som kan takle dette, ganske annerledes enn f.eks. på en tirsdag formiddag. Man kan også tenke seg at den situasjonen som oppstår, er så fundamentalt annerledes enn det man noensinne hadde kunnet forestille seg, at de scenariene man har planlagt ut fra ikke har tatt høyde for dette. Disse forskjellene utgjør de virkelige kreftene som tester styrken i interaksjonen mellom elementene. Personalet må forstå situasjonen som er oppstått, og de må vite hva de skal gjøre for effektivt å redusere de skadelige effektene. Samtidig må de kunne bruke nødvendig utstyr på en effektiv måte. Menneskelig bidrag i en ulykkessituasjon kan påvirkes av beredskapssystemets design og forskjellig type trening. For at en ulykkessituasjon skal kunne bringes under kontroll, er man avhengig av at disse

interaksjonene fungerer. Et godt beredskapssystem kan sees på som en sikkerhet for å oppnå god interaksjon mellom de tre elementene, som leder til rask gjenvinning av kontroll over situasjonen, med et minimum av skade skjedd.

I tillegg til disse tre interaksjonene, mener Njå (1998) at det er nødvendig å involvere tidsfaktoren i planleggingen. Man kan dele det inn i to typer:

1. Før-ulykke- modellen
2. Etter-ulykke- modellen

2.2.1. Før-ulykke- modellen

Denne modellen fokuserer på ulykkesforebyggende tiltak. Her er designprinsipper, motivasjon og kompetanse hos personalet, og organisatorisk utvikling viktig. Et av de viktigste tiltakene som gjøres her er å definere hvem som har ansvar. Et annet fokusområde i denne modellen er menneskelig kunnskap og ferdigheter. Det er nødvendig med riktig trening med fokus på analytiske evner, f.eks. årsaks-virknings hensyn, for å forbedre den kunnskapsbaserte atferden til ansvarlig personell.

2.2.2. Etter-ulykke- modellen

Denne modellen fokuserer på tiden etter at ulykken har skjedd. Når en ulykke har skjedd, må organisasjonen raskt reorganisere seg til en beredskapsorganisasjon. Det er en kritisk fase når beredskapsledelsen skal organisere seg, og denne fasen kan ofte avsløre betydelige mangler i beredskapssystemet. En ulykke krever handling, så ansvarsforhold må være avklart. Det er også viktig å bygge inn robusthet i beredskapsorganisasjonen, slik at den evner å takle situasjonen selv om den ikke fungerer helt som planlagt eller forventet.

Denne modellen fokuserer på handling. Den fokuserer på at man må lage en handlingsplan for alarmering, innkalling av personell, tiltak for å redusere fare, redning og evakuering. Den fokuserer også på tiltak som settes i verk for å normalisere situasjonen, og som fører organisasjonen tilbake til normal drift.

Beredskapsplanlegging vil ikke være et enten eller til disse to modellene, heller et både og. For sykehuset, som er vant til å tenke beredskap i akutte situasjoner, vil den siste modellen

være den som er mest velkjent. Samtidig er det viktig å fokusere på å bedre atferden i tiden før ulykken inntreffer. Hvordan tiltakene skal prioriteres blir opp til ledelsen, og i denne beslutningsprosessen kan man anvende ytelseskrav og risikoakseptkriterier.

Beredskapsplanlegging innebærer å jobbe systematisk med å tilpasse beredskapstiltakene til scenariene som kan utgjøre en trussel for organisasjonen, ved å anvende ytelseskrav. Ytelse er ifølge Aven m.fl. (2004) et begrep som kan brukes for å beskrive «godheten» av et beredskapstiltak, ved å se på påliteligheten, effektiviteten og sårbarheten for tiltakene.

Med pålitelighet menes en enhets evne til å utføre en tiltenkt funksjon, altså om en barriere virker eller ikke. Med effektivitet menes hvor godt en barriere virker, gitt at den fungerer. Sentrale parameter for å måle effekt er kapasitet og tid, hvor kapasitet kan uttrykkes med f.eks. styrke, antall, trykk osv. Tid (gjennomføringstid) er den tiden som trengs for å utføre en beredskapsaktivitet eller funksjon, f.eks. evakueringstid, mobiliseringstid osv. Det siste elementet, sårbarhet, uttrykker faren for at barrieren helt eller delvis skal bli ødelagt som følge av ulykkeshendelsen. Sårbarhet kan også beskrives som den evnen et system har til å opprettholde sin funksjon når det utsettes for påkjenninger (ibid).

Når man skal fastsette ytelseskravene, er det ifølge Aven m.fl. (2004) nødvendig å bestemme hvilket nivå man skal legge seg på. Man kan da velge nivå ut ifra følgende:

- Dagens nivå
- Etablerte standarder
- Sammenligninger med tilsvarende virksomhet
- Ønsket om å tilfredsstille risikoakseptkriteriene
- Minimumskrav satt av myndigheter

Basert på en kost-nytte- vurdering må det besluttes hvilket ytelseskravnivå, og dermed også hvilke tiltak som er mest hensiktsmessige. Normalt vil beslutningen ikke baseres direkte på gitte kriterier, men være et resultat av en kritisk gjennomgang av det foreliggende grunnlaget (ibid).

2.3. James Reason

2.3.1.1. «Sveitserost modellen»

I 1997 ga professor James Reason ut boken «Managing the Risks of Organizational accidents». I denne boken fokuserer Reason på ulykker og hendelser i organisasjoner, hvordan de oppstår og hvordan man kan hindre disse. Et sentralt element i Reasons teori, er barrierer. Han sier at barrierer skal oppfylle følgende funksjoner:

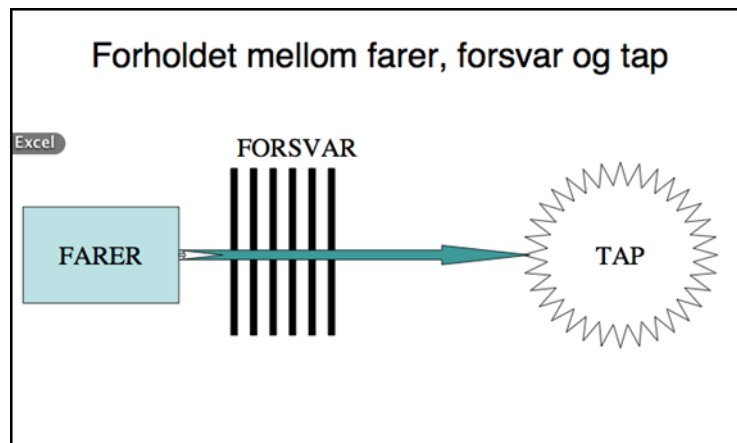
- Øke forståelse og oppmerksomheten rundt lokale farer
- Gi klare retningslinjer i forhold til å arbeide sikkert
- Utløse alarmer og advarsler dersom det oppstår umiddelbar fare
- Bringe systemet tilbake til en normalsituasjon etter en uønsket hendelse
- Utgjøre skiller mellom faren og det man ønsker å beskytte
- Uskadeliggjøre faren dersom den skulle slippe gjennom skillet
- Gi retningslinjer for evakuering og redning dersom skillene svikter

I følge Ptil (2009) kan en barriere kan defineres som:

”Med begrepet barriere menes tekniske, operasjonelle og organisatoriske tiltak som hver for seg, eller i samspill, skal hindre eller bryte spesifiserte uønskede hendelsesforløp. Barrierer kan være både sannsynlighetsreducerende og konsekvensreducerende».

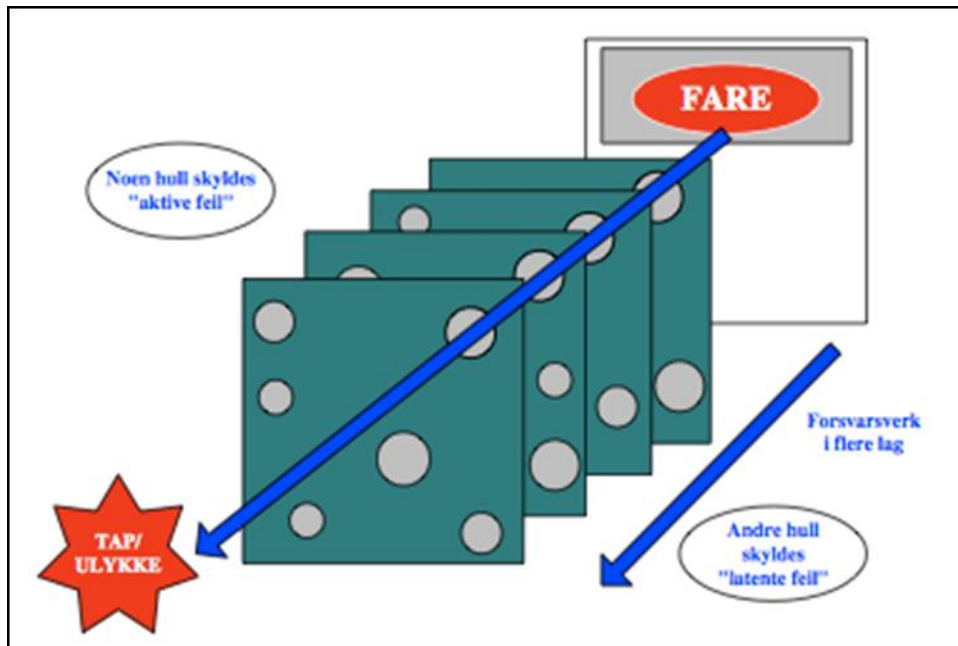
Som man ser, så er barrieretenkning er ikke kun begrenset til fysiske barrierer som overvåkingsutstyr, alarmer osv., vi kan også snakke om organisatoriske og menneskelige barrierer. På et sykehus har vi mange ulike barrierer som er med på å forhindre at feil og pasientskader oppstår. Noen barrierer dreier seg om å sikre at ting gjøres riktig, som ulike prosedyrer og planer, mens andre omfatter ulike former for kvalitetskontroll., som f.eks. krav til opplæring og sertifisering av personell, sjekklister ol.

En ulykke eller en uønsket hendelse inntreffer når disse barrierene som skal beskytte mennesker og verdier blir brutt. Reason illustrerer sammenhengen mellom farer og tap på følgende måte:



Figur 4: Forholdet mellom farer, barrierer og tap

Det sentrale spørsmålet i all ulykkesforskning vil være å avklare hvor og hvorfor forsvaret ble brutt. Hvilke faktorer spilte inn og hva var det som ikke fungerte? For å finne årsaksforklaringer må en ikke bare konsentrere seg om ett felt, men se på helheten og vurdere alle ledd, som kan føre til brudd på barrierer. Bruddet kan enten skyldes menneskelige faktorer (for eksempel at legen eller sykepleieren var ukjent med utstyret, var trett eller uoppmerksom), organisatoriske faktorer (for eksempel feil i prosedyrer eller mangelfull risikovurdering) eller teknologiske faktorer (som svikt i utstyr). Men det kan også være elementer som ikke fungerer innen flere av disse faktorene samtidig. Hver beskyttelsesbarriere har en begrensning eller et "hull" som kan gjøre at den svikter. Reason (1997) sammenligner hullene med en sveitserost, hvor "hullene" kan åpne og lukke seg på ulike steder i hver "osteskive". Idealet er at hvert lag er tett, eller har hull som ikke sammenfaller med hullene i neste lag, men slik fungerer ikke virkeligheten. På et tidspunkt vil trusselen passere gjennom alle hullene samtidig og farlige situasjoner kan oppstå. Denne illustrasjonen viser hvordan "hull" i flere lag kan føre til fare:



Figur 5: «Sveitserost» modellen

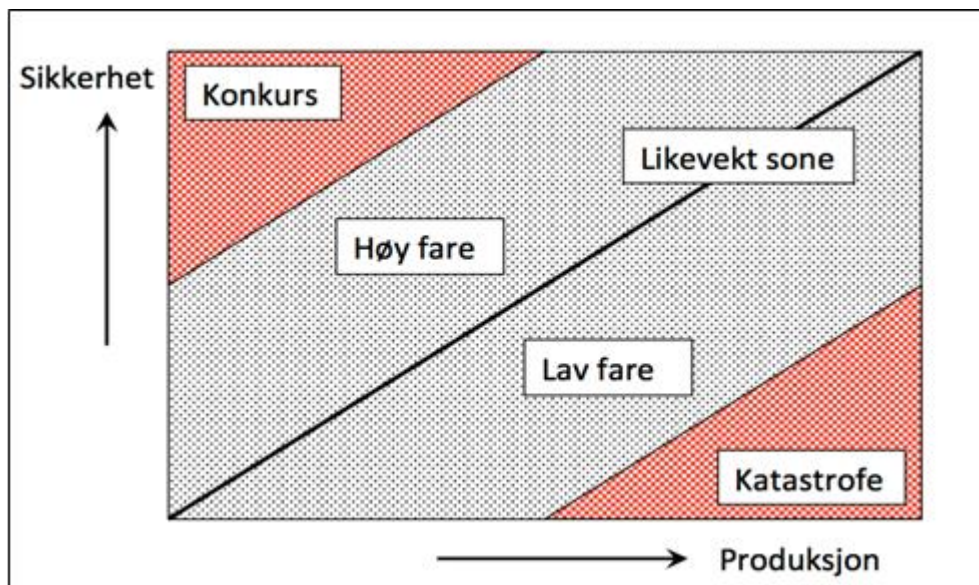
«Hullene i osten» kan skyldes aktive feil, som vil si menneskelig svikt utført i «den skarpe enden», eller latente forhold i organisasjonen. Aktive feil kan f.eks. være at man oppnår fordeler ved å unngå barrieren, for eksempel økt effektivitet og produksjon. De kan også oppstå dersom man feilvurderer hvordan en barriere skal fungere eller misforstår signaler om at noe i systemet er feil. I en sykehuskontekst vil aktive feil også inkludere uaktsomme handlinger av personer i direkte kontakt med pasientene, som for eksempel forglemmelser, feiltagelser og prosedyrebrudd.

Latente forhold i organisasjonen er feil og mangler i systemet, som gjør det mulig at feilhandlinger ikke blir stoppet, men i stedet eskaleres. Barrieren fanger dermed ikke opp alle signaler som den var designet for å fange opp, og aktive feil klarer å trenge seg inn i systemets mange "barrierelag". På et sykehus er dette forhold som hver dag utgjør en trussel mot pasientsikkerheten i form av underbemanning, prosedyrer som ikke følges, tidspress og stadige avbrytelser av for eksempel sykepleiere og leger som forsøker å konsentrere seg om en pasient.

Latente forhold er ifølge Reason (1997) alltid til stede i komplekse systemer. Dette skyldes at produksjon og sikkerhet er avhengig av organisatoriske prosesser, og at det er umulig å forhindre at latente forhold oppstår der strategiske beslutninger må bli tatt. Det viktigste blir å synliggjøre de latente forholdene slik at korrigerende er mulig og ikke minst hindre at det er én person som blir stående som syndebukk.

2.3.1.2 Dilemmaet mellom sikkerhet og produksjon

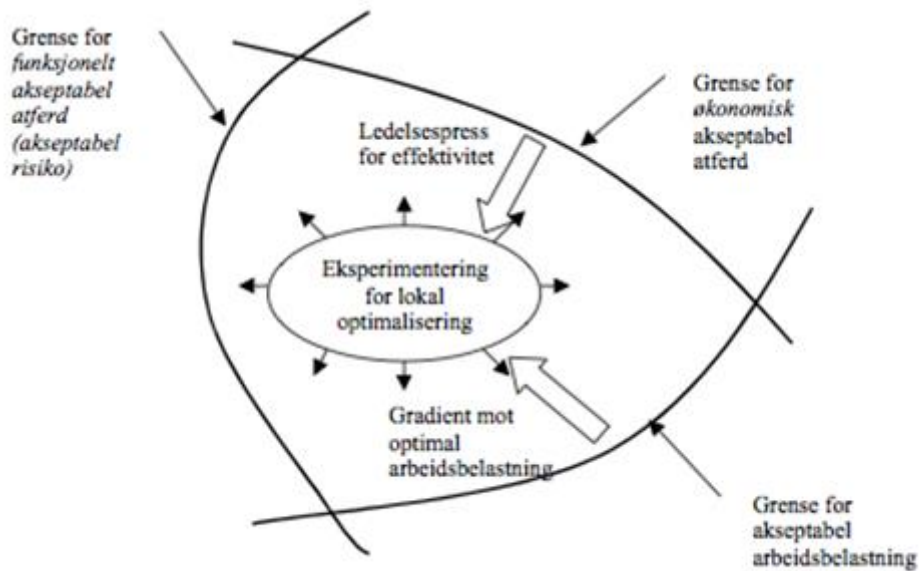
James Reason (1997) beskriver hvilke dilemma som kan oppstå når det gjelder produksjon versus sikkerhet. I enhver organisasjon er det nødvendig å balansere forholdet mellom produksjon og sikkerhet. Ideelt sett skulle det vært likevekt mellom disse to forholdene, men i realiteten er ikke dette så enkelt. Det er produksjonen som gir inntekter og skaper verdier i selskapet, og uten produksjon vil det være umulig å drive sikkerhetsarbeid, derfor vil de fleste selskap prioritere dette. Som Figur 7 nedenfor viser, kan denne tankegangen fort bli skjebnesvanger, da for mye fokus på produksjon og for lite på sikkerhet til slutt kan ende med en katastrofe. I motsatt tilfelle vil for stor fokus på sikkerheten gå utover produksjonen og verdiskapningen, slik at lav produksjon og høy sikkerhetsinnsats til slutt vil medføre at selskapet går konkurs. Utfordringen for organisasjonen er derfor å holde seg i likevektssonen.



Figur 6: Forholdet mellom produksjon og sikkerhet

Slike konflikter mellom produksjon og sikkerhet medfører ofte en målkonflikt mellom ledelsen og de ansatte i en organisasjon. Rasmussens modell (1996, ref. i Rosness m.fl. 2004) (Figur 7) illustrerer interessekonflikter når det gjelder sikkerhetsfokus. På den ene siden ønskes et behagelig arbeidsliv med passende arbeidsmengde, interessante oppgaver, samt å unngå feil. På den andre siden kreves produktivitet og kvalitet. Dette kan fremstilles som "feltet" mellom: 1) grensen for økonomisk akseptabel atferd, 2) grensen for uakseptabel

arbeidsbyrde, og 3) grensen for funksjonelt akseptabel risikoatferd. Det er viktig med fokus på kvalitet og sikkerhet, selv om produksjonen er høy.



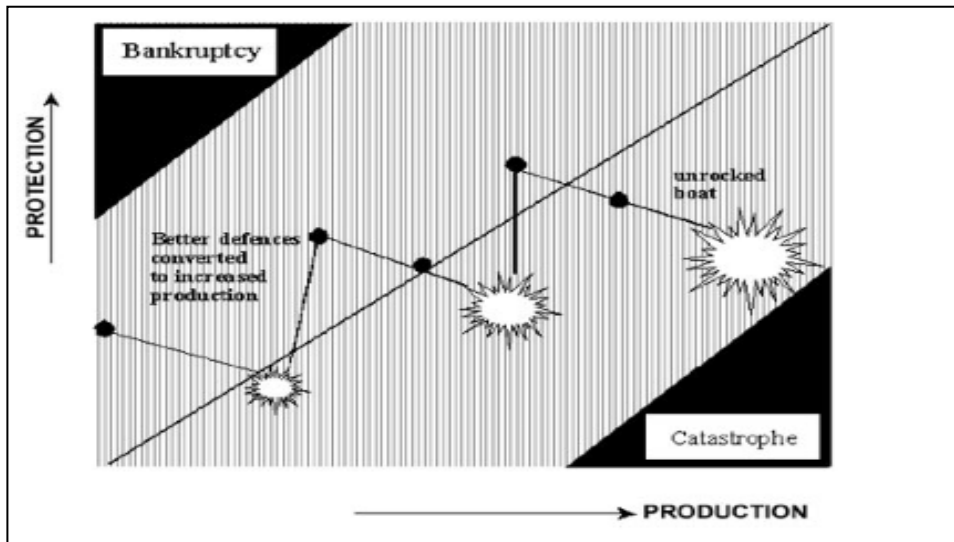
Figur 7: Vandring mot grensen for akseptabelt risiko på grunn av press fra å oppnå motstridende målsetninger.

2.3.1.3 "The Unrocked Boat"-teorien

Reason (1997) presenterer også «The unrocked boat»-teorien, som er interessant for min oppgave fordi den viser livsløpet til en organisasjon i forhold til produksjon og sikkerhet. Ved oppstart er sikkerheten ofte godt ivaretatt, men etter hvert som tiden går, slakker en litt av på sikkerhetskravene for å øke produksjonen. Dette kan ifølge teorien føre til en mindre uønsket hendelse, som gjør at sikkerhetskravene blir skjerpet igjen. Etter en ny periode uten uønskede hendelser slakker en av på sikkerhetskravene igjen og en litt større uønsket hendelse inntreffer. Nok en gang blir sikkerhetskravene skjerpet, for igjen å bli nedprioritert i forhold til produksjonen etter som tiden går uten alvorlige hendelser. Til slutt kan dette ifølge Reason (1997) ende med en katastrofal hendelse.

«The Unrocked Boat»-teorien illustrerer hvor lett det er å glemme å tenke sikkerhet i perioder uten større hendelser. Da fokuserer man mer på kravene om stadig effektivisering, noe som gjør at fokuset blir rettet mot produksjonskrav i stedet for sikkerhetstiltak. Dermed oppstår en

ubalanse mellom disse to forholdene. Resultatet kan bli at man nedprioriterer å investere i nye barrierer eller utføre tilstrekkelig vedlikehold av det eksisterende systemet. Dette vil på sikt øke sannsynligheten for en stor katastrofe. For å hindre dette må beskyttelse øke i takt med produksjonen.



Figur 8: The unrocked boat

2.4. Risk management and governance

2.4.1. Epoker i sikkerhetsarbeid

For å kunne si noe om sikkerhet og beredskap i en organisasjon, er det nødvendig å ha en forståelse for hvilke risikoer organisasjonen står overfor. Begrepet risiko kan defineres på mange ulike måter alt etter hvilken tradisjon eller fagområde man tilhører. En mye brukt definisjon, som forsøker å bygge bro mellom de ulike perspektivene, finner vi i Aven og Renn (2010, s.8), hvor risiko defineres på denne måten (min oversettelse):

«Risiko refererer til usikkerhet om og alvorligheten av hendelser og konsekvenser (eller resultater) av en aktivitet med hensyn til noe mennesker verdsetter».

I følge Rosenthal m.fl. (2001) har synet på risiko og uønskede hendelser endret seg opp gjennom historien. Man har gått fra troen på at katastrofer er Guds verk, til en tro på at risiko

og uønskede hendelser er noe man kan forhindre ved å sette inn ulike sikkerhetstiltak, altså at risiko kan styres. I følge Aven og Renn (2010) kan arbeidet med risikostyring deles inn i ulike epoker. I den første epoken hadde man fokus på å øke sikkerheten gjennom teknologiske løsninger. Etter en stund endret fokus seg, og i andre epoke ønsket man å bedre sikkerheten ved å ha et økt fokus på reduksjon av menneskelige feilhandlinger (The human factor). I den tredje epoken, som fortsatt er aktuell, har man sett at man i tillegg til de to første løsningene, også må ha fokus på å øke sikkerheten ved hjelp av systematiske tiltak rettet mot organisasjon og ledelse. Dette gjøres ved å sette søkelyset på relasjoner og samspill mellom ulike faktorer i organisasjonen eller samfunnet, og koblingene mellom teknologi, organisasjon og individ.

Aven og Renn (2010) tar i sin bok til orde for at man nå er på vei inn i en fjerde epoke, hvor nye utfordringer innen systemrisiko på internasjonalt og globalt nivå tvinger fram nye løsninger. Det tradisjonelle synet på risikoanalyser må vike for et økt fokus på risikostyring (Risk governance) på lokalt, nasjonalt, internasjonalt og globalt nivå. Risikostyring vil i følge dem si: det totale antall av aktører, regler, konvensjoner, prosesser og mekanismer involvert i hvordan relevant risikoinformasjon blir samlet inn, analysert og kommunisert, og hvordan beslutninger om risikostyring blir tatt. I tillegg til å inkludere flere aktører, retter det også oppmerksomheten mot kontekstuelle faktorer som institusjonelle arrangementer, lovverk og regulering som bestemmer aktørenes forhold, roller og ansvar, og koordineringsmekanismer som markeder, insentiver og selvpålagte normer. Også politisk kultur og ulike risikopersepsjoner er faktorer som må tas hensyn til.

2.4.2. Tradisjonell risikostyring

Aven og Renn (2010) beskriver at det tradisjonelt skilles det mellom tre komponenter knyttet til risikostyring:

- Risk assesment (risikovurdering)
- Risk management (risikostyring)
- Risiko kommunikasjon

Risikovurdering, beskriver oppgaven med å identifisere og utforske sannsynligheten for at ulike konsekvenser knyttet til fare skal oppstå. Risikovurdering kan sees som et verktøy for å tilegne seg kunnskap om mulige hendelser og deres konsekvenser innen et vitenskapelig

område. Hovedutfordringen gjennom risikovurderingsfasen, er høy grad av kompleksitet og vitenskapelig usikkerhet.

Risikostyring beskriver oppgaven med å forhindre eller redusere konsekvensene som allerede er identifisert under risikovurderingen, ved å velge de riktige handlingene. Risikostyring kan derfor defineres som et verktøy for å håndtere risiko ved å ta i bruk utfallene fra risikovurderingsprosessen. Denne oppgaven er lokalisert hos beslutningstakerne, ofte hos politikerne, men også innen økonomisk sektor. Hovedutfordringen ved risikostyring, er eksistensen av tvetydighet, siden det dreier seg om tolkningen av de vitenskapelige funnene og avgjørelsene knyttet til tålelighet og akseptabilitet av risiko.

Risikokommunikasjon er det siste nøkkelelementet innen tradisjonell risikostyring. Oppgaven var opprinnelig å minske spenningen mellom ekspertenes avgjørelser og folkets persepsjon av risiko, samt å hjelpe alle berørte aktører (stakeholders), slik at en kan foreta de anbefalte valgene når en støter på risiko. På internasjonalt nivå handler risikokommunikasjon også om interkulturelle forskjeller i tillegg til ulikheter mellom nasjoner.

2.4.3. Det nye konseptet ved risikostyring

Aven og Renn (2010) mener at nyere tendenser har vist at de tre hovedkategoriene ved risikostyring ikke er tilstrekkelig til å analysere og forbedre risikostyringsprosessen. Karakteristika ved det moderne risikosystemet krever at i tillegg til den faktiske risikoen, må en også inkludere sosiokulturelle forhold, siden systemrisikoer karakteriseres av at det berører hele ”systemet” mennesket lever i.

Som en konsekvens av dette, må de ulike risikostyringskomponentene designes for å kunne håndtere den faktiske risikoen, så vel som de sosiokulturelle forholdene. En annen utfordring, er å håndtere risikoer som varierer med hensyn til kompleksitet, usikkerhet og tvetydighet. Ulike risikoer krever ulike styringsprosedyrer, noe som fordrer en kategorisering av risikoene for bedre å kunne skreddersy styringskomponentene etter behov. Behovet for nye tilnærminger for å håndtere systemrisikoer gjorde at The International Risk Governance Council (IRGC) i 2005 presenterte et rammeverk for risikostyring, som kan bidra til å analysere hvordan samfunnet bedre kan håndtere risiko. Ved siden av generelle elementer av risikostyring og risikokommunikasjon, setter rammeverket fokus på kontekstuelle aspekter,

som innebærer struktur og samspill mellom ulike aktører som håndterer risiko. Disse kan ha ulikt syn på risiko og ulike bekymringer knyttet til konsekvensen av risikoen, altså ulik risikopersepsjon. Det er dette rammeverket som ligger til grunn for Aven og Renn (2010) sin modell for risikostyring.

2.4.4. Omfanget av rammeverket

Aven og Renn (2010) sin modell dekker en stor bredde av både risikoer og styringsstrukturer. En må ta hensyn til menneskelig aktivitet, naturlige hendelser eller en kombinasjon av begge. De har størst fokus på risikoer av global karakter med stor-skala effekter, hvor et stort antall «stakeholders» er involvert, hvor det er mangel på ledelse for beslutningstaking, og hvor utfallet og konsekvensene er store.

Rammeverket er særlig spesialisert for å kunne håndtere systemrisiko. Systemrisiko er en krysning mellom naturlige hendelser, økonomiske, sosiale og teknologiske utviklinger både lokalt og internasjonalt. Å håndtere systemrisiko krever en holistisk tilnærming til identifisering av fare, risikovurdering, bekymringsvurdering, tålelighets/akseptabilitets krav og risikostyring.

Selv om rammeverket fokuserer på fysiske risikoer og deres sekundære implikasjoner, kan det også utvides til å omfatte finansielle, sosiale eller politiske risikoer. I tillegg kan en inkludere ”beste praksis” og normative aspekt over hva som er nødvendig for å forbedre styringsstrukturen og prosessen.

2.4.5. Komponentene ved risikostyrings- rammeverket

Aven og Renn (2010) beskriver at rammeverkets risikoprosess eller håndtering, kan brytes ned i tre faser: ”før-vurdering”, ”avgrensning” og ”styring”. Enda en fase kan plasseres mellom avgrensning og styring hvor karakterisering og evaluering av risikoen finner sted. Slik kan de ansvarlige for fasene være bedre forberedt for å utføre sine oppgaver. Risikoprosesser har kommunikasjon som en følgesvenn til alle fasene og er syklisk av natur. Rekkefølgen av fasene og stegene på disse er stort sett logiske og funksjonelle, men vil ikke alltid samsvare med virkeligheten.

Rammeverket starter første trinn med ”før-vurdering”. Dette inkluderer fire elementer:

- *Problem framing* (problem innramming) beskriver de ulike perspektivene på begrepsfesting av problemet, hvilke risikoer aktørene (myndighetene, selskapet, folket) velger.
- *Tidlig varslng* består av en institusjonell ordning for systematisk søk etter farer og trusler.
- *Screening* (eller monitorering) beskriver handlingen ved fordeling av innhentede risikorelatert informasjon til ulik vurdering og styringsveier. Dette innebærer at kriterier som farepotensial eller utholdenhet identifiseres ved systematiske analyser, som også må sees i lys av en sosial kontekst.
- Til slutt defineres vitenskapelige konvensjoner for risikostyring og bekymringsvurdering.

Neste steg er risk appraisal (risikoavgrensning). Det innebærer tradisjonell vitenskapelig risikovurdering og vurdering av sosiale forhold. Hensikten med risikovurdering, er å benytte kunnskap og koble spesifikke risikoagenter med usikre og mulige konsekvenser. Dette steget består av tre komponenter:

- *Hazard identification* (identifisering av fare/trussel), dekker potensielle hendelser som kan lede til uønskede effekter.
- *Cause and consequence analysis* (årsaks og konsekvensanalyse), inkluderer vurdering av hvor sårbar en er, etablerer årsak-virkning forhold og undersøker spredning og effektene av risikomålene. I dette steget avdekkes hvem som er særlig sårbare for den aktuelle risikoen.
- *Risk description* (risiko beskrivelse), kan deles inn i to: kvantitativ beskrivelse, uttrykker sannsynligheten for at uønskede eller forventede effekter oppstår, mens kvalitativ beskrivelse omfatter ulykkes scenarier, grad av eksponering og kvalitative faktorer.

Tålelighets og akseptabilitetskravene er det neste trinnet. Her finner vi:

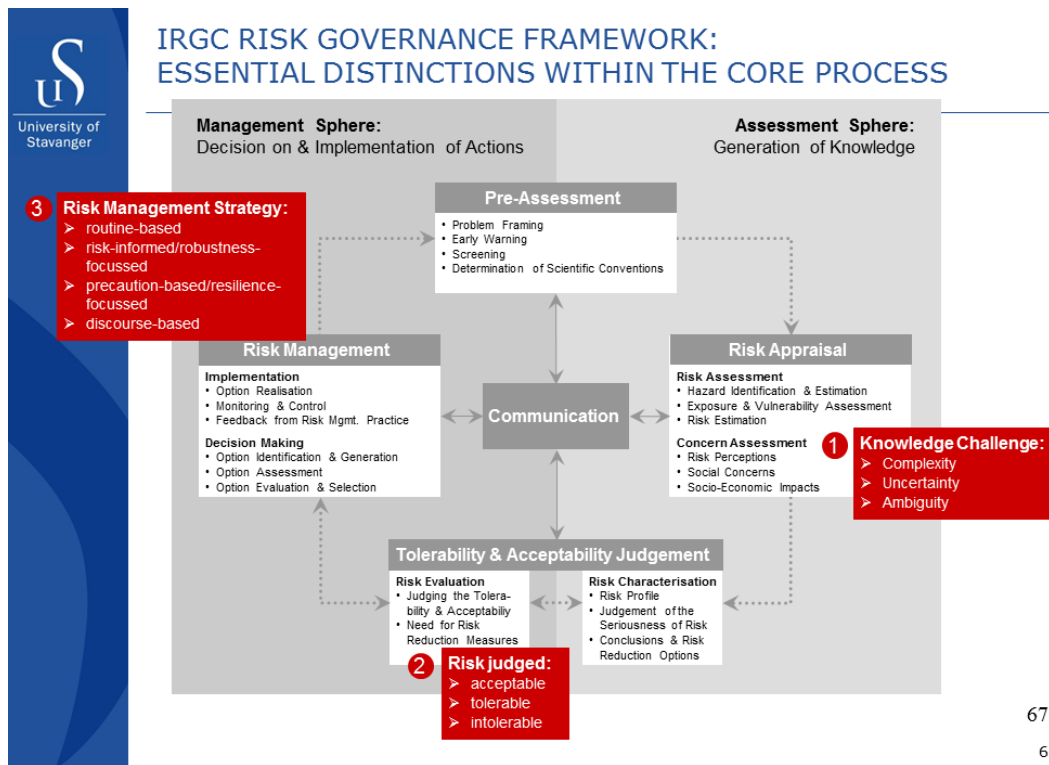
- Risk characterizations. Det innebærer å innhente og samle alle dataene, som er nødvendig for å utforme et valg for tålelighet og akseptabilitet av risikoen.
- Tålelighet innebærer at aktiviteten har så mange fordeler at den er verdt å fortsette med, men den krever reduksjon av risikoen.

- Akseptabilitet betyr at risikoen aksepteres og unngås ikke, men den trenger å kontrolleres. Det er ingen press på å redusere risikoen.
- I risikoevalueringsteget (risk evaluation), må sosiale verdier og normer knyttet til tålelighet og akseptabilitet tas med i vurderingen. Her avgjøres det om risikotiltak skal innføres.

I den siste fasen, risikostyringsfasen, konfronteres man med tre mulige utfall av risikovurderingen: en utålelig situasjon, en tålelig situasjon eller en akseptabel situasjon. Avhengig av disse utfallene, må risikostyring utfylle to oppgaver: implementering av de ulike valgene, og monitorering og kontroll av konsekvensene og utvalg av risikostyringspraksis. Beslutningstaking omfatter identifisering av ulike valg og vurdering av disse.

Risikokommunikasjon, er plassert i midten av styringssirkelen. Dette er en sentral posisjon på grunn av den viktige rollen risikokommunikasjon har innen rammeverket. Risikokommunikasjon er ikke en del som står i den ene enden av risikostyringsprosessen, men den er et viktig element innen *alle* fasene i syklusen. Den må forstås som en gjensidig læringsprosess. Risikopersepsjon og bekymringer fra de berørte partene, skal veilede risikosakkyndige og risikolederne i valg av emner.

Aven og Renn (2010) mener at det er viktig å utvide kriteriene for vurdering, karakterisering, evaluering og styring av risiko utover de teknologiske og vitenskapelige faktorene som har dominert tidligere modeller for risikostyring. Folkelige verdier, bekymringer og risikopersepsjon er alle viktige for å identifisere, forstå og styre risiko og må derfor inkluderes. Dersom risikopersepsjonen er i klar motstrid til realiteten av den reelle risikoen, er det risikoledernes jobb å gi bevisbasert informasjon som kan hjelpe folk med å få en forståelse av den *reelle* risikoen.



Figur 9: Aven og Renn sin modell for risikostyring

2.5. Planleggings- og organisasjonsteorier

2.5.1. Instrumentell rasjonalitet

Alle organisasjoner må planlegge, og ta rasjonelle valg. Instrumentell rasjonalitet handler etter idealet om å klargjøre mål og dernest utrede alle mulige midler som kan anvendes for å nå målet (Aven m.fl., 2004). Planlegging i henhold til dette idealet er ifølge Banfield(1973, s.139):

“the process by which he selects a course of action (a set of means) for the attainment of his ends. It is “good” planning if these means are likely to attain the ends or maximize the chances of their attainment. It is by the process of rational choice that the best adaption of means to ends is likely to be achieved”.

I et slikt rasjonalistisk planleggingsideal ligger det i henhold til Aven m.fl. (2004) et ønske om maksimal måloppfyllelse, med minst mulig anstrengelse eller oppofring. Man skal finne frem til den mest effektive måten å nå et mål på. Planlegging blir her et middel for å nå dette målet.

Således er planlegging et redskap som gjør oss i stand til å kartlegge og finne frem til de mest effektive midler man kan benytte. Etter tankegangen i instrumentell rasjonalitet skal man i en planleggingsprosess ha tilgang på all relevant informasjon, fullstendige kunnskaper om alle de aktuelle midlene, samt alle konsekvenser av disse. Først da kan de midler som mest effektivt fører til målet isoleres og velges. I følge Aven m.fl. (2004) er et slikt ideal umulig å oppnå i praksis. Den viktigst kritikken av den instrumentelle metoden er at det ikke er mulig å skille klart mellom fakta og verdi eller mellom faglig kunnskap og politisk verdimeessig vurdering. Videre er det heller ikke mulig å skille mål fra midler. I rasjonell planlegging blir det dessuten tatt for gitt at når resultatet av en ekspertorientert plan- og analyseprosess foreligger i form av en plan eller et dokument, så er selve iverksettingsfasen helt ukomplisert. Tidligere studier viser imidlertid at det ofte oppstår problemer både i beslutnings- og iverksettingsfasen(ibid).

2.5.2. Kommunikativ rasjonalitet

Judith Innes (1998) sitt forslag til planleggingsmodell tar til orde for at kommunikasjon mellom partene i en planleggingsprosess er viktig. Hun avviser ikke bruken av mer objektive, formelle former for informasjon eller eksperter, men mener at den *instrumentelle* rasjonaliteten må suppleres med *kommunikativ* rasjonalitet. Etter denne modellen vil *måten* informasjonen blir formidlet på være avgjørende for hvordan informasjonen bidrar til ny mening. For å kunne sikre at relevant informasjon vil ha påvirkningskraft i en beslutningsprosess, må den gi uttrykk for en sosialt konstruert og felles oppfatning, som er formet av samtlige av aktørene i en beslutningsprosess. Hvis en felles meningsforståelse opparbeides gjennom en slik sosial prosess vil informasjonen forandre aktørene og deres handlinger, selv om disse gjerne ikke benytter informasjonen eksplisitt ved en beslutning. Etter den rasjonelle modellen derimot, vil ikke en slik inkorporering av informasjon hos beslutningstakerne og den institusjonelle praksis finne sted.

Skal man forstå en planleggingsprosess ut i fra det kommunikative perspektiv, trenger man i følge Innes (1998) hensiktsmessige regler, parallelle til de som finnes i den rasjonelle instrumentelle metoden, for å sikre et etisk og legitimt utgangspunkt for planleggere. Følgende krav bør derfor settes til kommunikativ rasjonalitet i praksis, for å sikre en velinformert planleggingsprosess:

1. Alle aktørene med viktige interesser i saken må være representert.

2. Alle parter må være fullt informert og likeverdig i stand til å representere sine interesser.
3. Alle må ha samme grad av innflytelse gjennom deltakelsen(dvs. at maktforskjeller knyttet til andre kontekster ikke må influere hvem som får snakke og hvem som blir lyttet til eller ikke).
4. ”Det gode argument” vinner, er rasjonalen til deltakerne.
5. Alle antakelser og påstander må kunne kritiseres og diskuteres – all motstand prøves.
6. Alle deltakerne må være interessert i å oppnå konsensus
7. De som taler/argumenterer må bestå følgende test:
 - De må tale ærlig og oppriktig
 - De må være legitime representanter for den de taler på vegne av
 - De må tale forståelig og kunne forklare seg utfyllende (mye teknisk språk og unødvendig vanskelige formuleringer egner seg dårlig.)
 - Det de sier må være korrekt (dvs. kan verifiseres i henhold til vitenskapelige eller andre verifikasjonsmetoder).

I praksis ser man at planlegging ofte ikke blir tilfredsstillende utført, grunnet eksempelvis manglende interesse, tid, kompetanse og kapasitet hos dem som skal planlegge. Og skulle planene likevel bli utarbeidet på en god måte, kan det være store problemer med å få organisasjonens ansatte og avdelinger til å følge opp de vedtatte tiltak i praksis. Det er disse problemene som er vektlagt i kommunikativ planlegging. Skal kunnskapen virkelig kunne kommuniseres fra planleggere til beslutningstakere, må dette skje gjennom kommunikasjon, ikke gjennom utveksling av dokumenter.

Aven m.fl. (2004) mener at det kommunikative idealet snarere er komplementært til det instrumentelle rasjonelle idealet, enn et alternativ. I henhold til det instrumentelle ideal vil selve ”prosedyren” sørge for at tilstrekkelig læring og endring skjer. Læringen om hvordan den enkelte organisasjon eller samfunn bør utvikle seg i fremtiden er et resultat av beslutningstakernes målformulering og planleggenes kunnskapsbaserte utredninger. I det kommunikative planleggingsidealet skjer imidlertid læringen etter hvert som de ulike aktørene interagerer og foretar meningsutvekslinger. Det er et mål at alle parter med interesse i saken er representert og *deltar allerede fra begynnelsen av*. Ideen er at deltakende aktører

skal endre mål og verdier underveis i prosessen og at beslutningsprosessen således bidrar til ny kollektiv meningsdanning. I et slikt ideal er det *uklare skiller* mellom mål og middel, mellom fakta og verdi og mellom ekspert og lekmenn/beslutningstakere. Dette idealet forsøker å lage bro mellom dem som har etablert kunnskapen og dem det skal planlegges for.

2.5.3. Endring av atferd

Planlegging henger sammen med endring. Man planlegger ikke for planleggingens skyld, men for at organisasjonen skal kunne styre atferden til medlemmene i ønsket retning. Det er skrevet mye om organisasjoner, hvordan de endres og hva som styrer atferden til organisasjonens medlemmer. Brunsson og Olsen (1990) hevder at dersom en organisasjon har et institusjonelt preg, vil atferden bli styrt av kulturbestemte regler nedfelt i handlingsrutiner. Rutinene bidrar til å gi atferden regularitet og mening og de gjenspeiler relativt stabile verdier, interesser, oppfatninger, forventninger og ressurser. Over tid utvikles oppfatninger om hva som er viktige oppgaver og gode resultater, og om hvordan gode resultater best oppnås. Noen tenke- og handlingsmåter tas for gitt, noe som utelukker andre tolkninger og handlinger. Velutviklede institusjoner skaper handlingskapasitet; de gjør det lettere å samordne handlinger på en effektiv måte, men de skaper også en treghet i forhold til endring.

Et institusjonelt perspektiv forutsetter at både de som forsøker å gjennomføre endringer, og de som skal endre sin atferd, vil handle på grunnlag av institusjonsbaserte verdier, interesser, oppfatninger og ressurser. De som skal endre sin atferd kan imidlertid gå imot endringene fordi de er uenige med «ekspertene» om hva som er gode resultater eller løsninger. Dersom man forutsetter at det finnes «riktige» løsninger, og at «ekspertene» kjenner disse løsningene, fremstår motstanden som irrasjonell. Motstanden ses som et resultat av vanetenkning eller som forsvar av særinteresser. En alternativ tolkning er imidlertid at de som arbeider i den skarpe enden, er interessert i at organisasjonen skal fungere godt, og at de ofte har bedre innsikt i organisasjonenes arbeidsprosesser og virkemåter enn «ekspertene». Når de stiller seg negative til endringer, kan det derfor skyldes at de ut fra praktiske erfaringer, nedfelt i institusjonaliserte strukturer og prosesser, vet at endringsforslagene for eksempel bygger på feilaktige premisser, at de er selvmotsigende og kanskje direkte destruktive.

Slike teorier viser at det å basere sin planlegging på en eller to «eksperter», kan gjøre implementeringen og forankringen av planene i organisasjonen, vanskelig. Dersom normer og oppfatninger hos de ansatte omkring hva som kreves for effektiv handling og produksjon ikke

sammenfaller med det som er beskrevet i de nye prosedyrene og planene, kan man i følge Rørvik (1992) i verste fall komme i den situasjon at man utvikler to parallelle organisasjonsstrukturer, en formell og en uformell. Den formelle organisasjonen er den mest synlige og dette er en struktur som relativt lett kan tilpasses endrede normer, nye lover eller moter, man kan i prinsippet bare tegne om organisasjonskartet. Samtidig kan organisasjonen bruke en helt annen, uformell struktur til å samordne faktisk handling, en uformell organisasjon. Tilsvarende oppstår det to typer organisasjonsprosesser. Den ene påvirker faktisk adferd og skaper samordning, mens den andre prosessens formål er å vise organisasjonen frem til omverdenen. Fordi organisasjonen må finne en måte å takle kravene om konformitet med det som ansees som god praksis fra omgivelsene på den ene siden, og kravene om effektiv produksjon på den andre siden, hevder Rørvik (1992) at organisasjoner vanligvis håndterer dette ved å holde kravene fra omverden og organisasjonens kjerneaktiviteter – eller produksjonen – adskilt. Dermed vil de nye prosedyrene og standardene bare danne et ”skall”, mens ”kjernen”, dvs. den etablerte praksisen, vil forbli uberørt.

2.6. Kriser

2.6.1. Kriseforskning

I følge Rosenthal m.fl. (2001, s.6) kan en krise defineres på følgende måte (min oversettelse):

En krise kan forstås som en alvorlig trussel mot grunnleggende strukturer eller grunnleggende verdier og normer i et system, som under tidspress og svært usikre omstendigheter nødvendiggjør kritiske beslutninger.

En slik forståelse av krisebegrepet fanger både det at en krise er noe utenom det vanlige, noe som skiller seg ut fra mønsteret, men også at de som skal håndtere krisen og ta avgjørelser har en stor utfordring.

Rosenthal m.fl. (2001) forklarer at kriseforskning lenge var dominert av naturkatastrofer, fiender utenfra og plutselige katastrofer. Krise ble studert som en manifestasjon av noe uvanlig – altså en handling fra Gud som var uønsket, uventet, enestående og nærmest umulig å kontrollere – og som skaper utbredt vantro og usikkerhet blant folk. Med dagens globale samfunn, teknologiske fortrinn og store tempo, kan vi ikke lenger se på kriser på en så smal måte. Vi kan ikke lenger se på kriser som eksterne, spesielle hendelser som venter oss der ute,

de har blitt en del av vår verden, måten vi lever på og hvordan vi vil leve. Dagens kriser er ikke en enkel hendelse, men en prosess som utvikler seg når flere ulike krefter samhandler på uforutsette og forstyrrende måter. Moderne kriser er i økende grad karakterisert av kompleksitet, uavhengighet og politisering. Det gjør at morgendagens krise vil bli annerledes enn dagens og gårdagens krise.

Rosenthal m.fl. (2001) mener at det finnes flere forklaringer og perspektiver på moderne kriser:

På mikronivå kan man se på individets rolle i en krise og studere hvordan individuelle feil fører til krise. Menneskelige feil gjøres både av operatører, mellomledere og direktører. I tillegg til feilvurderinger, uaktsomhet, tabber eller sabotasje, kan en også studere hver enkelt persons underliggende motivasjon for deres handlinger i gitte situasjoner. Forskning på dette området viser at menneskelige feil i stor grad er uunngåelig og skjer i alle tenkelige sammenhenger. Når mennesker skal samhandle vil det føre til at nye feil oppstår, noe som før eller siden vil føre til at en krise oppstår.

Hvilken rolle spiller da organisasjonens oppbygning og funksjoner inn på en krise? Kan organisasjonen kompensere for både menneskelige begrensninger og miljøfaktorene som jobber mot en krise? Forfatterne peker på at det er flere forskere som mener at de fleste organisasjoner ikke kan forhindre menneskelige feil eller eliminere konsekvensene av de feilene. Disse forskerne mener tvert i mot at organisasjonen forsterker disse feilene, gjennom ledelse som ikke ser feilene og/eller ikke klarer å gjøre noe med hvorfor de oppstår.

Hvis en analyserer kriser på makronivå, sier Rosenthal m.fl. (2001) at på den ene siden er det forskere som mener det finnes grunner til at kriser er mer eller mindre uunngåelig som en del av et moderne samfunn. De sier at forskere som Charles Perrow (1999) argumenterer for at større tekniske system før eller siden vil skape en katastrofe på grunn av en kombinasjon av potensial, teknisk kompleksitet og tette koblinger. Andre forskere argumenterer for at organisasjoner prioriterer effektivitet og produksjon foran sikkerhet.

På den andre siden vil tilhengerne av High Reliability-teorien se ting på en litt mer positiv måte. Disse forskerne mener smart designede og godt vedlikeholdte organisasjoner er i stand til å håndtere menneskelige feil og ytre press, og hindre vanlige problemer innad i organisasjonen. Gjennom bruk av flere strategier, kan organisasjonens ledere snu "high-risk systems" til "high reliability organizations" (ibid).

Rosenthal m.fl. (2001) mener at kritisk forskning på kriser kan få oss et steg nærmere å forutse kriser, og dermed øke våre sjanser for å forhindre kriser. De fleste kriser er unike, men med forskning kan vi bli i stand til å gjenkjenne visse trekk og se visse mekanikker i kriser, og bedre forstå hvorfor og når noen hendelser og spenninger utvikler seg til konflikter og større kriser, mens andre ikke gjør det.

2.6.2. Kriseledelse

En organisasjon kan rammes av en krise enten den er offer for en uventet hendelse, eller det er en konsekvens av det daglige arbeidet. En krise har mange sider, og kan være alt fra naturkatastrofer og store ulykker, til interne hendelser som brann og mangel på personale. Krisens omfang og påvirkning på organisasjonen vil variere, men kriser stiller så store krav til organisasjonens ressurser at rutiner og vanlig problemløsning ikke vil være tilstrekkelig (Kjeserud og Weisæth, 2011).

Alle organisasjoner må ha metoder for å forhindre og håndtere kriser. Hvor forberedt en organisasjon er til å håndtere en krise vil avhenge av organisasjonens evne til å planlegge for å redusere negative virkningene ved en krise. De fleste kriser forutgås av varselsignaler, og det er de vellykkede organisasjonene som avdekker disse tidlig, og gjør de nødvendige tiltakene for at de ikke skal utvikle seg. Et slikt foretak har ledere og ansatte som erkjenner sårbarhetsområder, og tar varselsignaler på alvor ved å prioritere planlegging og forberedelser for mulige kriser (Caponigro, 2001).

Det å være leder under en krise er utfordrende. Kriser kjennetegnes ved høyt tidspress, stor stressbelastning og at uventede ting skjer og har skjedd. Dette krever situasjonstilpasset og kontekstavhengig ledelse, og det innebærer at det ofte er behov for kreativ problemløsning. En ledes oppgaver i kriser er mange og komplekse. De spenner fra å ta riktige beslutninger, innhente informasjon kontinuerlig, kommunisere og informere internt og eksternt, iverksette tiltak og evaluere krisehåndtering, til å vise omsorg for ansatte og andre berørte. Det forventes også at ledelsen er tilgjengelig og samarbeider godt med media, samt at de viser støtte ved å være i nærheten av krisestedet (Kjeserud og Weisæth, 2011).

Det er mange oppfatninger om hvilken kompetanse og hvilke egenskaper som er viktige og nødvendige for ledere som skal håndtere kriser, og det er skrevet mange «håndbøker» i kriseledelse. Weiss (2011) gir noen universelle råd for lederskap under kriser. Han mener at

det er viktig å opprettholde absolutt integritet, proklamere sine forventninger, vise uvanlig forpliktelse, forvente positive resultater og ta vare på sine ansatte.

3. FORSKNINGSMETODE

3.1. Vitenskapelig og metodologisk ståsted

3.1.1. Ulike metodiske tilnæringer

Begrepet metode referer seg til ulike måter å tilnærme seg og utføre studier på. Den opprinnelige betydningen av ordet på gresk er i følge Kvale & Brinkmann (2009) er «veien til målet». I følge Grønmo (2004) kan vitenskapelige metoder sees på som et sett av systematiske framgangsmåter til bruk i forskning som er ansett som velprøvde og faglig forsvarlige innenfor samfunnsvitenskapelige miljøer.

Ved bruk av vitenskapelige metoder kan man altså sikre at forskningen har et tilstrekkelig faglig nivå, og at kunnskapen er pålitelig. Valg av metode avhenger først og fremst av hvilket tema, hvilke problemstillinger og hvilke forskningsspørsmål som velges. Andre faktorer som spiller inn er tid man har til rådighet, ressurser, forskernes kompetanse på ulike metoder og tilgang til datamateriale (Jacobsen, 2005).

Innen forskning skiller man hovedsakelig mellom kvantitative og kvalitative metodiske tilnæringer. Forskjellene mellom disse metodene er hovedsakelig at de kvalitative metodene søker å gå i dybden av et fenomen og har fokus på analytiske beskrivelser, mens den kvantitative vektlegger utbredelse, antall og statistiske generaliseringer. Dette innebærer betydelige ulikheter i hvordan forskningen legges opp og hvilke data undersøkelsene frambringer. Grunntrekkene ved en kvalitativ tilnærming er en induktiv tilnærming (som betyr å ta et eksplorerende utgangspunkt ved gå fra empiri til teori), helhetsfokus, nærhet, ord og at man inkluderer konteksten. Grunntrekkene ved en kvantitativ tilnærming er en deduktiv tilnærming (som innebærer å ta utgangspunkt i teori for å forklare empirien), del/individfokusering, distanse, tall og å sikre at dataene kan sammenlignes. Når det gjelder tolkningsmuligheter finnes det også forskjeller i disse to metodene. Kvalitative tilnæringer knyttes mot et fleksibelt design som gir gode muligheter for relevante tolkninger. Kvantitativ forskning er derimot grunnlagt på et strukturert design og et avstandspreget og selektivt forhold til kildene. Resultatet blir da et avgrenset og enhetlig datasett som gir grunnlag for at tolkningene får en mer presis form (Jacobsen 2005 og Blaikie 2000).

3.1.2. Forskningsstrategi

Etter at man har valgt forskningsmetode, er det i følge Blaikie (2000) viktig å velge forskningsstrategi. Han mener at kunnskap innen samfunnsvitenskapene bare kan utvikles gjennom en eller flere av de fire forskningsstrategiene; den induktive, deduktive, retroduktive eller abduktive. Den induktive fremgangsmåten er basert på tanken om at teoretiske perspektiver kan utvikles på grunnlag av empiriske studier, altså at teorien utvikles fra data. Oppgaven min starter med en gjennomgang av aktuelle offentlige dokumenter som omhandler helsemessig og sosial beredskap, lover og forskrifter som styrer dette, sykehusets beredskapsplaner og aktuell forskning. Videre intervjuer jeg personer som jobber med beredskap på overordnet nivå i sykehuset, og personer som forholder seg til beredskapsplanene i jobben sin, både ledere og dem på «gulvet». Dette gjorde jeg for å få en bedre forståelse av hva de opplevde som utfordringer i dagens system, samt å se om det samsvarte med det som opprinnelig ble skrevet i dokumentene. Ved å følge en slik framgangsmåte vil oppgaven min etter min mening ha en induktiv og en eksplorativ karakter ut fra beskrivelsene til Blaikie (2000).

Gjennom intervjuene har jeg prøvd å få fram intervjuobjektets oppfattelse av hva som er utfordringene med dagens beredskapssystem i forhold til helsemessig og sosial beredskap på sykehuset. Denne framgangsmåten er sammenfallende med det Blaikie (2000) beskriver som abduksjon, hvor en tar utgangspunkt i den sosiale verden som aktørene oppfatter. En vil med en abduktiv strategi kunne beskrive motiver og meninger til aktørene, og sette disse inn i en vitenskapelig sammenheng. Oppgaven min vil derfor også ha en strategi som kan beskrives som abduktiv.

Jeg har brukt både dokumentanalyse og intervju som datainnsamlingsmetoder, noe som kan karakteriseres som metodetriangulering. I forskningslitteraturen brukes dette begrepet først og fremst om å kombinere ulike metodiske tilnærminger i en og samme undersøkelse. Årsaken til at man velger metodetriangulering er at den kan brukes som et valideringsinstrument for å styrke funnene og overkomme svakheter når kun én metodetilnærming har vært brukt, men også som et metoderedskap for å få flere perspektiver på samme fenomen (Jacobsen 2005). I denne oppgaven brukes triangulering til begge deler. Det brukes som et valideringsinstrument gjennom at man først går i skriftlige dokumenter for å finne ut hvordan helsemessig og sosial beredskap er beskrevet der. Deretter har jeg intervjuet mennesker som jobber med beredskap

på sykehuset for å se om de opplever at beredskapen fungerer på den måten dokumentene beskriver. Trianguleringen brukes altså for å få fram flere perspektiver på samme fenomenet.

3.2. Case som forskningsstrategi

Casestudier (av det latinske ordet Casus) blir ofte valgt som strategi når forskeren ønsker å gå i dybden på et fenomen og ønsker svar på spørsmål av typen ”hvordan” eller ”hvorfor”. Casestudier dreier seg altså om å studere et eller noen få tilfeller inngående og helhetlig. De brukes i situasjoner der forskeren har liten kontroll over det som skjer, og når en ønsker å studere konteksten et fenomen har i den virkelige verden (Yin, 2009).

Casestudier deles normalt inn i tre hovedtyper; deskriptive (beskrivende), kausale (forklarende) og eksplorerende (utforskende). Formålet kan være å beskrive deler og helheter for å få en mest mulig fullstendig forståelse av den hendelsen/situasjonen som er utgangspunktet for studien - en hermeneutisk tilnærming. Man kan også utføre en casestudie dersom målet er å utvikle teorier og/eller hypoteser. Yin (2009) påpeker at en av casestudiens største fordeler er dens evne til å basere seg på et bredt datagrunnlag, der flere ulike former for kildemateriale kan benyttes - som for eksempel intervjuer, dokumenter og observasjoner, og man kan kombinere både kvalitative og kvantitative metoder. Flexibiliteten og variasjonen i innfallsvinkler gjør derfor casestudier meget velegnet til å belyse komplekse samfunnsmessige fenomener. Casestudier som forskningsstrategi krever blant annet evne til å stille gode spørsmål, lytte, tolke store mengder data og lese mellom linjene.

3.2.1. Kritikk av casestudier

Casestudien som samfunnsvitenskapelig metode, har tradisjonelt sett blitt anklaget for å inneha mindre grad av pålitelighet enn en del andre metoder, som for eksempel eksperimentelle forsøk eller survey, fordi datarikdommen er stor, noe som kan gjøre det vanskelig å avgrense studien og holde seg til saken. Den kritiseres for manglende struktur, og at det kan være vanskelig å generalisere, fordi datakildene er få til tross for at datarikdommen er stor.(Yin 2009).

3.3. Datagrunnlag

3.3.1. Utvelgelse av informanter

Når en foretar en vitenskapelig undersøkelse kan en bare undersøke et utsnitt av virkeligheten, det vil si at jeg må velge et utvalg fra populasjonen (Skog, 2004). Kvalitative undersøkelser er ofte basert på strategiske utvalg, dvs. at en velger informanter som har de egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategisk i forhold til problemstillingen. Jeg har tatt utgangspunkt i problemstilling og forskningsspørsmål, og kravet til mine informanter var at de måtte kunne utale seg relevant i forhold til dette.

Minstekravet ved valg av informanter var derfor at de skulle ha erfaring med bruk av beredskapsplanene, enten i forbindelse med en øvelse, og/eller ved en reelt utløst beredskapssituasjon. Som jeg forklarte i kapittel 1.5. har jeg valgt å avgrense datainnsamlingen til en divisjon på sykehuset, kirurgisk divisjon. Jeg har forsøkt å få informanter fra flere ulike nivå i denne divisjonen, både ledere og ansatte, fra ulike yrkesgrupper og med ulik ansiennitet og erfaringsbakgrunn, for å få et bredest mulig datagrunnlag til å analysere min problemstilling. For å få innblikk i utfordringer i forhold til f.eks. samhandling og koordinering mellom ulike nivå og divisjoner i organisasjonen, valgte jeg også ut informanter som hadde erfaring med beredskap fra det overordnede nivået på sykehuset.

Når det gjelder antallet av informanter sier Kvale & Brinkmann (2009) at en skal intervjuer til en når et metningspunkt, man må intervjuer så mange personer som det trengs for å finne ut det du trenger å vite. Antall informanter må også sees i forhold til oppgavens innhold, ressurser og loven om fallende utbytte. Fallende utbytte vil si at et økt antall informanter vil utover et visst punkt, tilføre stadig mindre ny kunnskap. Jeg har valgt å knytte antallet informanter opp mot oppgavens innhold og formål, samt tilgjengelighet. Det betyr at metningspunktet blir knyttet opp til empiriens evne til å vise mulige sammenhenger i forhold til teoriene, og ikke til evnen av å være universelt generaliserbare.

3.3.2. Metode for datainnsamling

Jeg har valgt intervju og dokumentstudier som metoder, og med det som utgangspunktet mener jeg å kunne belyse temaet helsemessig og sosial beredskap på en utfyllende måte.

3.3.2.1. Intervju

Yin (2009) peker på at kvaliteten på intervjuet i en casestudie, avhenger av to forhold. For det første forskerens evne til å forholde seg strengt til de problemstillingene som studien framsetter, og for det andre å fremsette spørsmålene på en åpen og «vennlig» måte.

For å finne svar på problemstillingen har jeg valgt å foreta åpne individuelle intervju med ansatte på sykehuset som arbeider med beredskap, eller må forholde seg til beredskapsplaner i sitt arbeid. Jacobsen (2005) mener at det åpne intervjuet egner seg når relativt få enheter skal undersøkes, og når man er interessert i hva det enkelte individ sier, eller utvalgte grupper mener.

Åpne intervju gir tilgang til unike data som ingen andre har innsikt i. De er med på å gi kunnskap om saker, situasjoner, relasjoner og kontekst som ikke er allmenn kjent. I et kvalitativt forskningsintervju produseres kunnskap som et resultat av en interaksjon mellom intervjuperson og intervjuer, og de data som produseres vil derfor være et resultat av en sosial prosess. Kvaliteten på disse dataene er avhengig av intervjuerens ferdigheter og kunnskap om temaet, det er derfor viktig med god kunnskap om intervjutemaet for å kunne stille gode oppfølgings spørsmål til den som svarer (Kvale & Brinkmann, 2009). For å ivareta dette valgte jeg å gjennomføre dokumentstudier før jeg utførte intervjuene, for på den måten å ha best mulig kunnskap omkring beredskapssystemet på sykehuset. Jeg brukte også min erfaring fra helsevesenet gjennom 20 år for å stille gode oppfølgings spørsmål.

Det finnes grader av strukturering av det åpne intervjuet. Jeg valgte å foreta delvis strukturert tilnærming til intervjuet. Det vil si at jeg laget en intervjuguide som et utgangspunkt for intervjuet, for å kontrollere at jeg fikk svar på de spørsmålene jeg ønsket, og sikre at relevante tema ble berørt. En fordel ved denne typen intervju er at informantene får brukt egne ord når de skal fortelle, og at jeg som intervjuer får muligheten til å forfølge og utdype svarene. Ved brukt av det halvstrukturerte intervjuet hadde jeg også en mulighet til å følge opp med

spørsmål ettersom informanten kom inn på ulike temaer, selv om disse spørsmålene ikke var formulert i intervjuguiden på forhånd.

3.3.2.2. Dokumentstudier

Dokumentanalyse er en systematisk analyse av skrevne, visuelle og audiovisuelle dokumenter som ikke er produsert av forskeren selv. Jacobsen (2005) fremhever bruken av denne form for analyse særlig ved følgende situasjoner:

1. Når det ikke er mulig å framskaffe primærdata.
2. Når det er ønskelig å finne ut hvordan andre forskere har fortolket en situasjon eller et problem.
3. Når en vil vite hva som faktisk er sagt og gjort.

Dokumenter som datakilde kan brukes alene, eller sammen med andre kvalitative data. Kvalitativt kan dokumenter identifisere aspekter ved fenomenene, og brukes til å se sammenhengene ved disse (Blaikie, 2000).

Dokumentene brukt i denne oppgaven kan belyse rammene sykehuset har for å jobbe med helsemessig og sosial beredskap. Denne strategien vil gjøre det mulig å se hva sykehuset *må* gjøre ved å følge de overordnede rammene. Ved å studere sykehusets egne styrende dokumenter får en også inntrykk av prioriteringene og organiseringen rundt beredskapsarbeid slik de selv har definert det. Disse dataene settes sammen med data fra intervjuene.

Styrende og veiledende dokumenter vil være: Lov og forskrift om Helsemessig og sosial beredskap (2000), Overordnet Nasjonal plan for helsemessig og sosial beredskap (2007) og Regional plan for helsemessig og sosial beredskap (2011). Hvordan sykehuset selv definerer de formelle rammene rundt det å drive beredskap finnes i dokumentene: Overordnet beredskapsplan for sykehuset (2012), foretaksovergripende delplaner, divisjonsspesifikke planer og avdelingsvise planer. Ved å få tilgang til planverket er det og mulig å se på hvordan sykehuset har gjort dette i praksis i forhold til teoriene som er beskrevet, og det sentrale rammeverket som legger føringer for det lokale beredskapsarbeidet.

3.3.3. Beskrivelse av datainnsamlingsprosessen

Intervjuene startet ved at jeg presenterte meg for dem som ikke kjente meg fra før, og ved at jeg presenterte oppgaven min. Alle informantene hadde på forhånd fått tilsendt et brev hvor jeg forklarte hva oppgaven gikk ut på, og de hadde fått tilsendt intervjuguiden. Intervjuguiden fungerte som utgangspunkt for samtalen videre. Jeg forsøkte å komme inn på alle hovedtemaene i løpet av intervjuene, men det var opp til hver enkelt informant hvor mye og detaljert vi snakket omkring hvert emne.

Totalt intervjuet jeg 6 personer, og intervjuene foregikk i perioden mars til april 2013. Hvert intervju varte mellom 40 minutter og 1 ½ time. Jeg gjennomførte intervjuene alene, og tok opp samtalen på bånd. Umiddelbart etter intervjuene ble de transkribert ordrett. Denne transkriberingen lå så til grunn for den senere analysen og drøftingen av mine funn.

Jeg valgte å foreta intervjuene ansikt-til-ansikt, fordi det da var lettere å oppfatte kroppsspråk og signaler. Forskeren påvirker studieobjektet bare ved det å være til stede, og ved sin væremåte, holdninger og kunnskaper. Det har en avgjørende betydning hvilken relasjon forskeren klarer å oppnå med informanten, og idealet er en forsker som ikke inntar en spørrende men heller en lyttende rolle (Kvale & Brinkmann, 2009).

For at mine informanter skulle greie å sette av tid til intervjuene i en travel hverdag, valgte jeg å være svært fleksibel i forhold til hvor og når informantene ønsket å møte meg. Noen intervjuer ble utført på informantens eget kontor, mens andre ble utført på mitt kontor. Vi forsøkte å få til en ramme rundt intervjuet som var preget av ro, ved å skru av mobiltelefoner ol. mens intervjuet pågikk.

3.3.4. Presentasjon og analyse av data

Som tidligere nevnt ble alle mine intervju dokumentert ved hjelp av lydopptak, som siden ble transkribert. Etter transkriberingsprosessen satt jeg igjen med over 50 sider rådata, som skulle analyseres. Dette var en prosess som tok lang tid, og var svært utfordrende. For å få bedre oversikt valgte jeg å samle dataene i en matrise, før jeg presenterte dem i et eget kapittel. I

dette kapittelet presenteres empirien fra intervjuene knyttet opp mot temaene i intervjuguiden, dels ved at jeg har sammenfattet og skrevet med egne ord det som informantene uttalte, og dels ved hjelp av direkte sitater.

Dokumentstudiet var også stort og omfattende, og krevde mye bearbeiding før det kunne presenteres i empiri-kapittelet. Data fra dokumentstudiet har jeg presentert ved hjelp av egne ord. Empirien fra både dokumentstudiet og intervjuene er brukt i utstrakt grad i drøftingsdelen.

3.4. Vurdering av dataenes gyldighet og pålitelighet

I all forskning er det viktig å vurdere om de data man samler inn og bruker holder god nok kvalitet til at man kan bruke dem til å trekke konklusjoner. De to vanligste måtene å måle datakvalitet på, er å sjekke reliabilitet og validitet. Validitet kan forklares som gyldighet, og reliabilitet kan forklares som pålitelighet (Jacobsen, 2005).

3.4.1. Reliabilitet

Dersom man skal kunne trekke gode analytiske slutninger ut fra et datamateriale, er det viktig at de dataene man jobber med er pålitelige. Innenfor kvantitative studier er det da et viktig poeng at dersom en annen forsker f.eks. gjennomfører det samme eksperimentet under de samme forhold, skal han kunne få de samme resultatene. I kvalitative studier, som case studier, er det ikke mulig å oppnå en slik form for repliserbarhet, fordi graden av struktur både i datamaterialet og i selve undersøkelsen er helt annerledes. Grønmo (2004) hevder at reliabilitet ikke er relevant eller fruktbart for kvalitetsvurderingen i kvalitative studier, og at man heller kan bruke begreper troverdighet i stedet for reliabilitet.

I min oppgave blir dermed reliabiliteten koblet opp mot nøyaktigheten og troverdigheten i selve undersøkelsen. Gjennom utformingen av problemstilling og intervjuguide, ved valg av informanter, ved gjennomføring av intervjuer, ved tolkning og presentasjon av funn, har jeg hele tiden forsøkt å være nøyaktig og å opptre troverdig.

Jeg har også forsøkt å eliminere de tingene som kan virke forstyrrende på datainnsamlingen. Ved å være bevisst på min egen posisjon og vise respekt for intervjuobjektene og deres

fortellinger, forsøkte jeg å unngå å påvirke dem i alt for stor grad. Jeg var også bevisst på ikke å «legge ord i munnen på dem», eller være dominerende eller forutinntatt, men har heller forsøkt å innta en lyttende holdning. Denne bevisstheten mener jeg har gjort at mine data kan beskrives som pålitelige.

3.4.2. Validitet

Når man tester datamaterialets validitet, tester man om det er gyldig i forhold til den problemstillingen man har formulert, og hvorvidt de data man har funnet er generaliserbare (Jacobsen, 2005).

Grønmo (2004) skiller mellom tre validitetstyper: *kompetansevaliditet*, *kommunikativ validitet* og *pragmatisk validitet*. Kompetansevaliditet sier noe om forskerens kompetanse, det vil si forskerens erfaringer, forutsetninger og kvalifikasjoner for innsamling av data. Kommunikativ validitet sier noe om forskerens dialog og diskusjon med andre vedrørende datamaterialet. Her er dialog med informantene vanlig for å avdekke mulige misforståelser. Pragmatisk validitet sier noe om hvilken grad datamaterialet danner grunnlag for bestemte handlinger, det vil si hvorvidt studien eller undersøkelsen kan påvirke bestemte hendelses- eller handlingsforløp.

I forhold til min kompetanse i forhold til intervju og datasamling, så har jeg i løpet av studiet i samfunnssikkerhet gjennomført flere prosjekter som innebar intervjuer av ulike informanter. Jeg har også tidligere gjennomført ulike etter- og videreutdannelser, som alle innebar ulike former for prosjekter og oppgaver, med intervjuer. Jeg vil derfor si at dette er ivaretatt.

Når det gjelder kommunikativ validitet, så er det ivaretatt gjennom at jeg har diskutert utforming av problemstilling og intervjuguide med min veileder i løpet av studiet. Jeg mener også at ved å bruke semistrukturerte intervju, hvor det er muligheter for å stille utdypende spørsmål til mine informanter under veis dersom det er noe som er uklart, er den kommunikative validiteten styrket.

Vedrørende pragmatisk validitet, så vil det styrke validiteten dersom oppgaven kan danne et utgangspunkt for at organisasjonen kan endre eksisterende praksis. Dette er ivaretatt ved at jeg gjennom egen erfaring gjennom mange år i helsesektoren har opplevd å bruke det planverket jeg beskriver, og derfor har erfart i praksis at det er muligheter for forbedringer.

Mitt ønske med oppgaven er at de analyser og funn jeg gjør skal kunne brukes aktivt til kvalitetsforbedring og økt pasientsikkerhet.

I forhold til generaliserbarhet, så var min intensjon i intervjuene å samle data om beredskapsplaner, planleggingsprosesser og implementeringsfasen generelt. Men underveis i prosessen ble det klart for meg at det de fleste snakket om når de snakket om beredskap, var beredskap i forhold til mottak av masseskade. Dette har vanskeliggjort min drøfting noe, da jeg vanskelig kan generalisere alle mine funn til å gjelde beredskap generelt, når flere av informantene har snakket om beredskap i forhold til masseskade spesielt. Dette kan ha påvirket oppgavens validitet i negativ retning. Jeg vurderte å endre min problemstilling til å gjelde hvor forberedt sykehuset er i forholdt til mottak av en masseskade, men valgte å ikke gjøre det. Siden jeg ble bevisst på dette på et tidlig tidspunkt, har jeg i stedet forsøkt å drøfte ut i fra et generelt syn på beredskapsplanlegging, siden mitt hovedfokus er på prosessene rundt planlegging og implementering av beredskapsplaner i divisjonen. Dette mener jeg kan forsvares ut i fra at mange av de prosessene som foregår under planlegging og implementering av planverket, er prosesser som er like i divisjonen, uansett hvilken plan man snakker om.

3.5. Forskningsetikk

All forskning stiller krav til bevissthet rundt forskningsetiske spørsmål. Som forsker skal man i størst mulig grad være uavhengig og nøytral i forhold til de tema som man undersøker, både i selve forskningsprosessen, og i presentasjonen av funn i en oppgave.

Siden jeg selv er ansatt ved det sykehuset jeg undersøker, har det vært viktig for meg å forklare bakgrunnen for prosjektet, og å presisere overfor mine informanter at jeg gjennomfører undersøkelsen som student ved masterstudiet i samfunnssikkerhet, ikke som en av deres kollegaer. Jeg har også vært veldig tydelig på at deltakelse i prosjektet er helt frivillig.

Nettopp det at jeg selv er ansatt på sykehuset og selv har vært med å bruke beredskapsplanverket i min jobb som operasjonssykepleier, har kunnet være med å påvirke meg til å ha en forforsåelse av hvordan disse prosessene foregår i organisasjonen. Da jeg arbeidet som operasjonssykepleier, var operasjonsavdelingen organisert i en annen divisjon enn kirurgisk divisjon. Derfor valgte jeg å gjennomføre intervjuer med personer i kirurgisk

divisjon, da jeg ikke kjenner like godt til hvilke prosesser som lå til grunn for utformingen av planverket i denne divisjonen som i min egen.

Jeg har også sett det som veldig viktig å ivareta mine informantere anonymitet for å ivareta mine informantere krav om konfidensialitet. Dette fordi en oppgave som blir gjennomført innad i en organisasjon alltid vekker interesse, blant annet hos ledelsen. En av mine ønsker er jo også at denne oppgaven skal kunne komme til nytte i beredskapsarbeidet på sykehuset, og at noen av de funnene jeg har gjort skal kunne medføre forbedringer. Siden jeg gjerne vil at ledelsen skal få lov til å lese oppgaven, har jeg derfor lagt stor vekt på å anonymisere mine funn, slik at det ikke skal kunne være mulig å gjenkjenne mine informanter.

4. EMPIRI

4.1. Dokumentstudier

4.1.1. Beredskapsarbeid på sykehuset

Overordnet nasjonal plan for helse- og sosialberedskap (2007) legger som tidligere nevnt føringer for helseforetakene innen organisering, ansvar, oppgaver og ressurser, samhandling og varslingssystemer. Regional plan for helsemessig- og sosial beredskap (2011) legger rammeverket for foretakets beredskapsplan.

Jeg har valgt å studere sykehusets planer på de ulike nivåene, for å få et innblikk i hvilke hendelser som sykehuset anser som truende for dets evne til å yte helsehjelp, samt hvordan sykehuset organiserer seg i forhold til ledelse, varsling ol. ved kriser og katastrofer. Jeg velger imidlertid ikke å gjøre en omfattende analyse av planverket som sådan, da dette ikke er hovedfokus for min oppgave. Jeg har imidlertid studert planverket med tanke på om det oppfyller lovkrav til beredskapsplaner, samt for å lære hvordan dette sykehuset planlegger å organisere sin innsats ved kriser og katastrofer.

Sykehuset har gjennom utarbeidelse av et omfattende planverk med en hierarkisk struktur, som går over flere nivåer i organisasjonen, forsøkt å planlegge for hvordan ulike interne og eksterne hendelser skal takles i organisasjonen. Den overordnede beredskapsplanen (2012) skal sikre at sykehuset kan tilby befolkningen forsvarlige spesialisthelsetjenester ved kriser og katastrofer i fredstid og under krig, og sørge for at helseberedskapen ved sykehuset tilfredsstillende lover og forskrifter som til enhver tid er gjeldene for helseforetakene.

Planen skal bidra til at:

- Driften kan fortsette, legges om, og ved behov utvides under en ekstraordinær situasjon, krise eller krig.
- Beredskapsledelsen er tydelig definert og at ansvar og roller er gjort kjent.
- Krisereduserende tiltak iverksettes på alle nivåer i organisasjonen
- Krisereduserende tiltak alltid tar hensyn til alle ledd så vel ved daglig drift som når det foregår vedlikehold eller utbygginger.

– Samordning mellom sykehuset og samarbeidende etater styrkes (ibid).

Den overordnede beredskapsplanen (2012) er et nivå 1 dokument i helseforetakets systemdokumentasjon. Dette er altså en strategisk, overordnet plan, som gjelder for alle institusjoner og enkeltpersoner som har inngått avtale med sykehuset om å yte helsetjenester. På samme nivå er det i tillegg utarbeidet foretaksovergrepene planer, som er planer som gjelder mer enn en divisjon og gir føringer for håndtering av enkeltsituasjoner. Eksempler på dette er brannvernplan, smittevernplan, pandemiplan, masseskadeplan, m.m.

På nivå 2 i systemdokumentasjonen finner man divisjonsspesifikke planer, som er beredskapsplaner for den enkelte divisjon. De divisjonsspesifikke planene gjelder for alle avdelinger og seksjoner innad i divisjonen. Disse er mer detaljerte enn de overgrepene planene, og er knyttet opp mot forhold som er spesielle for den enkelte divisjon. Eksempler på divisjonsspesifikke planer i kirurgisk divisjon, er beredskapsplan for mottak av masseskade for kirurgisk divisjon. Divisjonsledelsen bestemmer videre hvilke avdelinger, seksjoner og enheter innad i divisjonen som skal ha egne planer og varslingslister. Slike planer vil da ligge på nivå 3, og vil være enda mer spesifikke enn de divisjonsvise planene. Eksempler på avdelingsvise planer innad i kirurgisk divisjon, er operasjonsavdelingens plan for mottak av masseskade, og de avdelingsvise planene for brann som finnes på hver sengepost, poliklinikk osv.

Beredskapsplanverket på sykehuset skal i følge den overordnede beredskapsplanen (2012) være basert på prinsippene om ansvar, likhet og nærhet. Dette innebærer at organisasjonen skal være mest mulig lik slik den er i en normalsituasjon, selv om det utløses en beredskap, både når det gjelder hvem som har ansvar for fagområde/tjenestetilbud og organisasjonsstruktur/varslingslinjer. Man ønsker også å oppnå at alle kriser skal håndteres på lavest mulig nivå i organisasjonen. Sykehuset har derfor delt inn ledelsesprinsippene ved en beredskap i tre nivåer; strategisk ledelse, taktisk ledelse og operativ ledelse.

Den strategiske ledelsen består i hovedsak av helseforetakets administrerende direktør og ledergruppen. Den skal sikre stabil drift på tross av krisen og være foretakets ”ansikt utad”. Den skal også ha fokus på de langtrekkende virkninger av krisen samt legge strategi for å minimalisere skadene. Den taktiske ledelsen utøves av sykehusets beredskapsledelse og stab satt ut fra type hendelse, og skal ha fokus på håndtering av selve krisen, bistå operativ ledelse

med å prioritere innsats ut fra tilgjengelige ressurser, ha fokus på vurdering av situasjonen frem i tid og ivareta samordning. Den operative ledelsen skjer på stedet og/eller er knyttet til praktiske oppgaver direkte relatert til hendelsen, og lederens faglige kvalifikasjoner derfor kunne variere ut fra hvilke beredskapssituasjon det dreier seg om (ibid).

De overordnede beredskapsplanen (2012) stadfester at det er administrerende direktør som er sykehusets beredskapsleder. Han har også ansvar for at sykehuset har en forsvarlig plan, samt ajourhold av beredskapsplanverket. Administrerende direktør er også ansvarlig for å øve planverket. Beredskapssjefen har det utøvende ansvaret for beredskapsplanen, koordinering og øvelser. Det er også dannet et beredskapsutvalg, som ledes av beredskapssjefen. Beredskapsutvalget er administrerende direktørs rådgivende organ i beredskapssaker, og hver divisjon, samt andre som har viktige roller i en beredskapssituasjon, som f.eks. luftambulansen og kommunikasjonsavdelingen, har representanter i dette. Utvalget skal være et rådgivende utvalg innen beredskap, bidra til å utarbeide forslag til beredskapsplaner og øvelser, bidra til at hendelser og øvelser blir evaluert, fremme forslag til forbedringer og tiltak som videreutvikler sykehusets beredskap og være et forum for utveksling av erfaringer mellom divisjonene i beredskapsarbeid. Man har sett at det er hensiktsmessig at de som er ivaretar det praktiske ansvar for beredskapsplanene i divisjonene også er dem som deltar i beredskapsutvalget på vegne av sin divisjon. På den måten forsøker man å sikre at avgjørelser som blir tatt eller oppgaver som må gjøres har en forankring ut i organisasjonen.

Utarbeidelse av de ulike planene gjøres på ulik måte i sykehussystemet. I en så stor organisasjon er det nødvendig med en sentral ledelse av dette arbeidet, og sykehuset har derfor ansatt egne beredskapskoordinatorer på overordnet nivå, som har kunnskap om beredskapsarbeid og erfaring med bruk av beredskapsplaner. De skal ha et overordnet blikk på planverket og være med å koordinere sykehuset samlede beredskapsarbeid. De overordnede planene utarbeides av dem, i samarbeid med beredskapssjefen og beredskapsutvalget.

Når det gjelder de divisjons- og avdelingsvise planene, så må alle forholde seg til en mal som er laget på overordnet nivå for hvordan beredskapsplanene skal utformes. Det er forskjellig fra divisjon til divisjon hvordan man velger å gjennomføre selve planleggingsprosessen, og det gjøres på ulike måter, alt etter hvilken type plan som skal utvikles. Noen ganger settes det ned en arbeidsgruppe som jobber med utformingen over tid, mens det andre ganger kan

utpekes en eller to «eksperter», som får ansvar for dette. Det er ofte litt tilfeldig hvem som er med på utformingen av planverket, det kan være «ildsjeler» eller en dyktig kliniker med interesse for feltet, eller deltagerne kan bli utpekt av ledelsen. Det settes midlertid ingen formelle krav til at vedkommende har kunnskap om f.eks. risikostyring eller beredskapsplanlegging.

Paragraf 3 i forskrift til Lov om helsemessig og sosial beredskap (2000) sier helt klart at: *«Virksomheten skal gjennom risiko- og sårbarhetsanalyser skaffe oversikt over hendelser som kan føre til ekstraordinære belastninger for virksomheten. Risiko- og sårbarhetsanalysen skal ta utgangspunkt i og tilpasses virksomhetens art og omfang. Risiko- og sårbarhetsanalysen skal alltid omfatte selve virksomheten, virksomhetens ansvarsområde og lokale forhold som innvirker på virksomhetens sårbarhet. Forutsetningene risiko- og sårbarhetsanalysen bygger på skal dokumenteres.*

Avdekket risiko og sårbarhet reduseres gjennom forebyggende og skadebegrensende tiltak. Beredskapsplaner skal sikre en tilstrekkelig produksjon av tjenester ved mulige hendelser knyttet til avdekket risiko og sårbarhet i samsvar med § 4 til § 9.»

Ved gjennomlesing av planverket står det i den overordnede beredskapsplanen (2012) at: *«Planen bygger på risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser) fra Sosial- og helsedirektoratet, Nasjonal ROS- og beredskapsanalyse innen helse, FylkesROS, og interne ROS-analyser».*

Ved direkte spørsmål om hvilke interne ROS analyser det her er snakk om, og om det er mulig å se dem, har det ikke vært mulig å få noe konkret svar, det eneste jeg fikk vite var at de var gamle. Så hvorvidt lovens krav om at ROS analysene som ligger til grunn omfatter selve virksomheten, virksomhetens ansvarsområde og lokale forhold som innvirker på virksomhetens sårbarhet, er derfor vanskelig å si. Det er heller ikke mulig å «se» ROS analysene i selve planverket, det blir ikke henvist til dem i det hele tatt, og beredskapstiltakene er ikke knyttet opp mot definerte trusler eller risikoer.

Som jeg kommer nærmere inn på i presentasjonen av intervjuene, så forklarer noen av informantene mine at det ikke er en tradisjon for å gjennomføre tradisjonelle ROS analyser ved sykehuset, og at man ofte mangler kunnskap om hvordan man skal gjennomføre denne

type analyser. Man opplever også at dette kan gjøre planverket mer byråkratisk og tungvint. At bruk av ROS analyser i beredskapsplanleggingen ikke trenger å medføre dette, kan illustreres av måten St. Olavs sykehus i Trondhjem har utformet sin overordnede beredskapsplan (2012) på. Der vises det at ROS analyser har avdekket ulike hendelser og situasjoner som de ønsker å ha et planverk for. Dette kommer tydelig fram i planverket, ved at de setter opp en matrise over hendelser, konsekvenser og tiltak i den overordnede planen, som hver enkelt divisjon så skal lage et planverk ut i fra. Eksempel på en hendelse er brann/eksplosjonsfare, hvor konsekvensen er at lokaler blir utilgjengelige, og tiltakene blir flytting eller evakuering, fortetting i andre lokaler og omdisponering av lokaler. Ved å tydeliggjøre dette i den overordnede planen blir det lettere for de enkelte avdelingene å vite hvilke hendelser som man har vurdert på et overordnet nivå kan få konsekvenser for driften på en slik måte at det er nødvendig med en beredskapsplan. Det vil også være mye enklere å analysere og evaluere om de tiltakene man har satt i verk har vært effektive.

4.1.2. Andre studier av beredskapsarbeid på sykehus

Kaji og Lewis utgav i 2006 en rapport om beredskapsplanene ved sykehus i Los Angeles. De undersøkte 45 sykehus med beredskapsfunksjon, med tanke på variasjon i praksis, karakteristika ved beredskapsplanene og kapasitet. Deres artikkel inneholder flere interessante aspekter ved beredskapsarbeid på sykehus, som også kan overføres til norske sykehus. De undersøkte beredskapsplaner i Los Angeles inneholdt alltid følgende elementer:

- Protokoll for stenging av sykehuset
- Stans av elektiv kirurgi
- Rask utskriving av inneliggende pasienter
- Barnepass for de ansattes barn
- Egne områder utpekt for behandling av skadde
- Avtaler med leverandører
- Planer for ivaretagelse av sikkerheten
- Avtaler om gjensidig hjelp med andre sykehus og helseinstitusjoner.

Forfatterne definerer en krise som: *en naturlig forekommende eller menneskeskapt hendelse som resulterer i en ubalanse mellom tilgang på og etterspørselen etter ressurser*. Tidligere kriser har vist hvor viktig det er at helsevesenet er godt forberedt, men de har også vist hvor svakheterne innen kriseledelse ligger:

- Forvirring omkring roller og ansvarsfordeling
- Dårlig kommunikasjon
- Dårlig planlegging
- Suboptimal trening
- Manglende integrasjon mellom sykehuset og kommunehelsetjenestens beredskapsplaner

Mange av disse aspektene ble også trukket fram av mine informanter etter den store øvelsen sykehuset deltok på i fjor, noe jeg kommer nærmere inn på i kapittel 4.2.

Optimal beredskapsplanlegging begynner i følge Kaji og Lewis (2006) med en omfattende ROS analyse for å identifisere de truslene som med størst sannsynlighet vil kunne ramme sykehuset og samfunnet rundt det. Da kan man få kartlagt om det er jordskjelv, flom eller terroranslag som utgjør de største truslene. Siden sykehus ikke fungerer isolert i en krise, er det også viktig å samarbeide med de som planlegger beredskapen i kommunen. Et godt samarbeid med politiet, brannvesenet, kommunehelsetjenesten og ledelsen i kommunen, som er etablert i forkant av krisen, øker sjansene for en integrert og effektiv respons på en storskala katastrofe.

Forfatterne påpeker at det å ha en skriftlig beredskapsplan betyr ikke nødvendigvis at man er godt forberedt dersom man rammes av en krise. Dessverre er det ofte slik at bare eksistensen av en beredskapsplan gir en falsk følelse av trygghet for helsepersonell og ledelsen. Veldig få sykehus har nemlig lagt vekt på betydningen av å ha en realistisk plan, en som kan følges i en virkelig krise, og veldig få planleggere har opplevd en virkelig krise. Dersom man skal kunne teste planen, er realistiske øvelser viktig. De fant ut at det har vist seg at uannonserte øvelser er mest effektive.

Forfatterne fremhever at mange av de logistiske problemene i forhold til medisinsk forbruksmateriell som oppleves under kriser ikke primært skyldes mangel på materiell, men heller problemer med å koordinere distribusjonen av materiellet. Dette gjelder også koordinering av medisinsk personell. Ofte strømmer personell som har fri til sykehuset frivillig dersom en krise oppstår, noe som kan forverre kaoset.

Beredskapsplaner er bare så bra som de antagelsene de er basert på. Når man planlegger må man derfor i følge Auf der Heide (2006) ta høyde for hvordan mennesker og organisasjoner vanligvis oppfører seg, og ikke forvente at de skal endre sin atferd for at den skal stemme

bedre med planen. Litteraturen belyser ulike hindringer for at beredskapen skal bli optimal, bl.a:

4.1.2.1. Økonomi

Barbera m.fl. (2009) peker på at i USA er sykehus industri, og de baserer for en stor del inntektene sine på utbetalinger fra forsikringsselskapene, samt inntekter fra staten i forhold til spesielle programmer de kan delta i. Allikevel forventer lokalmiljøet og staten i USA at sykehusene skal ha en beredskap for å takle katastrofer og ulykker. Beredskap koster penger, og det er derfor en tilbakevendende diskusjon hvem som skal dekke disse utgiftene. I Norge er ikke denne problemstillingen like aktuell, siden staten finansierer sykehusdriften. Men med den finansieringsmodellen som ligger til grunn i dag, må sykehusene «produsere» en viss mengde helsetjenester hvert år, og man er derfor redd for at f.eks. frigjøring av personell til beredskapsarbeid og øvelser skal gå ut over «produksjonen». Rapporten «Læring for bedre beredskap» (2012) som ble utarbeidet av Helsedirektoratet etter hendelsene 22.juli påpeker at det er store variasjoner med hensyn til hvor gjennomøvd beredskapsplanene er, fordi det mangler øremerkede ressurser til dette. Det anbefales derfor at man i budsjettarbeidet bør fokusere særskilt på gjennomføring av beredskapsøvelser.

Samtidig er det viktig å huske på at kostnadene ved å vedlikeholde beredskapstiltak er store. Det koster å ha et beredskapslager av medisiner og utstyr, da man må ta høyde for utgifter til lagerleie og at ting går ut på dato. Det er også dyrt å opprettholde en reservekapasitet på respiratorer og senger. Derfor er det viktig å ta en debatt rundt hva som er «godt nok». Etter 22.juli kan man spørre seg hvorvidt helsevesenet i Norge til enhver tid skal være forberedt på en hendelse av en slik dimensjon, eller om dette blir å legge listen for høyt.

4.1.2.2. Risikopersepsjon

Barbera m.fl. (2009) peker på at etter hendelsene i USA 11. september ble alle sykehus pålagt å lage en beredskapsplan i forhold til terrorangrep. De oppdaget at dersom sykehuset blir pålagt å forberede seg på terrorangrep, pandemier eller andre armageddon-scenarier, og mens den gjengse oppfattelsen i lokalsamfunnet er at man ikke ser dette som sannsynlig, kan det medføre oppgitthet og apati. Helsedirektoratets rapport (2012) påpeker at ingen kunne

forberede seg på eller tenke seg dette scenariet på forhånd. De mener likevel at det er viktig med gode planer, som kan overføres på lignende ulykker.

4.1.2.3. Planleggingsstrategier

I følge Barbera m.fl. (2009) og Auf der Heide (2006) er det et annet problem som kan vanskeliggjøre beredskapsplanleggingen. Dersom man legger til grunn tradisjonelle antagelser omkring hvordan mennesker reagerer under kriser eller hvordan man forventer at de skadde skal ankomme sykehuset, i stedet for å basere sine planer på dokumentert og erfaringsbasert forskning, kan dette medføre at planverket blir laget på feil grunnlag. I følge dem, er eksempler på tradisjonelle antagelser i forhold til masseskader:

Man forventer at trent personell er de første som kommer til skadestedet, og starter førstehjelp. Dette er ikke riktig, da mange observasjoner har vist at den første redningsinnsatsen som oftest utføres av overlevende fra ulykken eller tilfeldig forbigående. Dette så man tydelig på Utøya, da sivile reddet mange av ungdommene, med fare for sitt eget liv.

Man forventer en ryddig fordeling av skadde. Forventer at triagering på skadestedet blir utført av trent personell, og fordeling av skadde blir gjort etter alvorlighetsgrad, slik at sykehuset kun skal ta i mot dem som virkelig trenger sykehusbehandling. «22.juli rapporten» (NOU 2012:14) og Helsedirektoratets rapport (2012) påpeker at nettopp triagering var et problem. Det fungerte bra i Oslo, men mindre bra ved Utøya. Ved Ringerike sykehus ble f.eks. alle pasientene som sykehuset mottok sluset gjennom akuttmottaket, også de som ikke trengte det, noe som medførte overbelastning. Man opplevde også at ulike etater brukte ulike triageringssystemer, noe som også virket kompliserende.

Man forventer at alle pasienter skal ankomme i ambulanse. Erfaring fra store ulykker viser at mange kommer seg til sykehuset på egenhånd, enten til fots eller i privatbiler, taxi og busser. Disse kan potensielt være hardt skadd, men de utgjør også et problem i forhold til at de opptar plass i akuttmottaket, og i senger, slik at når de hardt skadde ankommer, er det fullt. 22.juli viste at det ikke var mange som tok kontakt med sykehuset på egenhånd, de tok seg heller til Legevakten. Men man så også at det ble rekvirert en buss fra regjeringskvartalet til

Legevakten, for å frakte de skadde, noe som medførte at det ankom svært mange skadde på en gang til Legevakten.

Etter en katastrofe hvor det har blitt frigjort kjemiske, biologiske, radiologiske eller radioaktive agenser, ofte forkortet CBRN, som kan ha forurenset pasientene, forventer man at kun «rengjorte» pasienter ankommer sykehuset. Dette er som regel ikke tilfellet, så sykehuset må ha en CBRN-beredskap for å unngå at hele sykehuset blir kontaminert.

Man forventer assistanse fra kommunehelsetjenesten. Dersom sykehuset er satt ut av spill eller overbelastet, tar mange det for gitt at kommunehelsetjenesten stiller opp. Dette er ofte ikke mulig, da man mangler de spesialiserte tjenestene som sykehuset gir, i kommunen. NOU 2012:14 viste at i Oslo fungerte Oslo Legevakt som en avlastning for Ullevål, og utgjorde en essensiell suksessfaktor for behandlingen av de skadde etter bombeangrepet mot regjeringskvartalet. Grunnen til at dette fungerte så bra, er for det første at skadelegevakten er en del av OUS, og er integrert i deres beredskapsplan. Dernest er Oslos befolkning vandt til å oppsøke legevakten fremfor sykehusene, dersom de har mindre skader.

I følge Kaji og Lewis (2006) antar mange at det er best at leger og sykepleiere blir bragt ut til skadestedet, for å yte førstehjelp og behandle skadde på stedet. Dette er ikke som oftest ikke tilfellet. Medisinsk personell yter best når de får gjøre oppgaver de kjenner, i sine vante omgivelser. Med mindre de har fått spesiell opplæring og trening i å jobbe i felten, er leger og sykepleiere dårlig rustet til å fungere effektivt på et skadested.

4.1.3. Læring for bedre beredskap

Mange av de momentene som er nevnt ovenfor blir også trukket fram i Helsedirektoratets rapport etter hendelsene 22.juli, «Læring for bedre beredskap» (2012). 22.juli satte helsevesenet på sin hittil største prøve i fredstid, og selv om helsevesenet får skryt for å ha taklet hendelsene bra, er det også rom for forbedring. Man kommer med en rekke anbefalinger, hvor mange av dem fokuserer på å bedre kommunikasjon og samarbeid på tvers av AMK-, foretaks- og regionale nivå. Helsedirektoratet mener at sentrale helsemyndigheter bør utarbeide en helhetlig samling prosedyrer på operativt og strategisk nivå, som skal beskrive en enhetlig håndtering av kriser, og her bør prosedyrer for samarbeid med øvrige nødetater inngå. Dette baserer de bl.a. på Det internasjonale fagrådet, IAC, sine føringer, som

påpeker at slike nasjonale føringer vil gi struktur til de regionale planene, og samtidig gjøre det lettere å lage lokale planer.

Ved gjennomgang av planverket til alle kommuner og helseforetak som var involvert i hendelsene den 22.juli, mener Helsedirektoratet at alle hadde planverk som var basert på tilstrekkelige og relevante ROS-analyser. Planverkene er ulike, men de er adekvate og i tråd med de føringene som finnes i lovverket. Det Helsedirektoratet opplever som en utfordring, er at det er store variasjoner i hvor gjennomøvd planverkene er, og at det mangler øremerkede ressurser til dette formålet. Man anbefaler derfor at helsemyndighetene bør fokusere særskilt på gjennomføringen av beredskapsøvelser i budsjettarbeidet, og at dette må tas opp i eierstyringen av de regionale helseforetakene.

En av de utfordringene som påpekes i rapporten er kommunikasjon og sambandssystem. Man har ikke funnet at det finnes noen planer for hvordan de tilgjengelige sambandene, helseradionettet og Nasjonalt Nødnett skal sikre mulighetene for nødvendig kommunikasjon og informasjonsutveksling ved store hendelser. Det påpekes også at bruk av offentlig mobilnett ved store hendelser er sårbart, da nettet kan bli ustabil og tidvis utilgjengelig pga. stor belastning. Dette skapte risiko og sårbarhet knyttet til tilgjengelighet av viktige ressurser, formidling av tidskritisk informasjon, oversikt, styring og koordinering av hendelse og innsats. Det nevnes også at informasjon som utveksles over mobiltelefon er mellom to parter, og fordrer at viktig informasjon viderefremmes. Dersom man kommuniserer over Nødnett i stedet, gjør det at det kan formidles informasjon samtidig til et stort antall aktører, noe som kan gi en effektiviserings- og koordineringsgevinst.

En annen utfordring som påpekes i rapporten, er innkalling av personell. Siden hendelse 22.juli skjedde på dagtid, ble mange ansatte oppmerksomme på dette via media, og møtte selv opp på arbeidsplassen uten at de var blitt innkalt. Hadde hendelsene skjedd på nattestid, ville innkallingen av personell blitt mer utfordrende, fordi de aller fleste helsetjenestene hovedsakelig baserer sin innkalling på at ledere manuelt må ringe eller sende SMS til ansatte. Disse ordningene er svært ressurskrevende, og personavhengig, og har en betydelig risiko for svikt. Mange opplevde at varslingen ble tilfeldig, og at man hadde liten oversikt over hvem som hadde anledning til å møte, og hvem som faktisk møtte. De helsetjenestene som hadde etablert systemer for automatisk varsling av ansatte, opplevde ikke slike problemer. Helsedirektoratet anbefaler derfor at alle helsevirksomheter med beredskapsfunksjoner må

etablere funksjonelle og sikre systemer for varsling av akuttmedisinske ressurser, og innkalling av personell.

I forhold til utrykningsteam, så mener Helsedirektoratet at den medisinske nytteverdien av å sende ut utrykningsteam med kirurg og operasjonssykepleier er begrenset. De teamene som ble sendt ut fra sykehus hadde ikke med seg sambandsutstyr, noe som medvirket til at sykehuset ikke var i stand til å komme i kontakt med teamene under aksjonen, og hadde ikke egnede klær. De hadde noe medisinsk utstyr med seg, men det er usikkert om dette var egnet. De teamene som kom fra luftambulansen hadde med seg relevant medisinsk utstyr, både behandlingsutstyr, tepper og lettbårer. De hadde også med deg håndapparater og ekstra batterier, samt relevant sambandsutstyr. Dette viser at for at den medisinske nytteverdien skal være stor, må personalet som sendes ut være trent i prehospital innsats. Kirurger og operasjonssykepleiere gjør en bedre jobb dersom de arbeider i sine vante omgivelser, med mottak og behandling av pasienter på sykehus, men dersom slike team skal sendes ut, må de medbringe eget mobilt medisinsk utstyr, og sambandsutstyr som gjør det mulig å kommunisere med AMK, skadestedsledelsen og sykehuset. Teamene må også være en del av virksomhetens beredskapsplaner, og være kjent for den lokale AMK-sentralen.

4.2. Intervjuer

Min problemstilling var:

Helsemessig og sosial beredskap i sykehus – Ivaretar dagens beredskap morgendagens utfordringer?

For å besvare denne problemstillingen utarbeidet jeg to forskningsspørsmål:

1. Hvordan ivaretar sykehuset sin plikt om helsemessig og sosial beredskap i dag? Benyttes risikoanalyser og beredskapsanalyser ved utforming av beredskapen, og hvordan implementeres og vedlikeholdes beredskapsplanene?
2. Hvilke utfordringer opplever ledere og ansatte i forhold til beredskapsplanlegging, eksisterende planverk, implementering/oppfølging og framtidige utfordringer, og hvilke erfaringer har ledere og ansatte etter øvelser med og reell bruk av beredskapsplanene?

Da jeg utformet intervjuguiden delte jeg opp disse forskningsspørsmålene i flere undergrupper, fordi hvert spørsmål inneholder flere tema. Jeg vil nå presentere mine funn fra

intervjuene med ledere og ansatte i forhold til disse spørsmålene, og har derfor valgt å la temaene i intervjuguiden være en ramme for presentasjonen.

4.2.1. Hvordan ivaretar sykehuset beredskapsplikten i dag?

Sykehuset har gjennom utarbeidelse av et omfattende planverk med en hierarkisk struktur, som går over flere nivåer i organisasjonen, forsøkt å planlegge for hvordan ulike interne og eksterne hendelser skal takles i organisasjonen. Selve planverket beskrives i kapittel 2.2.3, jeg går derfor ikke nærmere inn på dette nå. Ved å lese gjennom planverket, får man et innblikk i hvilke hendelser som sykehuset anser som truende for dets evne til å yte helsehjelp, samt hvordan sykehuset organiserer seg i forhold til ledelse, varsling ol. ved kriser og katastrofer. Alle informantene kjente til dagens planverk, i ulik grad. Noen hadde satt seg nøye inn i hele planverket, mens andre kun kjente godt til noen av planene.

En av informantene hadde vært med i arbeidet med å utarbeide beredskapsplaner i mange år, og mente at fokus på beredskap i organisasjonen var mye høyere nå enn for bare 6-7 år siden. Da hun ble med i dette arbeidet i 2007 ble det bestemt fra overordnet nivå i organisasjonen at hver avdeling skulle lage sine egne beredskapsplaner i forhold til en rekke definerte områder, basert på en mal som kom fra toppledelsen. Det ble derfor satt ned en tverrfaglig gruppe, som skulle arbeide med dette i avdelingen, og denne gruppen bestemte seg for at man skulle starte med en beredskapsplan for mottak av masseskade. Siden organisasjonen ikke hadde erfaring med denne type arbeid, opplevde man at dette arbeidet var veldig tungt og vanskelig. Det var lite forståelse i organisasjonen for viktigheten av dette, det var bare enda en ting som ledelsen hadde bestemt. Det var heller ikke kommunikasjon mellom de ulike avdelingene, slik at hver avdeling satt på sin tue og laget sin plan, uten at man så dette i en sammenheng. Dette medførte at arbeidet med å lage en beredskapsplan for mottak av masseskade tok veldig lang tid, faktisk 3 år.

Informanten mente også at i dag er fokus på beredskap i organisasjonen mye større. Man har innsett viktigheten av at i en så stor organisasjon er det nødvendig med en sentral ledelse av dette arbeidet, og har tatt konsekvensen av det ved å opprette egne stillinger for beredskapskoordinatorer, og ved å opprette et beredskapsutvalg. På den måten forsøker man å sikre at avgjørelser som blir tatt eller oppgaver som må gjøres har en forankring ut i organisasjonen. Informanten mente også at det i dag var mer «retning» på hvor veien videre

skulle gå, at den overordnede styringen var klarere, og at det nå fantes et eget miljø på sykehuset som arbeidet med dette: *«Og det som er bra er at det er et kollegialt arbeidsmiljø for det, et fagmiljø for det nå, jeg tenker at det er løftet litt fram, som en veldig viktig del av det at vi faktisk driver et sykehus her, og skal kunne håndtere det, hvis noe skjer ute i befolkningen. Det bærer institusjonen mer preg av at de har skjønt, mer enn den gangen vi begynte i 2006. Og det handler om at organisasjonen må bli moden, for å skjønne at dette er viktig. Pluss at det kommer noen direktiver om at dette SKAL på agendaen, det hjelper jo også på».*

4.2.2. Benyttes risikoanalyser/andre analyser ved utforming av planene?

Paragraf 3 i forskrift til Lov om helsemessig og sosial beredskap (2000) sier helt klart at: *«Virksomheten skal gjennom risiko- og sårbarhetsanalyser skaffe oversikt over hendelser som kan føre til ekstraordinære belastninger for virksomheten. Risiko- og sårbarhetsanalysen skal ta utgangspunkt i og tilpasses virksomhetens art og omfang. Risiko- og sårbarhetsanalysen skal alltid omfatte selve virksomheten, virksomhetens ansvarsområde og lokale forhold som innvirker på virksomhetens sårbarhet. Forutsetningene risiko- og sårbarhetsanalysen bygger på skal dokumenteres.*

Avdekket risiko og sårbarhet reduseres gjennom forebyggende og skadebegrensende tiltak. Beredskapsplaner skal sikre en tilstrekkelig produksjon av tjenester ved mulige hendelser knyttet til avdekket risiko og sårbarhet i samsvar med § 4 til § 9.»

I intervjuene sa alle informantene at de selv aldri hadde gjennomført ROS analyser før de laget beredskapsplaner på divisjons/avdelings nivå, og at de ikke visste om at andre hadde gjort det heller. Noen mente at det overordnede planverket mest sannsynlig var basert på ROS analyser, *«alt er nok gjort etter boka»*. Det kom også fram at man ikke hadde tradisjon på dette, og man så heller ikke nytten av det. En sa *«Jeg har inntrykk av at det (Ros analyser, min anm.) blir alt for byråkratisk, alt for tunge prosesser, og det er mange fine ord og vendinger, men når trykket skrues på i praksis, så ser en at det gjerne ryker, fordi vi ikke har tatt høyde for praktisk erfaring, vi ser at i teorien så funker det bra, men i praksis så er det andre mekanismer som gjelder, som vi kanskje ikke har tenkt på i teorien»*. En annen sa *«Det har ikke vært noen tradisjon for at det har vært gjort ROS analyser tidligere, jeg selv har ikke*

så mye kunnskap om og erfaringer med det, så det var ikke det første jeg tenkte på. Og så ser jeg jo at når vi har gjort det, i forhold til de veldig grove analysene og malene for ROS analyser som ligger i EQS, så sitter du liksom ikke igjen og er så mye lurere etter du har gjort det». En tredje sa: «Personlig så mener jeg at hvis du har et godt «folkevett», så tror jeg ikke at du trenger det» (ROS analyser, min anm.).

«Ellers så kjenner jeg ikke til at det ble gjort noen som helst ANALYSE i forkant, hva så en for seg som et scenario, hvor mye tenkte en at en ville ha kapasitet i det hele tatt til å ta i mot, og sånn. Jeg skal ikke si at jeg hadde inntrykk av det, men altså så og så mange beredskaps rom hadde vi, nårtid tømte vi poliklinikkene, det var litt sånn diffust».

Dette viser etter min mening at tradisjonelle ROS analyser ikke blir brukt i stor grad ved utarbeidelse av planverket. Dette betyr imidlertid **ikke** at det ikke ligger velbegrunnet og erfaringsbasert kunnskap til grunn for de tiltakene som er besluttet og det planverket som er utarbeidet. Jeg har ingen grunn til å tvile på det. Dette bygger jeg på utsagn som:

«Vi tenkte nok veldig praktisk og konkret, hvordan ting ville fungere. Og det baserer vi jo på den erfaringen vi har i det daglige, hvor er det problemene oppstår når det kommer mange pasienter på en gang».

«analysen er vel egentlig gjort på bakgrunn av egen erfaring, og andres erfaring, men ikke sånn helt klassisk ROS analyse, nei».

«mye bygger jo på dagens system, altså hvordan fungerer sykehuset i det daglige, bare du skruer opp trykket ti ganger eller femti ganger»

«Såne sårbarhetsanalyser, det går jo litt på å analysere kanskje ikke minst hvilken type traumer kan vi forvente oss, og det kan jo sånn sett være nyttig, men jeg tror nok også at denne planen har tatt utgangspunkt i at uansett hva som skjer, hvilke ressurser har vi tilgjengelig, og hvordan kan vi disponere dem på best mulig måte. Men vi vet jo at det som er spesielt for vår region kanskje, til forskjell fra en del andre regioner, i alle fall østover, er vel at vi helt klart blir hovedmottager hvis det skjer noe stort ute i Nordsjøen, det er jo en typisk ting. Men ellers så vil jo vi kunne rammes av alt det som andre også kan rammes av, alt i fra sånn type 22.juli og sånn».

«Så det vi har begynt med er å se på hva er det her fra før, og kan vi bruke noe av det, og hva har de tenkt da, og så har i alle fall min ide vært da å gå til dem som eier problemet, eller hendelsen, for det er jo de som er eksperter på gjennomføringen»

«Så det vi har gjort, både ubevisst og bevisst, det er at vi har prøvd å flette dette (ROS analyser, min anm.) inn i planverket».

4.2.3. Hvordan gjøres planene kjent i organisasjonen?

I den overordnede beredskapsplanen står det: «Opplæring i beredskapsarbeid skal gis alle nyansatte. Vikarer, spesielt leger og sykepleiere, skal minimum læres opp i de roller de kan komme til å utøve ved en beredskapssituasjon. Helsepersonell skal årlig gjennomgå foretakets og avdelingens beredskapsplaner med vekt på avdelingens og egne oppgaver. Beredskapsledelsen skal gjennomgå nødvendig opplæring i lover, planverk, egen rolle/tiltakskort for aktuelle beredskapssituasjoner og organisering av redningstjenesten».

I praksis er det i følge informantene veldig ulikt hvordan planverket gjøres kjent i organisasjonen. Det innkalles ofte til felles møter med gjennomgang av planverket, enten på overordnet/divisjonsnivå, eller på avdelings/post nivå, særlig i forbindelse med større endringer/revisjoner av planverk, eller innføring av nye planer. Det er også vanlig å sende informasjon ut «i linjen», dvs. at mail sendes fra overordnet nivå til divisjonsdirektører, som videreformidler til sine avdelingssjefer. Disse sender i sin tur ut mailen til sine avdelingsledere, som så videresender til de ansatte. Som man ser er det her flere ledd, og informasjon stopper i følge noen av informantene av og til opp i et av leddene. Av og til holdes det praktiske gjennomganger, hvor man snakker seg gjennom planverket med tilhørende tiltakskort.

På ledernivåer avholdes det iblant såkalte tabletop øvelser, som i følge Weisæth og Kjeserud (2012) er en diskusjonsøvelse mellom ledelsen og andre involverte parter, hvor man ikke skal gjennomføre praktiske handlinger, men diskutere seg fram til hvilke tiltak man ville satt i verk. Det gjennomføres årlige praktiske øvelser på avdelingene f.eks. innen brann, og en gang i året gjennomføres en storskalaøvelse, hvor også organisasjoner utenfor sykehuset er involvert. Det finnes noen få e-lærings kurs på den interne læringsportalen som omhandler

beredskap, da spesielt brann. Ellers overlates mye av ansvaret for å sette seg inn i planverket til den enkelte ansatte, både på «gulvet» og i ledelsen.

Det finnes ikke godt innarbeidede rutiner for å sjekke om den enkelte virkelig har satt seg inn i beredskapsplanverket, utenom planer i forhold til brann. Brannvernopplæring skal bestå av en teoretisk opplæring (e-lærings kurs) og en praktisk brannøvelse på avdelingen hvert år, samt et kurs i brannslukking i regi av sykehuset som skal gjennomføres en gang av alle ansatte. Nyansatte skal ikke begynne å arbeide før de har fått brannvernopplæring. All brannvernopplæring skal dokumenteres skriftlig, og rapporteres til brannvernleder hvert år, og det føres tilsyn på at dette blir gjort fra Brannvesenet.

4.2.4. Hvordan vedlikeholdes planene?

I den overordnede beredskapsplanen står det at «*Revisjon av planen skal foretas kontinuerlig med hovedrevisjon hvert 3.år*» I de underordnede planene som gjelder for kirurgisk divisjon står det ingen ting om hvor ofte planverket skal revideres.

I praksis sier informantene at det som oftest er erfaringer som blir gjort etter øvelser som ligger til grunn for revisjoner og endringer av planverket. Utarbeidelse av nytt planverk kommer ofte som en følge av føringer gitt fra toppledelsen, som ofte får sine føringer fra sentralt hold. Eksempel på dette siste var et nylig krav om utarbeidelse av beredskapsplaner i forhold til terror og evakuering.

Dersom planverket ikke har blitt revidert som følge av en evaluering etter en øvelse, sørger kvalitetssystemet EQS for at man i det minste må revidere dem hvert 2. år, da alle dokumenter i EQS automatisk blir lagt til revisjon da.

4.2.5. Opplever man utfordringer i forhold til planverket?

Flere informanter pekte på problemet med planer som ikke er koordinert. En sa: «*Folk har sittet på hver sin avdeling og laget gode planer, men det er ingen som har sett om disse planene passer i sammen og om de vil fungere i sammen*». En annen sa: «*Men denne forståelsen av at dette henger sammen, kommunikasjonen, og linjene inn, det var vanskelig*»

Det ble også trukket fram at stoffet var til dels tungt tilgjengelig, fordi det var teoretisk og tungt skrevet, og vanskelig å trenge inn i. Det var derfor vanskelig å lære seg dette ved å lese stoffet, selv for dem som hadde jobbet mye med dette. En som hadde jobbet mye med planverket sa: *«det har vært gjort veldig mye bra arbeid, men det er for komplisert å trenge inn i og få hele oversikten, for den vanlige mann i gata på sykehuset, for å bruke det uttrykket».*

Samtidig var det flere av informantene som syntes at planverket var lite oversiktlig. Det var vanskelig å skjønne forskjell på de ulike typene av alarmer, som konferansealarm, fase 1 og fase 2, og de ulike nivåene av beredskap. " *Hva tid går liksom fase 1 alarm for det ene og det andre, og konferansealarm, og sånn. Så det er litt vanskelig å få oversikten synes jeg nok. Og jeg har jo vært en del i det, og for dem som ikke har vært i det, for dem tror jeg nok det er veldig vanskelig å få oversikten».*

De aller fleste hadde fått med seg at det fantes ulike grader av beredskap, som hadde fått betegnelsen grønn, gul og rød, men ingen var helt klare på hva de ulike nivåene innebar. *«Så har vi rød og gul og grønn kode på dette. Og nå husker jeg ikke helt, altså rødt er jo det alvorligste som går an, eller det kommer jo litt an på hvor mange skadde det er, men jeg husker ikke helt antallet på hva, og sånn, da»*

Mange trakk fram at det hadde skjedd en forbedring av planverket etter siste øvelse, og at dagens planverk virket mer konkret og praktisk rettet enn det det hadde vært tidligere. De som kjente til hvordan dagens planverk var laget, mente at det var positivt at legene var trukket aktivt inn i arbeidet. Som en sa: *«Det som ofte har skjedd hos oss, det er at planene er laget og gitt ut, men det som legene ikke eier her, det er ikke alltid så viktig, og det er jo synd».* Man mente at på denne måten ville det bli lettere å skape et engasjement i legegruppen for planen. Og som en annen fortalte, så hadde dette at legene var med å utarbeide planene, ikke vært en selvfølge tidligere, noe som skapte problemer både i forhold til eierskap og praktisk verdi i forhold til bruk av planverket: *«og ikke minst den medisinske biten, det å få med den ekspertisen, få med legetjenesten på at de var en viktig leverandør inn i det planverket, det var sånn at de måtte bli utpekt av direktøren for å gå inn i arbeidet».*

Det var tydelig under nesten samtlige intervjuer, at beredskapsplan for mottak av masseskade var den planen de fleste tenkte på og snakket om når det var spørsmål i forhold til beredskap. Når jeg spurte om brann, så kom de fleste på at dette også var en beredskapsplan, men det var tydelig at det var masseskade som stod de fleste nærmest. *«så må man jo ikke miste fokuset på at dette (masseskade, min anm.) er faktisk bare et bitte lite område, en tenker jo hva er det egentlig som trer i kraft hvis strømmen går, hvis IT'en detter ut, eller hvis vi får varslet en annen hendelse som ikke nødvendigvis handler om masseskade eller økning av pasienttallet. For der er jeg ganske blank, i forhold til hva vi egentlig har på dette huset»*. Man mente også at det var vanskelig å skape et engasjement blant personalet i forhold til annet planverk: *« Det ligger jo i sakens natur at man greier nok ikke å skape et engasjement blant de ansatte på akkurat hvordan en skal te seg ved strømbrudd og slike typer ting, jeg skal være mer enn fornøyd hvis vi greier å ha dette med masseskade relativt klart for oss»*.

Da jeg spurte hvilke utfordringer som var størst når man var med på å lage planer, var det ikke alle som hadde vært med på dette. De som hadde vært med selv, trakk fram dette at det var vanskelig å se sammenhengen mellom den jobben de gjorde i sin avdeling/divisjon, og det som andre gjorde i sine avdelinger. Man opplevde at når man anså seg som ferdig med sin plan, og var fornøyd med den, skulle den knyttes opp mot andre, samarbeidende avdelinger og faggruppers planverk, og da kunne det oppstå problemer: *«Folk har et eierforhold til dette. Du må gå forsiktig til verks, ellers faller sperrene ned. Folk lager gode planer på hver sin avdeling, men ingen har sett om de passer sammen. Vi kan ikke bare sitte og lage planer som vi trer ned over hodene deres, vi må ha dem med. Og da må du allerede da inngå en del kompromiss»*.

«Det var ikke spesielt enkelt å knytte planen sammen med de andre sine planer. En del av planene er ikke ferdige, og ikke samkjørte. Det er vanskelig å se helheten»

«Det er en manglende forståelse av at avdelinger henger sammen, er avhengig av hverandre, og det mangler kommunikasjon. Lavt fokus på dette i organisasjonen».

«Hvordan kommuniserte de seg i mellom? Det var det ingen som visste. Og når du da prøvde å sende forespørsler på tvers her, så var det litt sånn god dag mann økseskaft, dette ser vi på når vi skal godkjenne disse og revidere disse. Så vi satt liksom og jobbet på hver våre tuer».

Tidsaspektet ble også trukket fram, og enkelte hevdet at skulle du jobbe med dette, så måtte du bruke din fritid. Det var også en opplevelse av at det ikke var nok rom for å bruke arbeidstiden til beredskapsarbeid dersom dette ikke var en del av din ordinære jobb: «Jeg får Så mye ting og møter og utvalg som jeg skal være med i, og så går det ikke, og så må en prioritere. Og hvis da sjefene mine vil at jeg skal prioritere driften, så må jeg prioritere det. Så det er en ting som godt kan nevnes, at det nytter ikke å delegere eller å pålegge, uten å avsette ressurser til det, og det synes jeg at lederne må bli flinkere til. Hvis de vil ha en skikkelig beredskapsgruppe, så vil jeg gjerne være med på den, men da vil jeg vite hvilke av mine andre oppgaver som skal ut. Og der er det ganske liten forståelse».

I forhold til spørsmålet hvorvidt de mente at dagens planverk gjorde sykehuset godt rustet til å møte en fremtidig krise, var informantene delte i synet på dette, men de fleste mente at sykehuset ikke var godt nok rustet med dagens planverk: «selv om vi har gått ganske godt igjennom disse beredskapsplanene, og vi har testet dem, og skal sikker teste dem igjen, så er jeg ganske sikker på at sykehuset er ikke spesielt godt rustet for å ta en skikkelig katastrofe. Og det er jo litt leit å tenke på også, når en har brukt mye tid og energi på det, men så vet en det at hvis man skruer opp trykket, så blir det kaos. Dess mer en begynner å grave i dette her, dess mer ser du egentlig hvor lite du er rustet»

«Nei, vi er ikke rustet. I forhold til masseskade, så er vi det inntil et visst nivå, i første del kommer det til å gli greit. Suksesskriterier er antall skadde, og hvor fort det øker»

«men vi som vet «for mye» tenker, går dette godt? Det er hemskoen med å kunne og vite!»

«Hvis det virkelig smeller en dag, så er det ikke sikkert at det går akkurat slik vi har tenkt og øvd, men jeg tror at planverket gir en robusthet. Det kan ligge til grunn, så om det ikke gikk akkurat slik vi planla, så har det i hvert fall lagt føringer»

Noen mente derimot at vi var godt rustet dersom vi øvde regelmessig, og justerte planene etter øvelsene: «Ja, jeg tror at planene gjør oss godt rustet, spesielt på bakgrunn av at vi nå kjørte en øvelse med utgangspunkt i den gamle, slik at den er blitt justert nå, og når en da øver noen ganger, og justerer etter som en ser at ting er feil, så har jeg tro på at det kan være en brukende vei å gå».

4.2.6. Opplever man utfordringer ved implementering/oppfølging?

Alle ser utfordringer i forhold til hvordan planverket gjøres kjent i organisasjonen. Det påpekes at selv om planen er sendt ut «i linjen», så betyr ikke det at alle ansatte har fått det med seg eller kan dette. Det er flere årsaker til det. For det første kan informasjon stoppe opp i linjen, dvs. at et eller flere ledd ikke sender informasjonen videre: *«Det stopper ikke på toppen, direktøren hos oss sender ut, der stoppes lite. Så går det til ledelsen, og da er det jo de i linjen som skal sende videre, men jeg får nok tilbakemeldinger på at det er litt ulikt, alle avdelingssykepleiere får ikke fra sine avdelingssjefer, det stopper fra avdelingssjefen og ut. Og når det stopper til avdelingssykepleieren, så må det vel stoppe til legene også?».*

Man nevner også at selv om informasjonen er sendt ut, så virker det som om de ansatte ikke leser informasjonen. Noen mente at dette kan skyldes manglende interesse eller manglende engasjement, mens andre mente at det skyldtes for mye informasjon: *«Utfordringen er jo å nå ut til alle. Du kan nå ut til alle, men greier du å fenge, det er spørsmålet. Hva har de fått med seg, det er vel egentlig det som er utfordringen. Du kan fint spre, for du sier jo at du har lagt det ut på nettet, og at alle har et ansvar, men alle er jo ikke på intranettet og leser. Hva er det som gjør det, hvorfor er ikke folk mer interesserte? Det stiller jeg jo også litt spørsmålstegn ved, på en arbeidsplass».*

«Hvis du skal iverksette noe, så sender du ut en mail, du forklarer og du er med og følger opp, og så ser du allikevel at det er en del som ikke har fått det med seg. Så kan du tenke: Men leser du ikke mail?! Har jeg skrevet mailen for utydelig, skjønnte de ikke hva jeg mente? Hva er det som gjør at de ikke greier å motta den informasjonen som kommer over? Da kan du ta den stygge varianten og tenke at folk er så sløve, de gidder ikke følge med og de bryr seg ikke, men det tror jeg er feil. Jeg tror at det er så mye informasjonsstrøm til folk at de klarer ikke eller orker ikke å forholde seg til alt, og så selekterer de ting ut. Og da blir det typisk sånne ting som de tenker at ok, hva er sannsynligheten for at dette er viktig for meg, og det er for eksempel beredskap. Det er en sånn ting som jeg tror at folk bare tenker at de siler ut, for jeg tror at de klarer ikke helt å forholde seg til det som en realitet».

Informantene pekte også på holdninger til arbeidet med beredskap som et hinder for implementeringen, både blant de ansatte og blant ledelsen, samt et manglende system for å sjekke hvorvidt den informasjonen som er sendt ut faktisk er oppfattet: *«Det sendes ut til*

folket på en mail, men du når ikke folk på den måten. På et sykehus er det mange som «vet best», holdningen er at «ja, ja, de jobber og styrer og bestemmer, men jeg gjør nå som jeg alltid har gjort». Jeg prøver å forklare dem at det vil ikke funke!»

«Holdningen er at sykepleieren på gulvet trenger ikke kunne dette, hun får beskjed om hva hun skal gjøre, det tror jeg er feil. De trenger ikke kunne alt, men man kunne fokusert på hva som er viktig å vite for dem, hva der deres rolle i planen, den praktiske biten. Det er kjempeviktig at alle skjønner hvor deres plass er i det store edderkoppnettet!»

«Nå har jeg inntrykk av at den er sluppet ned til et visst nivå, og så forventer en at kanskje at ledere med personalansvar skal ta den videre, og det skal de jo også, men spørsmålet er jo om de har fått nok informasjon om hvor viktig dette er, at dette faktisk gjennomføres, eller om det bare slippes, og så er det informert om. Har vi fått noen tilbakemelding på den informasjonen som er gått ut, har vi kvalitetssikret at den faktisk har gått ut, eventuelt hvilket nettverk har vi for å kvalitetssikre det?»

«Vi har jo ikke noen sånn utkvittering på at du har lest den, det har vi jo ikke. Men det har blitt oppfordret flere ganger til at denne beredskapsplanen må vi kjenne til, og viktigst: vite hva min rolle er i dette.»

Alle er enige om at det er øvelser som må til for at planverket skal implementeres ordentlig i organisasjonen, at dette er den eneste effektive måten å lære seg planverket på: «Vi må ha den masseøvelsen en gang i året, slik at vi husker at av og til så kan vi rammes av den store katastrofen, og da må vi ha prøvd og tenkt i gjennom at vi har en plan, og vi må ha gått i gjennom en plan, slik at vi kan gjennomføre den planen hvis noe skulle skje, siden dette før eller siden statistisk sett skjer.»

«Og det eneste som nytter, det er å sette fokus på det, og jobbe, jobbe, trene, trene. Det er det eneste.»

«Det er mye bra på gang med disse beredskapsplanene, men jeg vil fortsatt si at det er vanskelig å få det helt vanntett. Og jeg mener at det står mye arbeid igjen for å få det integrert i organisasjonen. Nå er de relativt fine på papir, men det å få de integrert i

organisasjonen, der står det ganske mye arbeid igjen. Og da nytter det ikke bare å ha en gjennomgang i avdelingen, det er ikke godt nok vet du. Det må trenes og det må drilles».

«Vi må ha øvelser innimellom, sånn at en får en gjennomgang. Vi skal jo gå gjennom det hver for oss også, men vi lærer jo mer av det når vi har de øvelsene. Sånn som den store øvelsen vi hadde i fjor, så lærte vi mye, vi fikk noen aha-opplevelser der, og det tror jeg alle gjorde. Så egentlig burde vi hatt en sånn stor øvelse minst en gang i året»

Noen sa at det å finne planverket i EQS var en utfordring, det var vanskelig tilgjengelig, og det måtte mange «trykk» til for å finne planene. Dette gjorde at mange kviet seg for å slå opp i EQS, og de følte at dette var en sperre for at folk skulle sette seg inn i planverket: *«Hver gang vi skal vise noe i vår avdeling som ligger i EQS, så går det nærmest som et sukk igjennom oss.. Alle de klikkene som vi må gjøre, og så ligger det der og så ligger det der, og så stemmer ikke det ene med det andre, sånn at mye av problemet er jo at det er en uoversiktlig jungel i dataverdenen».*

«...når vakthavende kommer inn, og skal kikke litt her, hvor mange skadde, opp til tolv ja, da er det gul beredskap, og så er det å lese seg litt sånn kjapt igjennom dette her. Men så må han da, slik det er nå, så må vi inn her, det var to klikk, tre, fire fem klikk, så kommer jeg til dette her, i all verden, det er alt for mange klikk! Det er akkurat dette her! For hvis jeg nå viser dette her til de andre, jeg finner det, det er ikke det, men hvis jeg viser dette her til de andre, så har de falt av for lengst!»

Noen mente at det hadde vært bedre om alt planverket var printet ut og satt i permer på vaktrommet, at det da ville vært mye lettere tilgjengelig. Men samtidig så de da utfordringen med å holde dette oppdatert, hvem skulle ha ansvar for dette? De fleste visste at det fantes papirversjon av planverket i kirurgisk ekspedisjon og i mottagelsen, og på oppholdsrommet på operasjonsavdelingen.

4.2.7. Hvilke erfaringer har informantene med planverket?

Alle informantene hadde vært med på den store felles øvelsen i mai i fjor, og hadde hatt ulike roller der. De som hadde administrative roller opplevde generelt at alt gikk veldig greit, at de hadde kontroll og oversikt over sine oppgaver. De hadde hørt om at det var problemer med kommunikasjon andre steder, og opplevde selv at det manglet informasjon inn til dem, men hadde selv lite problemer: *«Vi satt i kirurgisk konferanse-rom, og det eneste vi skulle gjøre var*

å ringe inn folk når vi fikk beskjed, og sende dem bort til MOBA. Vi hadde det jo kjekt i det rommet, men det ble litt lite, da. Det var beredskapsledelsen nede som skulle holde styr på hvor pasientene var, men det greide de ikke. Ikke det at vi hadde greid det bedre, men vi hadde bedre kapasitet».

«Vi opplevde at vi hadde kontroll, men lite kommunikasjon gjorde at vi oppfattet ikke rotet, vi hørte om det i etterkant. Vi fikk avdekket et problem med at når NN ble flyttet fra akuttbasen til OBA-basen, forsvant ID, vi visste ikke hvem det var».

«Øvelsen i fjor, det funket egentlig, det var bare litt vanskelig å si. Vi fikk ikke øve fullt ut, og fikk ikke frigjort nok folk til å bekle alle rollene, dermed måtte noen ha dobbeltroller, og greide ikke håndtere det. Evalueringen var vanskelig. Planverket var ikke godt nok implementert på forhånd, folk kjente det ikke. Hovedprinsippene fungerte, men noen har for mange roller til at de vil greie å gjennomføre det».

De som hadde vært nede i mottagelsen, og tatt i mot pasienter, opplevde øvelsen annerledes. De opplevde at det var vanskelig å finne ut hvor de skulle møte opp, det var utfordrende å få gitt beskjeder pga. manglete kommunikasjonslinjer, og det var utfordringer i forhold til logistikk av pasienter, ID på pasientene, og at systemet med rulling av medlemmene i traumeteamene ikke fungerte. Alle opplevde likevel at den pleien som ble gitt pasienten ved sengen, var bra: *«Da får en jo se hvor fort det blir problemer, og det som er gjennomgående, det er jo disse kommunikasjonslinjene, en mister veldig fort oversikten, for det er ikke noe ordentlig godt kommunikasjonsnettverk oppe og går, en har jo mobiler, men en kan jo bare snakke med en om gangen».*

«Vi slet med å finne fram til møteplassen, vi fant den etter hvert, men ingen visste hvor det var. Det var meningen at vi skulle følge pasienten opp, og avlevere den, og så gå til MOBA igjen for å bli satt i et nytt traumeteam, men det fungerte ikke. Vi ble stående i mottak, og tok i mot alle pasientene. Vi var 4 sykepleiere med en telefon, det fungerte dårlig. Det var bare en telefon på veggen, men når du står ved seng 1 og den er ved seng 4 og du må bane deg vei mellom alle folkene, så er det jo veldig dumt».

«Kommunikasjon er det som går igjen, både den fysiske forbindelsen og om personen som mottar meldingen forstår. Bli veldig fort rykter og forvirring. Tar ikke høyde for hvor sårbare vi er i forhold til datasystemer som detter ned, og som ikke kommuniserer. Vi må gå tilbake til basic, med budbringere og papir».

«Vi må øve på den kommunikasjonsbiten, hvordan vi taler til hverandre, det betyr SÅ mye, men det tror jeg ikke at vi får til i et case. Vi kan øve på det vi har, HLR og sånn, og det er mye av det som kan overføres hvis det skjer en katastrofe. Hvis vi er trygge på det grunnleggende, så hjelper det».

Enkelte trakk fram konflikten mellom produksjon og øvelser. De var enige i at øvelser var viktig, men opplevde at det store kravet til produksjon var en begrensende faktor på hvor mye og hvor ofte man kunne øve: *«All øving på et travelt sykehus som vårt, vil alltid stå i kontrast til drift. Det er vanskelig å bli gode på ting som man øver en gang i året, men vi har ikke kapasitet til mer. Men nå øver vi traumeteamene en gang i uka, de er den viktigste brikken her, veldig viktig at denne enheten fungerer godt. Akkurat som familien er en grunnbrikke i samfunnet, er traumeteamet en grunnbrikke i en masseskadesituasjon. Men vi kan trene så mye vi vil, vi blir allikevel aldri like gode som Ullevål, eller store traumesenter i utlandet, men vi skal bli så gode vi kan».*

«Vi har for lite trening og drilling i dette her, trening er det eneste som hjelper. Vi trener traumeteamene hver fredag, det var en bøyg å få det til, man var redd det skulle gå ut over produksjonen. Det er hele tiden en konflikt mellom produksjon og øvelse».

Nettopp øvelsen av traumeteamene hver fredag trekker mange fram som veldig positivt. Traumeteamet beskrives som den minste brikken i det store puslespillet, og som grunnbrikken i en masseskadesituasjon. Dette var veldig vanskelig å få gehør for da man ønsket å starte opp, fordi man var redde for at det skulle gå ut over produksjonen. Men takket være ildsjeler har man likevel fått det til. Siden dette er basert på ildsjelers innsats, er det sårbart for at dersom disse ildsjelene forsvinner, vil tilbudet også forsvinne: *«Det fungerer VELDIG bra. Det er veldig kjekt og veldig lærerikt. Da møter vi jo rett ned, det blir jo akkurat som et vanlig traume, så da møter vi jo der nede, sånn som vi er vandt til. Og det fungerer veldig bra, det er et veldig bra tiltak, synes jeg. Lærte masse av det! For da går du gjennom et traume, og så får du evaluere det etterpå. Hva gjorde vi bra, hva kunne vi gjort annerledes. Alle får på en måte si litt, da».*

En trekker også fram at det er for mye fokus på det som skjer de første timene ved en masseskadesituasjon, vedkommende er redd for at etter noen timer vil «bunnen falle ut av bøtta». Det pekes på at man bare tenker på vekten her og nå, og glemmer neste natt og natten

etter det. Samtidig mener denne informanten at det er en svakhet at man alltid øver på dagtid, hva skjer dersom katastrofen inntreffer på kveld/natt/helg/ferie? Hvem må da ta beslutningene? Jo, det er sykepleier på vakt.

Det var bare noen få som hadde erfaringer fra reelle hendelser hvor beredskapen hadde blitt utløst, og da var det snakk om grønn beredskap, som varte i kort tid. Erfaringene fra de reelle hendelsene var stort sett samsvarende med erfaringene fra øvelsene, man trakk fram manglende og problemfylt kommunikasjon som det stadig tilbakevendende problemet, samt at det fort ble kaotiske tilstander. Man fryktet også kollaps i datasystemene, at de ikke ville tåle den store belastningen: *«Vi har jo prøvd denne planen litte grann, det var en brannskade eller eksplosjonsulykke nettopp nå, da kom det jo ikke så mange da, men det var vel en fem stykker, og av dem var det tre eller fire som da skulle videre til Haukeland. Og da får en jo se hvor fort det blir problemer, og det som er gjennomgående, det er jo disse kommunikasjonslinjene, en mister veldig fort oversikten».*

«En tar ikke høyde for hvor sårbare vi er når det gjelder datasystemer og røntgensystemer, som vi nesten daglig opplever problemer med, ved vanlig drift. Og hvis det da er økt press og vi ikke får lagt inn rett ID på pasientene, bare en liten feil når det gjelder ID, så blir det bare fullt kaos, vet du. Hvis det kommer ti stykker inn som har tilsvarende traumer, og du roter litte grann med ID'en, så har du et kjempeproblem! Og det var det som skjedde med den ene brannskaden, at det var noe klatt med den ID'en. Så slike små ting, som gjør at de kommer feil inn i et system, skaper ganske mye trøbbel i det senere forløpet, små feil gir store utslag. Og derfor er det veldig viktig at informasjon, altså informasjonsflyten, at den er veldig korrekt og konsis, og at linjene er så vanntette som mulig»

«Når du bare skrur opp trykket nok, så funker ikke dataen, det er for sårbart. Du kan tenke deg at du får inn ti eller tjue hardt skadde, og alle skal inn på dataen på samme tid. Selv om det bare er ti eller tjue pasienter, så betyr det enormt mange søk på de pasientene, for da vil de vite på operasjon, mottak og gjerne på intensiv, alle vil gjerne vite blodprøver, CT-svar og det ene med det andre, så det blir en veldig sann «impact» samtidig på nettet, og jeg vet ikke om serveren er bygd for å håndtere det».

5. DRØFTING

Min problemstilling er «Helsemessig og sosial beredskap i sykehus – Ivaretar dagens beredskap morgendagens utfordringer».

Som jeg forklarte i kapittel 1.4. har jeg valgt å bruke Demings modell for kontinuerlig forbedring som teoretisk rammeverk, og vil derfor dele min analyse og tolkning av funn fra dokumentanalysen og intervjuene inn i de fire fasene i dette hjulet, nemlig planlegging, implementering/utprøving, evaluering og standardisering. Jeg vil også trekke inn elementer fra Aven og Renn (2010) sitt rammeverk for risikostyring.

5.1. Plan

I denne fasen skal man planlegge de forbedringene man ønsker å gjennomføre. Bakgrunnen for å starte opp med denne fasen, er at man har blitt oppmerksom på et problem eller en utfordring, som organisasjonen må gjøre noe med. Etter at man er blitt enige om hvilke problemstillinger eller funksjoner man ønsker å forbedre, skal man sette seg konkrete mål, og komme med forslag til tiltak.

Et beredskapsplanverk er en del av sykehusets risikostyringssystem. Hensikten med å utvikle et beredskapsplanverk er å gjøre organisasjonen bedre i stand til å takle kriser og uønskede hendelser. Sykehuset har alltid hatt en beredskap for f.eks. mottak av masseskader, men det er først de siste årene at man har fått en mer strukturert tilnærming til dette, og at man har sett viktigheten av å ha delplaner som omfatter også andre scenarier enn masseskade. Lov om helsemessig og sosial beredskap trådte i kraft i 2000, og denne la føringer for helseforetakenes beredskapsarbeid på en helt annen måte enn tidligere. Arbeidet startet da opp med å utarbeide en overordnet beredskapsplan for foretaket, med tilhørende delplaner fra de ulike avdelingene/divisjonene. Den nåværende overordnede planen, med tilhørende delplaner, ble godkjent i 2012.

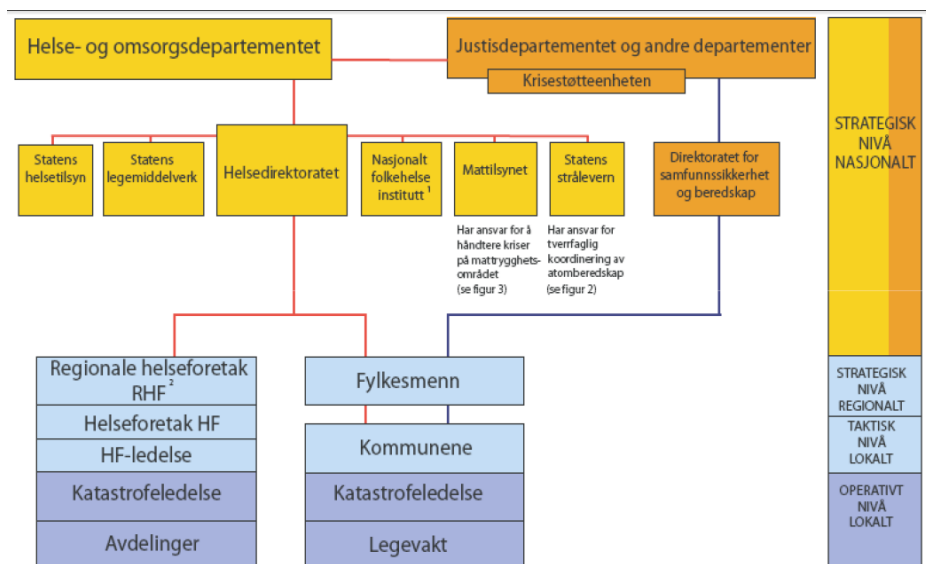
Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten (2013) legger her inn en ekstra fase i sin modell for kvalitetsforbedring som de kaller «forberedelse», før de starter med selve planleggingsfasen. Denne fasen kan sammenlignes med den fasen i Aven og Renn (2010) sitt rammeverk for risikostyring som kalles «risk appraisal», som kan oversettes med førvurdering. Aven og Renn (2010) tar til orde for at risikostyringsprosesser må starte med en analyse av hva viktige sosiale aktører velger ut som risiko og hva de utpeker som risikoproblemer. Alle aktørene må være enige om det underliggende målet, og om

implikasjonene som utledes fra kunnskapsgrunnlaget. Disse prosessene skjer både på makronivå, ved at det offentlige overvåker omgivelsene for nye og tilbakevendende risikohendelser, og på mikronivå innad i sykehuset ved at man systematisk overvåker og studerer uønskede hendelser.

På makronivå har myndighetene gjennom utarbeidelse av Overordnet plan for helsemessig og sosial beredskap (2007), gjort slike vurderinger. Man erkjenner her at det på enkelte viktige områder er nødvendig med forberedelser og planer for å sikre befolkningen nødvendig helsehjelp til enhver tid. Viktigheten av dette emnet har gjort at myndighetene har utarbeidet lov hjemmel og forskrift i forhold til helsemessig og sosial beredskap, som styrer aktørenes handlinger, og gir mulighet for sanksjoner fra myndighetenes side dersom regelverket ikke overholdes.

På dette nivået vil førvurdering innebære at myndighetene først må gjøre en innramming av problemet ved å se på den sikkerhetsmessige, sosiale, politiske og økonomiske situasjonen globalt, og vurdere om noe av dette vil kunne få betydning for vår egen nasjonale situasjon. Dette kan være både kortvarige trusler som askeskyen i 2010, og mer langsiktige trusler som global oppvarming, endret klima, terrortrussel ol. Man må også vurdere hvilke særegne nasjonale utfordringer som kan få betydning for evnen til å yte helsehjelp til befolkningen, som klima, topografi, befolkningstetthet, økonomisk og politisk situasjon, m.m.

Helse og Omsorgsdepartementet har i overordnet plan for helsemessig og sosial beredskap (2007) etablert varslings- og styringslinjer i forhold til kriser og katastrofer. Disse linjene går begge veier, både top-down og bottom –up. Når slike linjer er etablert og gjort kjent, kan myndighetene bruke dem til å varsle nedover i systemet om nasjonale og globale tusler som kan få konsekvenser for den lokale mulighet til å yte helsehjelp. Samtidig kan man sikre at dersom det skjer uønskede hendelser eller kriser på lokalt nivå som kan få konsekvenser på regionalt eller nasjonalt nivå, vil denne informasjonen kunne formidles i linjen raskt, og myndighetene kan gripe inn på et tidlig tidspunkt (Figur 10).



Figur 10: Varslingslinjer i helsetjenesten på nasjonalt og lokalt nivå

Eksempler på dette ble nevnt av en av mine informanter, som sa at det etter 22.juli hendelsene var blitt et økt fokus på beredskap i forhold til terrorhendelser på nasjonalt nivå. Det var derfor kommet et krav fra myndighetene via de regionale helseforetakene om at alle sykehus måtte utarbeide en beredskapsplan i forhold til terroranslag mot sykehuset, samt en plan i forhold til evakuering.

Dette er viktig å ha som et bakteppe for den videre drøftingen, men siden min oppgave fokuserer på hvordan sykehuset internt ivaretar sin plikt om helsemessig og sosial beredskap velger jeg å ikke fokusere mer på makronivået i drøftingen, men heller konsentrere meg om mikronivået, selve sykehuset. Dette trekkes likevel inn der det er relevant.

På mikronivå er det sykehusets ledelse som har ansvar for å holde seg oppdatert på eventuelle nye trusler på lokalt og nasjonalt plan, som kan komme til å få implikasjoner på sykehusets drift. Dette gjøres i samarbeid med lokale og nasjonale myndigheter. Det er derfor viktig å utvikle og styrke samarbeidet mellom andre nødetater og kommunene som ligger i sykehusets nedslagsfelt. Sykehuset utfører ikke sitt arbeid i forhold til å yte helsehjelp alene, men er selvfølgelig en del av lokalmiljøet, og samfunnet for øvrig både på lokalt og nasjonalt nivå. Det er derfor viktig å fange opp signaler fra de etatene som arbeider utenfor sykehuset, i forhold til nye lokale trusler og hendelser som kan få konsekvenser for sykehuset. Krav til samhandling er også nedfelt i Lov om helsemessig og sosial beredskap (2000), samt i Samhandlingsreformen, som ble vedtatt i 2010, og innført i 2012 (St.mld. 47, 2009). Denne setter i mye større grad enn tidligere krav til at sykehuset og kommunen skal samarbeide om

beredskapstiltak. Sykehuset vil i en beredskapssituasjon som nødvendiggjør masseutskrivning av pasienter for å frigjøre sengeplasser, være fullstendig avhengig av at kommunene i distriktet rundt kan ta i mot disse pasientene. Enten ved at de blir plassert i akuttsenger på ulike sykehjem og andre institusjoner, eller ved at de mottar nødvendig stell og pleie i hjemmet. Sykehuset er også avhengig av at legevaktene i de nærmeste kommunene vil ta i mot sin del av pasientene dersom det skjer en alvorlig hendelse med et stort antall skadde i distriktet. Legevaktene vil da måtte ta i mot de lettest skadde, og de vil også måtte holde igjen en del av de pasientenesom de vanligvis ville overført til sykehuset, for å lette på presset for sykehuset. Derfor er samhandling om planverket viktig.

Sykehuset er også pålagt av myndighetene å gjøre de nødvendige interne forberedelser og lage et planverk som skal sikre at helsehjelp kan ytes til befolkningen. Sykehusets ledelse har i den overordnede beredskapsplanen signalisert videre nedover i organisasjonen på hvilke områder man anser det som viktig å utarbeide et planverk for å sikre at sykehuset ivaretar sin plikt i forhold til å kunne yte helsehjelp til befolkningen. Man erkjenner at det er visse områder hvor risikoen er stor for at hendelser kan komme til å påvirke driften i så stor grad at tiltak er nødvendig. Divisjoner og avdelinger pålegges derfor å utarbeide et mer detaljert planverk, for å sikre driften.

Sykehuset har valgt å organisere beredskapsplanverket i et hierarkisk oppbygd system, med en overordnet plan som trekker de store linjene og avklarer ansvarsforhold og hensikt, og tilhørende delplaner for ulike hendelser på divisjons og avdelingsnivå. Dette sammenfaller godt med det som Njå (1998) beskriver som viktig i «før ulykke modellen», kap. 2.2.1, hvor det i fasen før ulykken eller krisen inntreffer er viktig å definere hvem som har ansvar for de ulike områdene som kan være viktige å ha kontroll over i en krisesituasjon. Ved å organisere planverket i et hierarkisk system kan sykehuset sikre to ting. For det første sikres det at den overordnede planen ikke blir for omfattende og detaljert, men heller gir et nødvendig overblikk. Dette er nødvendig for å sikre at de som skal koordinere og håndtere en alvorlig hendelse raskt kan finne fram til den nødvendige informasjonen, slik at de slipper å bruke tid og kapasitet på å finne fram i planverket. For det andre gir dette da en mulighet for å involvere de ulike divisjonene og avdelingene i å utarbeide mer detaljerte og spesifikke planer for ulike scenarier som f.eks. masseskade, forsyningssvikt, varsling, bortfall av strøm osv. Disse planene kan da tas fram ved behov, og nødvendige tiltak kan iverksettes, uten at man mister den nødvendige oversikten. Dette er etter min mening bra i forhold til at man da oppnår at de som «eier» problemene og skal bruke planen får et eierforhold til den, den vil oppleves

relevant for deres arbeidssituasjon, og det vil lette implementering og forankring av planverket i organisasjonen.

Som tidligere nevnt, så er det beredskapskoordinatorene ved sykehuset som planlegger og er med på å utarbeide det overordnede planverket, i samarbeid med beredskapssjefen. Endringer i det overordnede planverket gjøres i følge mine informanter som oftest som følge av overordnede pålegg fra regionalt eller nasjonalt nivå, som f.eks. det eksempelet mine informanter nevnte i forhold til at man fra overordnet nivå blir pålagt å utarbeide en beredskapsplan mot terror, eller som en følge av evalueringer og tilbakemeldinger etter bruk av planverket ved reelle hendelser eller øvelser. I følge Njå (1998) innebærer beredskapsplanlegging å jobbe systematisk med å tilpasse beredskapstiltakene til scenariene som kan utgjøre en trussel for organisasjonen, ved å anvende ytelseskrav. Ytelse er ifølge Aven m.fl. (2004) et begrep som kan brukes for å beskrive «godheten» av et beredskapstiltak, ved å se på påliteligheten, effektiviteten og sårbarheten for tiltakene. Måling av ytelse blir etter det jeg kjenner til i liten grad brukt som bakgrunn for endringer av planverket på sykehuset i dag.

På divisjonsnivå har planleggingsprosessene endret seg over tid. En av informantene, som hadde vært med i arbeidet med beredskapsplanlegging på klinikknivå siden 2007, fortalte at da arbeidet startet opp, var det allerede laget en overordnet plan for hele sykehuset, og denne la føringene for hvordan planverket skulle lages i klinikkene. I klinikkene kunne man ikke helt se hensikten med å lage en egen plan for f.eks. mottak av masseskade, da de fleste mente at dette var noe mottagelsen hadde ansvar for, og at mottagelsen ba om hjelp hvis de trengte det. Det manglet mye kunnskap i organisasjonen, både i forhold til hvordan man laget en beredskapsplan, og hva som var hensikten med dette arbeidet. Arbeidsgruppene som skulle lage planene var tverrfaglig sammensatt, men de som satt der var ofte utpekt fra ledelsen, og det bar litt preg av «frivillig tvang». Man opplevde også at medlemmene i gruppen «kom og gikk» over tid, slik at det etter hvert var ganske mange som hadde vært med på arbeidet. En annen informant som har vært med å lage planverk i divisjonen de siste årene sier at dette arbeidet nå ofte blir utført av ildsjeler, eller man peker ut en eller to personer i divisjonen som skal lage eller revidere en plan.

I følge Aven m.fl. (2004) er planlegging et redskap som gjør oss i stand til å kartlegge og finne frem til de mest effektive midler man kan benytte for å nå et mål. De planleggingsprosesser som blir utført på sykehuset i dag, har visse likhetstrekk med

instrumentell rasjonalitet, som ble beskrevet i kapittel 2.5.1. I rasjonell planlegging blir det tatt for gitt at når resultatet av en ekspertorientert plan- og analyseprosess foreligger i form av en plan eller et dokument, så er selve iverksettingsfasen helt ukomplisert. Aven m.fl. (2004) sier imidlertid at det kan være store problemer med å få organisasjonens ansatte og avdelinger til å følge opp de vedtatte tiltak i praksis.

De planleggingsprosessene som ble utført i divisjonen tidligere, bar mer preg av kommunikativ planlegging. Dersom man legger til grunn en kommunikativ rasjonalitet, som er beskrevet i kapittel 2.5.2, innebærer dette at dersom man ønsker å sikre at relevant informasjon vil ha påvirkningskraft i en beslutningsprosess, må den gi uttrykk for en sosialt konstruert og felles oppfatning, som er formet av samtlige av aktørene i en beslutningsprosess. Hvis en felles meningsforståelse opparbeides gjennom en slik sosial prosess vil informasjonen forandre aktørene og deres handlinger. Det er et mål at alle parter med interesse i saken er representert og *deltar allerede fra begynnelsen av*. Ideen er at deltakende aktører skal endre mål og verdier underveis i prosessen, og at beslutningsprosessen således bidrar til ny kollektiv meningsdanning.

Skal kunnskapen virkelig kunne formidles fra planleggere til beslutningstakere, må dette også skje gjennom kommunikasjon, ikke kun gjennom utveksling av dokumenter. En slik form for planlegging er langt mer krevende enn en ekspertorientert planprosess, da det fordrer at alle parter som blir berørt skal være aktivt med. Ut i fra et ledeleseperspektiv vil det da ofte bli en kost/nytte avveining, i forhold til hvor mye tid man skal bruke på å utarbeide planverket, og hvorvidt dette vil gå ut over produksjonen. Her kjenner vi igjen James Reason (1997) sine teorier i forhold til dilemmaet mellom sikkerhet og produksjon, og Rasmusen (i Rosness m.fl. 2004) sin teori omkring motstridende mål, som er beskrevet i kapittel 2.3.1.2. Det er produksjonen, altså pasientbehandlingen, som gir inntekter, og uten inntekter vil det være umulig å drive sykehuset. Men dersom fokus på produksjon blir så stort at det går ut over pasientsikkerheten, vil dette få alvorlige konsekvenser. Og i motsatt tilfelle vil for stor fokus på sikkerheten gå utover produksjonen og verdiskapningen, noe som igjen vil gå ut over pasientbehandlingen. utfordringen er derfor å finne en balanse her.

Å drive med beredskapsplanlegging på sykehus er en krevende oppgave, ikke så mye på grunn av dybden på problemet, men på grunn av vidden. Mengden av ulike hendelser som det må tas hensyn til i utformingen av beredskapsplanverket er stor, og det er derfor viktig å basere sine planer på gode, oppdaterte risiko- og sårbarhetsanalyser, som er utarbeidet av

virksomheten selv, slik at lokale forhold blir ivaretatt. Bruk av risikoanalyser som bakgrunn for utformingen av beredskapsplanene er som tidligere nevnt spesifisert i forskrift til Lov om Helsemessig og sosial beredskap, og kan sees på som et verktøy for å tilegne seg kunnskap om mulige hendelser og deres konsekvenser. Hovedhensikten med analysen er å få fram et plangrunnlag for å dimensjonere beredskapen, og å få fram forslag til forebyggende tiltak.

Risiko og sårbarhetsanalyser kan best beskrives som en strukturert idémyldring med en gruppe relevante fagpersoner. Nettopp dette at risikoanalyser gjennomføres i grupper med relevante fagpersoner er etter min mening noe av den største fordelene med denne typen analyser. Ved å sette sammen en gruppe personer med ulike bakgrunn både med tanke på erfaring, utdanningsnivå og rolle i organisasjonen, kan man oppnå å få belyst temaet som skal analyseres fra mange ulike vinkler. Man kan nyte godt av erfaringene til den som har arbeidet lenge i organisasjonen, samtidig som nye tanker og ideer fra dem med mindre erfaring eller en annen rolle i organisasjonen kan utgjøre viktige innspill.

Aven og Renn (2010) beskriver dette i sitt rammeverk, og kaller det Risk appraisal, eller risikoavgrensing. Denne fasen er tredelt, og innebærer først en fareidentifisering, hvor man avdekker potensielle hendelser eller trusler som kan føre til en uønsket hendelse. Deretter gjennomføres en årsaks og konsekvensanalyse som inkluderer vurdering av hvor sårbar en er, og ser på årsak-virkning forhold, og til slutt gjør man en kvantitativ og en kvalitativ risikobeskrivelse. Ved sykehuset har man i den overordnede beredskapsplanen identifisert flere hendelser som kan medføre en trussel for sykehusets evne til å yte helsehjelp, ved at man har utarbeidet 22 foretaksovergripende planer. Eksempler på dette er overordnet plan for brann, bortfall av IKT, masseskade osv. Hvordan man har kommet fram til at akkurat disse hendelsene krever en beredskap er usikkert, men Helsedirektoratet gjennomførte i 2005 en rekke ROS analyser av helsetjenesten, som er lagt til grunn for regionale og lokale planer. Sykehuset baserer sitt overordnede planverk på disse nasjonale analysene, samt tilsvarende analyser gjort på regionalt nivå. I følge en av mine informanter, har sykehuset også utført sine egne ROS analyser på overordnet nivå, men dette er mange år siden, og det har ikke vært mulig å få se disse analysene. I tillegg til dette benytter sykehusets ledelse seg av ROS analyser utarbeidet av viktige lokale samarbeidspartnere, som brannvesenet og politiet, for å fange opp nye lokale faremomenter som kan få betydning for sykehusets evne til å utføre sine tjenester. Sykehuset har ikke selv utført eller oppdatert sine overordnede ROS analyser de siste årene.

I kirurgisk divisjon har det til nå vært liten tradisjon for å gjennomføre ROS analyser, men i andre divisjoner som f.eks. intern service, er det i følge en av mine informanter tatt i bruk ROS analyser i større grad. Det er flere grunner til at dette til nå ikke har vært så utbredt i kirurgisk divisjon, i følge flere av mine informanter. Man er usikker på hvordan dette praktisk skal gjøres, altså mangel på kunnskap. Man ser heller ikke nytten av dette, og oppfatter analysene som unødvendig teoretiske og lite praktiske. Man nevner også at tidsaspektet spiller inn, man har liten tid til dette arbeidet, og velger å gå «rett på» i stedet for å sløse bort tiden på analyser. Man oppfatter at man har så mye praktisk erfaring på dette området, at det ikke er nødvendig med ytterligere analysering av problemet, man oppfatter at man vet hvilke trusler man har å forholde seg til.

Denne erfaringen man har fra tidligere kriser og katastrofer er veldig viktig, og det er selvfølgelig både riktig og viktig at dette gjenspeiles i planverket, noe det også gjør. Men jeg mener at her ligger noe av kjernen i utfordringene som sykehuset har med å være forberedt på framtidige kriser. Beredskapsarbeid er bare så bra som de antagelsene de er basert på, og bør derfor være basert på forskningsbasert kunnskap i tillegg til erfaringsbaserte tradisjonelle antagelser i forhold til f.eks. masseskader. Ved å basere planverket sitt på de kriser og utfordringer som har vært tidligere, gjør man at sykehuset er godt rustet til å takle denne type kriser. Men problemet oppstår når en ny og uventet krise skjer, som sykehuset ikke har vært utsatt for tidligere, hvor godt forberedt er man på dette? I forhold til masseskader baserer man seg ofte på tradisjonelle antagelser om hva som skjer prehospitalt, og dette har jeg beskrevet i kapittel. Måten en hendelse blir taklet på prehospitalt vil selvfølgelig få store konsekvenser for hvordan sykehuset legger opp sitt interne mottaksapparat.

Som et eksempel kan nevnes mottak av pasienter ved en masseskadesituasjon. I beredskapsplanen er triagerende kirurg, plassert i ambulanshallen. Ambulanshallen er et overbygd område like utenfor akuttmottaket, hvor ambulanser kan kjøre inn i den ene enden, avleverer pasienten, og kjører ut i den andre enden. Hallen kan lukkes ved hjelp av garasjeporter, og er avgrenset av vegger på alle sider. Triagerende kirurg har en av de viktigste rollene i forbindelse med en masseskade, da han i løpet av veldig kort tid skal gjøre en rask vurdering av pasienter som ankommer sykehuset, og bestemme videre forløp for pasienten basert på hastegrad. Denne rollen er i beredskapsplanen plassert i ambulanshallen, fordi det er her man planlegger at alle pasienter skal sluses inn til sykehuset. Dersom man begynner å analysere dette, kan man anta at grunnen til at triagerende kirurg er plassert her, er en antagelse om at pasientene blir bragt til sykehuset i ambulanser. Som Auf der Heide (2006)

skriver i sin artikkel, viser erfaringer fra store ulykker at mange kommer seg til sykehuset på egenhånd, enten til fots eller i privatbiler, taxi og busser. Disse kan potensielt være hardt skadd, men erfaring viser at de første om ankommer ofte er lettere skadd. De som kommer seg til sykehuset på egenhånd er ofte fulgt av en eller flere personer (familie eller hjelpere), som bidrar til å øke antall personer i ambulanshallen betraktelig. I tillegg kommer alle de skuelystne, journalister, pårørende og andre som raskt vil strømme til sykehuset etter å ha lest om hendelsen på Twitter og Facebook. Alle disse menneskene vil derfor utgjøre et problem fordi de opptar plass i akuttmottaket og i ambulanshallen, og skaper kaos. De først ankomne opptar sengeplass, slik at når de hardt skadde ankommer, er det fullt. Ambulansene vil også ha problemer med å komme fram til ambulanshallen. I det Internasjonale Røde Kors sine retningslinjer (1998) for mottak av masseskader på sykehus, står det at mottak og triagering av pasienter bør skje i et område utenfor sykehuset, som har muligheter for å utvides ved behov. Dette er ikke tilfellet med ambulanshallen. Dersom denne skal brukes til mottak av alle pasienter som kommer til sykehuset etter en virkelig stor hendelse, vil den eneste inn- og utkjørselen til sykehuset fort stå i fare for å bli blokkert, slik at det oppstår fullstendig kaos.

Nå kan man si at det er sjelden at man opplever en slik massetilstrømning av pasienter at dette vil være et realistisk scenario, og ved et begrenset antall skadde er nok ambulanshallen et bra sted å foreta triagering av de skadde. I kirurgisk divisjon sin beredskapsplan for mottak av masseskade skiller det ikke mellom de tiltak som settes i verk enten det er «gul» beredskap som innebærer 8-12 skadde, eller det mest alvorlige, «rød» beredskap, med fler enn 12 skadde. Dersom man hadde utført en mer omfattende og systematisk analyse på forhånd, kunne «rød» beredskap også omfattet et scenario med veldig mange skadde, og man kunne da lagt inn en mulighet for å iverksatte andre tiltak i planverket, som f.eks. et annet sted for å utføre triagering.

Man kan også trekke inn elementer av James Reason (1997) sin teori om «The Unrocked boat», som er beskrevet i kapittel 2.3.1.3 i dette. Her i landet har vi heldigvis stort sett vært forskånet for krig og terrorhendelser, dersom vi ser bort fra 22.juli. Vår plassering i verden gir oss få utfordringer i forhold til kollaps av infrastruktur med påfølgende masseskade av befolkningen som følge av jordskjelv, flom, tsunamier osv., samtidig som vår velstand har gjort det mulig for oss å bygge solide bygg, bruer, stadionanlegg ol. Dette gjør at bevisstheten rundt slike hendelser er lav, og man forbereder seg ikke på dette. Etter 22.juli fikk man et økt fokus på terror, og som en følge av dette er nå alle sykehus pålagt fra myndighetene å lage egne beredskapsplaner i forhold til terrorhendelser og evakuering. Dette samsvarer også godt

med «The unrocked boat» teorien, som illustrerer hvor lett det er å glemme å tenke sikkerhet i perioder uten større hendelser. Da fokuserer man mer på kravene om stadig effektivisering og vekst i stedet for sikkerhetstiltak. Dermed oppstår en ubalanse mellom disse to forholdene. Men dersom det skjer en hendelse, vil fokus på sikkerhet igjen øke.

Barbera m.fl (2009) beskriver at noe tilsvarende skjedde i USA etter 11.september, hvor myndighetene da påla sykehusene å utarbeide et beredskapsprogram i forhold til terrorangrep. De fleste lokale sykehus i USA har ingen direkte erfaring med terrorangrep, og man opplever at sannsynligheten for at dette skal skje i deres lokalmiljø, er liten. Dersom risikopersepsjonen i forhold til terroranslag i befolkningen tilsier at dette ikke er en signifikant trussel, kan slike pålegg resultere i apati og liten vilje til å bruke ressurser på dette. Forfatteren mener at ved å fokusere mindre på faren for terroranslag i seg selv, men heller på konsekvensene av et anslag, kan en slik plan gjøres gjeldende for scenarier som naturkatastrofer og menneskeskapte katastrofer, ikke bare terror, og dermed få en bredere støtte og forståelse. Dette kan overføres til norske forhold, hvor risikopersepsjonen i forhold til terror er lav i de fleste lokalsamfunn. Dersom det ligger grundige ROS analyser i bunn for en plan, kan det synliggjøres at en trussel som et terroranslag mot et eksternt mål kan ha de samme konsekvensene for sykehusets evne til å yte helsehjelp som en masseskade som følge av en annen type katastrofe eksternt, mens et terroranslag internt i sykehuset kan få de samme konsekvensene som andre interne hendelser som brann ol. Man kan dermed utnytte allerede eksisterende planverk på en bedre måte, og slipper å lage en ny plan for hvert nytt scenario som oppstår.

ROS analyser er også viktig for å dimensjonere beredskapstiltakene. Som Njå (1998) beskriver så innebærer beredskapsplanlegging å jobbe systematisk med å tilpasse beredskapstiltakene til scenariene som kan utgjøre en trussel for organisasjonen. I vurderingsfasen vil man finne områder hvor risikoen er uakseptabel, eller så stor at man må vurdere å sette inn tiltak for å minske risikoen. Dersom man ikke har definert hva som er hovedfunksjonen til systemet, og hvilke scenarier som øker risikoen for at noe skal gå galt, er det vanskelig å bruke f.eks. ytelseskrav i dimensjoneringen. Som jeg beskrev i kapittel 2.2.2, vil ytelse kunne brukes for å beskrive «godheten» av et beredskapstiltak, ved å se på påliteligheten, effektiviteten og sårbarheten for tiltakene. Dersom man ikke utfører en analyse på forhånd, vil det altså være vanskelig å vite hvor man skal sette inn tiltak, hvilke tiltak som skal prioriteres, og hvilke tiltak som vil gi mest igjen i både i forhold til risikoreduksjon og i

forhold til et kost/nytte perspektiv. Det vil også være vanskelig å evaluere effekten av tiltakene man setter i verk.

5.2.Do

I den neste fasen i PDSA hjulet skal man sette i verk de tiltakene man planla i den første fasen. I følge Moen og Norman (2010) mener Deming at man kan prøve ut forslagene og tiltakene i en avgrenset del av organisasjonen, og så innføre dem i hele organisasjonen dersom de er effektive. Dette er vanskelig å gjøre med beredskapsplaner, da en beredskapsplan nødvendigvis vil måtte gjelde for alle i organisasjonen og/eller i divisjonen når den først er vedtatt. Men man kan si at sykehuset som organisasjon har innført dette gradvis over flere år, ved at man først laget den overordnede planen, og så laget man de ulike delplanene etter hvert. Planverket har dermed blitt innført gradvis, har utviklet seg og blitt justert og revidert under veis.

Når man skal innføre en ny eller revidert plan og medfølgende tiltak i organisasjonen, må dette på en eller annen måte gjøres kjent for de ansatte. Mine informanter forklarte at de vanligste måtene å gjøre dette på er å holde felles informasjonsmøter, og å sende ut informasjon til alle i linjen. Flere informanter var usikre på om denne måten å implementere planverket på, var god nok, og mente at planverket ikke er godt nok kjent i organisasjonen. Dette viste seg også i praksis ved den siste store øvelsen, hvor man så eksempler på dette ved at enkelte møtte feil sted fordi de ikke hadde satt seg inn i gjeldende planverk, eller fordi de forholdt seg til et planverk som ikke var godt nok koordinert med andre planer og/eller var foreldet.

Det å forankre planverket starter allerede i planleggingsfasen. Ved å involvere alle «stakeholders» i prosessene, vil dette i følge Aven og Renn (2010) øke bevisstheten rundt dette. Som beskrevet tidligere, så var det i kirurgisk divisjon en tendens til å involvere flere personer i prosessene rundt beredskapsplanlegging tidligere. Selv om det da var utfordringer med å få med alle personalgruppene, bl.a. legegruppen, i arbeidet, var det likevel en større andel av personalet som var med i prosessene, og prosessene ble da kjent og forankret i organisasjonen. De siste årene ser man en tendens til at man går bort fra denne tanken om å ha tverrfaglige grupper som arbeider med dette over tid. Man ser heller at det blir utpekt en eller to «eksperter» som får ansvaret for planlegging, utforming og implementering av planverket, og så blir planen presentert for resten av organisasjonen når den er ferdig. Om dette er en

bevisst strategi eller om det er tilfeldig, vet jeg ikke. Noen informanter mener at dette er helt greit. De stoler på at ekspertene gjør en god jobb, og ser det som helt uproblematisk å forankre planverket i organisasjonen. Andre er mer tvilende til denne måten å planlegge på, de mener at ved at noen sitter og lager planer som så blir «tredd ned over hodene på folk», så oppnår man bare at personalgruppen ignorerer de skrevne planene, og fortsetter å gjøre ting på «sin» måte, slik de alltid har gjort.

Som jeg beskrev i kapittel 2.5.1, så er det i følge rasjonell planleggingsteori ikke et problem at planen er utarbeidet av eksperter, så lenge planleggingsprosessen har vært grundig, og at planleggerne dermed har kommet fram til den beste løsningen. Man mener da at selve prosedyren vil sørge for den nødvendige læringen og endringen av atferd i organisasjonen. Kritikerne av denne typen planleggingsstrategier hevder derimot at til tross for at mange tror på ekspertene og deres produksjon av kunnskap, er det omfattende dokumentasjon på at formell informasjon og analyser ikke påvirker beslutninger i særlig grad, og heller ikke fører til endring av atferd.

Aven og Renn(2010) tar i sitt rammeverk derfor heller til orde for kommunikativ planleggingsteori, som hevder at objektive analyser og eksperter er nødvendig, men framhever at selve organisasjonslæringen skjer i planleggingsprosessen. Endring av atferd skjer ikke kun ved at de berørte får presentert en løsning, det skjer ved at informasjon gradvis bygges inn i forståelsen til aktørene gjennom prosesser der deltakerne, inkludert planleggere, kollektivt skaper mening. De hevder også at selve planleggingsprosessen er langt viktigere enn selve dokumentet når det gjelder hvilke handlingsalternativer som velges.

Slike teorier viser at det å basere sin planlegging på en eller to «eksperter», kan gjøre implementeringen og forankringen av planene i organisasjonen vanskelig dersom normer og oppfatninger hos de ansatte omkring hva som kreves for effektiv handling og produksjon ikke sammenfaller med det som er beskrevet i de nye prosedyrene og planene. En av informantene min uttrykte bekymring for dette ved at hun sa at direktørene og lederne var fornøyd så lenge de fikk presentert en godkjent plan, nå kunne de krysse av på lista for at dette var gjort. Og i en hektisk hverdag, hvor det stadig stilles større og større krav til produksjon, samtidig som man skal forholde seg til alle krav som blir stilt til utarbeidelse av rapporter, prosedyrer, kvalitetskontroll osv., så kan man forstå dette. Men er en fin beredskapsplan i hylla det samme som at organisasjonen er godt forberedt og kjent med planverket? Og hvordan handler egentlig de i den skarpe enden når beredskapen blir utløst? Går de og finner planen, og

forholder seg til de rutiner og prosedyrer som er beskrevet her, eller handler de på en annen, kanskje etter egen mening mer hensiktsmessig måte? Kanskje har de heller en liten notisbok i skuffen med de viktigste telefonnumrene og navnene på de som må kontaktes dersom noe skjer? Poenget er at kravene om konformitet med det som ansees som god praksis fra omgivelsene på den ene siden, og på den andre, kravene om effektiv produksjon, må håndteres. Som Rørvik (1992) påstår, vil da at organisasjoner vanligvis håndterer dette ved å holde kravene fra omverden og organisasjonens kjerneaktiviteter – eller produksjonen – adskilt. Dermed vil de nye prosedyrene og standardene bare danne et ”skall”, mens ”kjernen”, dvs. den etablerte praksisen, vil forbli uberørt.

Dette belyser etter min mening noe av kjerneproblemet ved å gjøre beredskapsplanverket kjent på sykehuset. Så godt som alle informantene mente at planverket ikke var godt nok kjent i organisasjonen. De som ikke var bekymret, og mente at planverket var godt kjent, var informanter som satt i lederposisjoner. De som arbeidet i den skarpe enden, var mye mer bekymret for om planverket var godt nok kjent helt ut i hele organisasjonen, og om sykehuset virkelig ville kunne takle en krise dersom den oppstod. Forklaringen på dette kan nok ligge i det som Kollek (2010) beskriver, ved at avstanden er stor, både fysisk/geografisk og ikke minst i erfaringsgrunnlag, trening og ekspertise mellom de som er satt til å lede sykehuset, og dem som arbeider i den skarpe enden. De som sitter i lederposisjoner er mer vandt til å forholde seg til den formelle organisasjonsstrukturen, og for dem vil en formell struktur og det å forholde seg til skriftlige prosedyrer fungere greit. For dem i den skarpe enden fortøner virkeligheten seg annerledes. Dette ble også bekreftet av noen av informantene, som hadde erfart at prosedyrer og rutiner som er utarbeidet og innført av «eksperter» ikke kan eller vil fungere i praksis. Dersom de da har erfart at oppgavene løses bedre og lettere ved at man utvikler egne, alternative måter å gjøre ting på, kan man oppleve at det virker som om at alle er enige i å innføre nye prosedyrer, men at dette er en «skall» enighet. I virkeligheten vil «kjernen» fortsette å gjøre slik de alltid har gjort, eller slik de selv mener er den beste måten.

For å sikre at planverket er kjent helt ut i alle ledd i organisasjonen, er det derfor etter min mening ikke nok å sende ut en mail til alle ansatte i linjen, og forvente at alle leser den og setter seg inn i planverket på egenhånd. Flere av informantene pekte på at dette var tungt og teoretisk stoff, som det var vanskelig å tilegne seg ved å lese selv. Enkelte mente også at bare det å finne planverket i EQS var en utfordring, fordi man måtte bruke lang tid på å komme inn i systemet. De sa at dersom man skulle kunne bruke planverket, var det viktig at dette var veldig lett tilgjengelig på data, ellers mistet folk motivasjon og lyst til å lese gjennom det når

de hadde tid innimellom. Det er også viktig å huske på det som flere av informantene trakk fram, nemlig at det blir sendt ut mengder av informasjon på mail og på intranett hver dag i organisasjonen. I en travel hverdag påpekte informantene at det da kunne være en fare for at noen som burde lest og gjort seg kjent med planverket ikke prioriterte dette, fordi man vurderte det dithen at sannsynligheten for at man fikk bruk for denne kunnskapen, var liten. Dette viser etter min mening at dersom det skal være mulig å gjøre planverket kjent i organisasjonen ved hjelp av å sende informasjon ut i linjen, må man vise at dette er forankret i ledelsen. Dette kan gjøres ved at ledelsen signaliserer at dette er viktig ved å sette av *tid* til de ansatte som er forbeholdt dette. Det kan f.eks. legges inn studiedager i lavaktivitetsperioder som blir øremerket beredskap. Flere informanter mente nemlig at dersom du skulle arbeide med eller gjøre deg godt kjent med beredskapsplanverket på sykehuset i dag, så måtte du være villig til å bruke fritiden din på dette, da det ikke var satt av tid til å gjøre dette i arbeidstiden.

Det er viktig at de i den skarpe enden skjønner at dette er forankret helt fra toppledelsen. Ledelsen må gå foran som et godt eksempel og sikre at beredskap og planverk er noe som er forstått på alle nivå. En av mine informanter forklarte at han forsøkte å vise dette ved alltid å gjennomførte f.eks. e-læringskurs selv før han påla sine ansatte å ta dem. Da kunne informanten både kvalitetssikre at kurset var verdt å bruke tid på, og han ville sitte med den samme kunnskapen som sine ansatte. Ved at ledelsen selv er aktive, ved f.eks. selv å delta på brannkurs, ta e-læringskurs, delta på øvelser osv., kan det føre til at ledelsen får tilbakemeldinger fra de ansatte på hva de mener om beredskapen, planverket, kursene osv. Dermed kan det utvikles samarbeid og kommunikasjon omkring dette, som motvirker følelsen av at dette er et «top-down» arbeid, hvor de ansatte får tredd planverket ned over hodet. Det kan også bidra til å skape en felles forståelse av beredskap og krisehåndtering i organisasjonen.

Det er etter min mening også viktig å videreutvikle fora som beredskapsgruppen. Ved å involvere flere ansatte, og skape rom for samhandling og informasjonsutveksling, kan organisasjonen skape bevissthet omkring etablert planverk, muligheter og utfordringer. Nå er beredskapsgruppen begrenset til en eller to representanter fra hver divisjon, og dette er kanskje gunstig med tanke på effektivitet i forhold til arbeidsoppgavene. Men ved å ta tankegangen om å involvere flere personalgrupper og et videre lag av ansatte videre ut i hver enkelt divisjon, vil det være lettere å involvere de ulike ressurspersonene som gode ambassadører, og på den måten å distribuere nytt/revidert planverk på en bedre måte i organisasjonen.

Men det alle informantene er enige om er det mest effektive når det gjelder å virkelig lære seg innholdet i beredskapsplanene, er øvelser. Ikke nødvendigvis store øvelser som involverer mange avdelinger og det prehospitalt hjelpeapparatet, det ble ofte beskrevet som relativt kaotisk, og man opplevde at man kun fikk øvd på noen få ting, og det var vanskelig å se de store linjene for dem som hadde oppgaver i øvelsen. Det som fikk best skussmål i intervjuene var det å trene traumeteamene hver fredag. Det ble også trukket fram at praktiske gjennomganger og tabletop øvelser var effektivt, kostet lite og gikk minimalt ut over produksjonen. En av informantene trakk også fram at det å øve på generelle prosedyrer som HLR, også kunne være positivt i en beredskapssituasjon, da det å ha basiskunnskapene på plass og være trygg på dem, kunne føre til at man taklet en beredskapssituasjon på en bedre måte fordi basiskunnskapen enkelt kunne overføres til denne konteksten.

Dersom man leser litt om nevrovitenskap og psykologi forstår man bedre hvorfor informantene føler at de lærer bedre ved å gjennomføre en praktisk øvelse enn ved bare å lese planverket. Både Weisæth og Kjeserud (2011) og Karlsen (2008) beskriver at vi husker bedre dersom vi lærer noe både praktisk og teoretisk. Karlsen forklarer dette med at det finnes to typer hukommelse, deklarativ og prosedural hukommelse. Førstnevnte system lagrer hendelser, fakta og ideer, mens sistnevnte system lagrer vaner og motoriske ferdigheter. Normalt fungerer de to typene hukommelse i tett samspill, og de utfyller hverandre. Dersom man skal lære seg noe grundig, slik at vi virkelig husker det når det gjelder, gjelder det å lære seg noe på flere måter. Ved å lese gjennom planene aktiveres den deklorative hukommelsen, mens ved å bruke det man har lest i praksis ved å øve, f.eks. på et case sammen med de andre medlemmene i traumeteamet, aktiverer man den prosedurale delen av hukommelsen. Ved å kombinere disse to hukommelsene kan man sikre seg at kunnskapen sitter bedre den dagen det virkelig gjelder, og dette underbygger derfor viktigheten av øvelser.

Weisæth og Kjeserud (2011) beskriver også denne prosessen, og kaller det en pedagogisk menneskelig prosess. De mener at kriseberedskap og håndtering av kriser ikke kun kan læres ved lesning, det må også «oppleves» for å kunne gi den erfaring man trenger når man står oppe i en virkelig situasjon. Ved å skape en mest mulig realistisk situasjon, og gi rom for refleksjon mellom hver øvelse, vil man etter hvert oppnå en større grad av mestring. De mener også at svært få personer uten trening vil kunne takle en krise eller alvorlig beredskapssituasjon på sparket, og en kriseorganisasjon som ikke øver vil sannsynligvis ikke kunne møte de krav som stilles til organisasjonen under press. De sier det så sterkt at beredskap som ikke trenes, er nærmest verdiløs. Samtidig er det også viktig å huske på at

prinsippene for norsk krisehåndtering baserer seg på likhet og nærhet, noe som også ligger til grunn for utarbeidelse av beredskapsplanene på sykehuset. Dette innebærer at problemer skal løses på lavest mulig nivå, og at den som leder til daglig også skal lede i en krise. Ledelse i kriser er utfordrende, og krever øvelse. Njå (1998) bekrefter også dette, og sier at den mest kritiske fasen i en beredskapssituasjon er fasen når beredskapsledelsen skal organisere seg. Her kan mye gå galt fordi ting skjer fort, og alle er under stort press. Ved å øve på denne fasen, kan man i følge Njå (1998) avsløre eventuelle svakheter i systemet. Så for at organisasjonen som helhet skal komme seg velberget gjennom en krise, er det derfor viktig at man vektlegger ledergruppens ansvarsområder, på alle nivå, i øvelsesscenarioet. Weisæth og Kjeserud (2011) sier videre at ledere som har vært gjennom reelle kriser eller realistiske øvelser klarer seg bedre enn de som ikke har gjennomført trening i forkant av en krise. Det er interessant at å øve gir bortimot samme handlingsberedskap som det å ha vært i en reell situasjon. De påpeker at to kriser aldri er like, og at ledere må være forberedt på å improvisere i tillegg til å støtte seg til planverket.

At evne til improvisasjon er viktig bekreftes også av Njå (1998), som i sin doktorgrad påpeker at virkelighetens verden er ofte annerledes enn de antagelsene som er lagt til grunn i planleggingen. Dersom en uønsket hendelse oppstår på fredag ettermiddag rett før ferien, er personellressursene som kan takle dette, ganske annerledes enn f.eks. på en tirsdag formiddag. Dette så man jo et eksempel på 22.juli, som nettopp inntraff på en fredag rett før fellesferien. Man kan også tenke seg at den situasjonen som oppstår, er så fundamentalt annerledes enn det man noensinne hadde kunnet forestille seg, at de scenariene man har planlagt ut fra ikke har tatt høyde for dette, noe som også kan illustreres ved hendelsene 22.juli. Disse forskjellene utgjør de virkelige kreftene som tester styrken i interaksjonen mellom elementene. Personalet må forstå situasjonen som er oppstått, og de må vite hva de skal gjøre for effektivt å redusere de skadelige effektene. Samtidig må de kunne bruke nødvendig utstyr på en effektiv måte. For at de skal kunne gjøre dette i en reell situasjon, må de derfor øve på ulike, men reelle scenarier på forhånd.

I følge Njå (1998) kan menneskelig bidrag i en ulykkessituasjon påvirkes av beredskapssystemets design og forskjellig type trening. Det er derfor viktig å øve på mange ulike måter. I dag gjøres dette ved at man øver traumeteamene, man gjennomfører table-top øvelser, og man har som oftest en stor øvelse som omfatter hele organisasjonen en gang i året. Alle øvelser er planlagt og kjent på forhånd. Men for at det menneskelige bidraget etter at ulykken har skjedd skal bli best mulig, er det også viktig å teste organisasjonens evne til

improvisasjon og til å takle uventede hendelser. I tiden før ulykken eller krisen skjer, er det derfor viktig å øke handlingsberedskapen, motivasjonen og kunnskapen hos de ansatte.

Sykehuset vårt har heldigvis ikke spesielt mange tilfeller der beredskapsplanene blir utløst hvert år. Og selv om øvelser kan oppleves som svært reelle dersom de blir organisert ordentlig, kan de aldri erstatte «the real thing». Som en av mine informanter påpekte, så må vi bare innse at vi kan aldri bli like dyktige på traumebehandling og masseskader som Ullevål, de store traumesentrene i utlandet, eller land som f.eks. Israel, som har et langt større erfaringsgrunnlag på dette i praksis. Men for at en ulykkessituasjon skal kunne bringes under kontroll, er man avhengig av at interaksjonene mellom menneskene, utstyret og situasjonen fungerer, og det er nettopp derfor at øvelse er så viktig. Det gjør de som skal takle hendelsen kjent med planverket, samtidig som de da lettere kan avgjøre nårtid man skal bruke prosedyrene, og nårtid det er best å improvisere og være smidige og fleksible, for å oppnå et best mulig resultat med de forutsetningene man har.

5.3. Study

Målet i denne fasen er læring. I denne fasen skal man undersøke om de tiltak og forbedringer som er gjort gjør at man oppfyller målene man har satt seg. Dersom målene ikke er nådd, skal man forsøke å finne årsakene til dette, og eventuelt sette i gang nødvendige korreksjoner.

Denne fasen finner man igjen i Aven og Renn (2010) sitt rammeverk etter fasen hvor man har vurdert tålelighet og akseptabilitetskrav, nemlig risikostyringsfasen. I denne fasen konfronteres man med tre mulige utfall av risikovurderingen i forrige fase: en utålelig situasjon, en tålelig situasjon eller en akseptabel situasjon. Avhengig av disse utfallene, må risikostyring utfylle to oppgaver: implementering av risikostyringsløsninger, dvs. å velge hvilke tiltak man ønsker å iverksette for å redusere den risikoen som er karakterisert som uakseptabel, og monitorering og kontroll av konsekvensene og utvalg av risikostyringspraksis. Dersom man forholder seg til en situasjon som er preget av stor grad av usikkerhet, anbefaler Aven og Renn (2010) å basere sin risikostyringspraksis på en strategi som innebærer at man implementerer tiltakene i små skritt, som gjør det mulig å stoppe eller reversere prosessen dersom ny kunnskap blir presentert eller negative effekter dukker opp. Det viktigste i denne fasen blir å unngå at de tiltak som settes i verk er irreversible. Det forfatterne beskriver her er altså en periode hvor det ofte vil foregå en vekselvirkning mellom ulike tiltak før alle involverte parter er fornøyd. Man må ofte velge mellom ulike prinsipp,

som ALARP prinsippet (som er en forkortelse for As Low As Reasonably Practicable), eller kost/nytte prinsippet, for å rettferdiggjøre de tiltakene som settes i verk. Hvordan løsningene fungerer bør evalueres i nært samarbeid mellom eksperter, beslutningstakere og ulike interessegrupper gjennom deltakende prosedyrer. Man beveger seg fram og tilbake mellom vurderingsfasen og styringsfasen, noe som i modellen (Figur 9, kapittel 2.4.4) er illustrert ved at pilen mellom disse fasene går begge veier. Man innfører et tiltak, evaluerer det ved å gjøre en ny risikovurdering og bestemmer så om man skal implementere tiltaket eller forkaste det.

Dersom man overfører dette til en sykehuskontekst, kan en måte å evaluere beredskapstiltakene på være å studere hvordan de har fungert enten i en reell krisesituasjon, eller etter en øvelse inn mot et reelt scenario. Øvelser gir grunnlag for å teste planen opp mot de områdene man har definert som utsatte for svikt ved en krisesituasjon, og evaluering av øvelser gir et grunnlag for å identifisere forbedringsområder. Denne fasen innebærer altså å kvalitetssikre beredskapen på alle nivå, samt finne utfordringer og forbedringsområder som man kan arbeide videre med.

Øvelser kan brukes både for å teste om de beredskapstiltakene som er lagt inn i planverket fungerer, og for å teste hvor godt kjent planverket er i organisasjonen. Man ser altså at de tidligere fasene henger sammen med denne, og at dette utgjør en helhet. Som tidligere nevnt, så opplevde fleste informantene som hadde vært med på store felles øvelser, at det virket kaotisk. De sa at de hadde bedre utbytte av å øve på enkelte deler av helheten, som f.eks. traumeteam. Etter den siste store øvelsen på sykehuset ble det skrevet en evalueringsrapport basert på flere uavhengige observatørs rapporter etter øvelsen. Dokumentet beskriver at selv om det var utfordringer på områder som kommunikasjon og samhandling, så løste sykehuset som organisasjon utfordringene bra. Dette viser at selv om den enkelte er mest opptatt av sin egen rolle, og at det er viktig at de minste brikkene fungerer, så er det også viktig å se alles innsats i et større system, og at mange deler av organisasjonen øver sammen av og til. Større øvelser over flere nivå er den eneste måten man kan teste hvordan de ulike delene av planverket fungerer sammen, og organisasjonens evne til samhandling. Ved å øve hele planverket, på flere nivå, vil det også være lettere å identifisere hvor det er nødvendig å sette i verk kompetansehevede aktiviteter for å bedre beredskapen. Som Njå (1998) skriver, er det nettopp fokus på kompetanseheving og motivasjon hos personalet som er viktig før ulykken inntreffer. At mange øver sammen gjør også at flere kan bidra til at organisasjonen gjør små justeringer som forhindrer akkumulering av feil, og på den måten synliggjøre at samarbeid er

uhyre viktig. Det gjør også at ikke bare enkeltindivider får økt sin kunnskap og kompetanse, men at organisasjonen som helhet kan utvikles og forbedres.

Som Aven m.fl. (2004) beskriver, så innebærer beredskapsplanlegging å jobbe systematisk med å tilpasse beredskapstiltakene til scenariene som kan utgjøre en trussel for organisasjonen. Dette kan i følge dem gjøres ved å anvende ytelseskrav. Ytelse er ifølge Aven m.fl. (2004) et begrep som kan brukes for å beskrive «godheten» av et beredskapstiltak, ved å se på påliteligheten, effektiviteten og sårbarheten for tiltakene. Med pålitelighet menes en enhets evne til å utføre en tiltenkt funksjon, altså om en barriere virker eller ikke. Med effektivitet menes hvor godt en barriere virker, noe som kan måles f.eks. i gjennomføringstid. Det siste elementet, sårbarhet, uttrykker faren for at barrieren helt eller delvis skal bli ødelagt som følge av ulykkeshendelsen, eller den evnen et system har til å opprettholde sin funksjon når det utsettes for påkjenninger. Som tidligere nevnt, så er ikke kontroll av ytelse en måte å evaluere beredskapssystemet på som sykehuset bruker mye. Det er likevel ikke vanskelig å sette dette inn i en sykehuskontekst, man kan uten problem bruke slike mål på f.eks. responstid på telefon ved utsendelse av beredskapsalarmer, mobiliseringstid for personell både på dagtid og kveldstid osv. Helsedirektoratets rapport (2012) etter 22.juli, påpeker at nettopp responstid og innkalling av personell er sårbare punkter i mange av sykehusenes beredskapssystemer, fordi man fortsatt benytter manuelle systemer som å ringe eller sende SMS til ansatte. Slike ordninger er svært ressurskrevende og personavhengig, og de har en betydelig risiko for svikt, ved at varslingen blir tilfeldig, og ved at man mister oversikten.

Som man ser, er øvelser alene ikke tilstrekkelig for å evaluere beredskapsplanene og organisasjonens evne til å takle en beredskapssituasjon. Beredskapsarbeid er en kontinuerlig forbedringsprosess, og som jeg viste i kapittel, kan man kjenne igjen elementer fra prosessene innen HMS og internkontroll, i beredskapsplanlegging. Gjennom Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (2002) er sykehuset forpliktet til å organisere sitt arbeid på en slik måte at man oppnår en kontinuerlig forbedring av kvalitet. En måte å fange opp områder hvor det er et forbedringspotensial, er ved å studere tidligere hendelser grundig og systematisk. Ved å studere både hendelsestyper, evalueringsrapporter ol. fra hendelser som har utløst en beredskapssituasjon, eller alvorlige hendelser som ikke utløste beredskapen i den aktuelle situasjonen, men som under andre omstendigheter kunne gjort det, kan man få ny kunnskap om organisasjonen og beredskapen, som kan brukes til å oppnå en kontinuerlig forbedring.

I den overordnede beredkapsplanen (2012) for sykehuset står det at: «*Ved hendelser skal både beslutning om gjennomføring, hendelsen og tiltak dokumenteres. Rapporter skal utarbeides av de divisjoner/enheter som er involvert og oversendes beredskapssjef. Ved behov for samlerapporter vil dette bli utarbeidet av beredskapssjef. Rapporter skal danne grunnlag for evaluering og forbedringstiltak. I tillegg skal det tilrettelegges for at tilsynsmyndigheter skal kunne foreta gransking av hendelsen.*» og «*Hendelser som aktiverer beredkapsplanen skal systematisk dokumenteres og evalueres. Rapportering av status for beredkapsarbeidet skjer gjennom ordinær styringsdialog og i Årlig melding*».

Dette viser at sykehuset ønsker å legge vekt på å bruke erfaringer som er gjort under øvelser eller reelle situasjoner, til å videreutvikle beredkapsarbeidet. Mine informanter mente at dette ble gjort, da en stor del av de revisjonene som var blitt utført av planverket, bygde på erfaringer som ble gjort etter øvelser. Dette er veldig bra, men det er etter min mening ikke nok dersom sykehuset ønsker å være proaktivt i sin tilnærming til beredskap. Ved å basere sin evaluering og revidering av planverket på hendelser som har vært, oppnår man å være godt forberedt på hendelser som *allerede har skjedd*. For å være forberedt på framtidige hendelser og scenarier, er det viktig å fange opp signaler og uønskede hendelser som kan være truende i *framtiden*. Man kan da argumentere med at det ikke er mulig å spå i framtiden, og mange vil nok si at en hendelse som den som skjedde 22.juli ikke på noen måte kunne vært forutsett. Jeg er enig i at dette ikke er lett, men en av måtene man kan gjøre dette på, er å studere uønskede hendelser og nesten hendelser på mikronivå i organisasjonen. Grunnen til at dette, er at i følge Reason (1997) kan slike uønskede hendelser og nesten hendelser være et symptom på at det finnes latente forhold i organisasjonen som kan medføre at farer og trusler kan trenge gjennom forsvaret. Ved å identifisere og bli bevisst på disse forholdene, kan sykehuset korrigere dette før det eskalerer og medfører en større uønsket hendelse.

En av kildene til informasjon om uønskede hendelser og nesten hendelser ved sykehuset, er avviksmeldings systemet «Synergi». «Synergi» er et datasystem hvor sykehusets ansatte melder alle uønskede hendelser og nestenhendelser i forhold mange ulike områder som pasientsikkerhet, HMS, ansattskader, sikkerhet, prosedyrer osv. Alvorlige uønskede hendelser tas rutinemessig opp i sykehusets kvalitetsråd, og ved å analysere disse ut fra et beredkapsståsted, kan sykehuset oppnå å fange opp hendelser eller situasjoner som kunne utløst en beredkaps situasjon, eller som på andre måter kunne fått konsekvenser for sykehusets evne til å yte helsehjelp. Men for å være i forkant, er det viktig ikke bare å

analysere uønskede hendelser, det er også viktig å se på nesten hendelser, altså farlige situasjoner som under andre omstendigheter kunne utviklet seg til en uønsket hendelse. På denne måten kan man oppnå å være proaktiv i stedet for reaktiv i forhold til scenarier, og dette kan etter min mening gi et bedre grunnlag for læring, slik at sykehuset kan oppnå en kontinuerlig forbedring og en bedre beredskap.

For å teste om organisasjonen er forberedt på uventede scenarier, eller om den bare baserer seg på innarbeidet erfaring fra tidligere hendelser, mener Kjeserud og Weisæth (2011) at det er viktig å bygge inn et element av usikkerhet og overraskelse i øvelsene. Det er viktig at de som deltar i øvelsen skal «kjenne det litt i magen», og føle at de tvinges til å takle krisen og fatte beslutninger under sterkt tidspress. Dette støttes også av Kaji og Lewis (2006), som også hevder at uanmeldte øvelser er det mest effektive. Varslede øvelser blir ikke like reelle, fordi organisasjonen da har anledning til å forberede seg ved å leie inn mer folk enn det ville vært på jobb til vanlig, og «toppe» teamene som er på jobb med dem som har mest erfaring og er mest kompetente. Samtidig er det et faktum at de aller fleste store øvelser skjer på en hverdag i ukedagene, hvor avdelingene er fullt bemannet og det ikke er problemer med å få tak i folk. For å teste organisasjonens evne til fleksibilitet og evne til improvisasjon, burde man derfor også hatt øvelser utenom ordinær arbeidstid. Men selv om dette kunne gitt den beste læringen, finnes det utfordringer for sykehuset ved å avholde uanmeldte øvelser og øvelser på kveld/natt. Sykehuset må sette sine reelle pasienter i første rekke, og kan ikke på noen måte la øvelser gå ut over pasientbehandlingen. I en reell krisesituasjon kan man forsvare at noen pasienter vil måtte vente lenger eller få en lavere kvalitet på pleien enn det som er vanlig, fordi situasjonen som har oppstått krever det, men dette kan man ikke tolerere under en øvelse. Det er derfor problematisk å avholde store øvelser som får konsekvenser for driften utenom ordinær arbeidstid. Det man derimot kan gjøre, er å teste ytelsen på beredskapstiltakene ved f.eks. å teste varslingsystemer ol. på kveldstid, for å se om responstiden er annerledes da enn den er på dagtid. Slik informasjon er viktig å få, og dette kan gjøres uten at det vil gå ut over pasientbehandlingen.

Flere av mine informanter mente at beredskapsarbeid ikke blir prioritert høyt nok. De uttalte at det var vanskelig å få gjennomslag for å bruke tid til øvelser, og at dersom man skulle få gjort noe i forhold til beredskapen, så var man avhengig av ildsjeler som var villige til å ofre fritid og ofte arbeide «dugnad» for å få fart på beredskapsarbeidet. Dette vises også ved at når man skal avholde store, årlige øvelser sammen med prehospitaletjeneste, politi, brannvesen ol. så er det vanskelig å få gehør hos toppledelsen om at man da må gå ned på driften, f.eks.

operere færre elektive pasienter den dagen, for å kunne frigjøre personell til å delta i øvelsen. Dette ble også påpekt i Helsedepartementets rapport (2012), hvor Helsedirektoratet opplever som en utfordring at det er store variasjoner i hvor gjennomøvd planverkene er på de ulike sykehusene, og at det mangler øremerkede ressurser til dette formålet. Man anbefaler derfor at helsemyndighetene bør fokusere særskilt på gjennomføringen av beredskapsøvelser i budsjettarbeidet, og at dette må tas opp i eierstyringen av de regionale helseforetakene. Dersom man skal kunne utnytte denne fasen aktivt til læring, er det derfor viktig at sykehuset er villig til å prioritere dette arbeidet med de nødvendige ressurser, og dette må signaliseres fra og forankres i toppledelsen.

5.4. Act

Den siste fasen i PDSA hjulet er «Act». Dersom de tiltakene som ble bestemt har hatt god effekt, skal tiltakene implementeres permanent, og gjøres til en standard. Man skal også sette i verkt tiltak for å hindre at man faller tilbake til «gamle vaner».

Aven og Renn (2010) beskriver i siste fase av sitt rammeverk, risikostyrings fasen, hvordan man må monitorere og evaluere om den implementerte løsningen er korrekt og adekvat for å redusere risikoen til et tålelig nivå. Etter at de valgte tiltakene er implementert, trengs en systematisk observasjon av effektene av valget etter implementering. Man må vurdere både tilsiktede og utilsiktede konsekvenser. I tillegg til å generere tilbakemelding på effektiviteten av alternativene, bør overvåkings- fasen også gi ny informasjon om tidlige varselsignaler for både nye risikoer og gamle risiko sett fra et nytt perspektiv, slik at den sirkulære prosessen starter på nytt.

For å forbedre en prosess, må prosessen i utgangspunktet utføres på en standardisert måte. Men hva vil det si å standardisere? Brunsson og Jacobsson (2002) definerer standarder som en spesifikk type regler, og standardisering som produksjon av denne typen regler. De sier at standardisering er en sentral del av samfunnet, og at samfunnet er mulig på grunn av at det er en viss grad av regularitet i menneskers atferd. Denne regulariteten kan tolkes som et resultat av at mennesker følger regler. Regler er derfor nødvendig for å opprettholde sosial orden og hindre anarki, og må følges av både enkeltpersoner og organisasjoner. Standarder presenterer en spesifikk type regler, som er forskjellige fra normer og direktiver. Sosiale normer er sjelden nedskrevet, vi har lært å akseptere dem som en naturlig del av samfunnet, de er

internalisert i oss på en slik måte at vi følger dem uten å tenke over det. Andre regler er mer eksplisitte, og er oftest nedskrevet. Disse reglene er laget av personer eller organisasjoner som har blitt gitt oppgaven å lage regler, og følges ofte av et sett sanksjoner dersom de ikke følges. Slike regler er obligatoriske for alle å følge, og kan også kalles direktiver. Standarder er klare regler som ligner direktiver og skiller seg fra normer, ved at de er eksplisitte og har en tydelig kilde. I motsetning til direktiver, hevder de at de er frivillige.

Mange mener at krisehåndtering ikke kan standardiseres, fordi enhver krise er unik. Som tidligere nevnt, mener Kollek (2010) at dette ikke er tilfellet. Det er sant at hver krise er unik, men tilnærmingen til krisen eller den uønskede hendelsen kan godt være den samme. Målet for beredskapsarbeidet kan derfor i første omgang være å endre en ustabil, ikke-standardisert prosess til en stabil prosess, for deretter å fortsette forbedringsarbeidet. Et eksempel på dette finner vi i rapporten fra Helsedirektoratet etter hendelsene 22.juli, hvor man tar til orde for en standardisering av f.eks. triagesystemene som benyttes i Norge. Det benyttes ulike systemer med ulik måte å evaluere og klassifisere pasientene på blant de ulike institusjonene og etatene, og dette kan skape problemer under store ulykker hvor flere nivå av helsetjenesten er involvert. Ved å standardisere triageringen på nasjonalt nivå, og bestemme hvilket system alle skal bruke, kan man unngå misforståelser og feil behandling, fordi alle «snakker samme språk».

Å standardisere tilnærmingen til det økte behovet for helsetjenester under en krise er det første steget på veien mot kvalitetsforbedring. Fordi kriseberedskap er en prosess som omfatter hele organisasjonen, vil en slik kvalitetsforbedring få implikasjoner for hele organisasjonen. Dette er fordi prosesser som man finner nyttige i en krisesituasjon, godt kan ha overføringsverdi til daglig drift. God beredskap hever grensen for sykehusets kapasitet til å levere gode helsetjenester ikke bare under kriser, men også i den daglige driften. Sykehus som fungerer godt før en krise vil ha et mindre behov for å iverksette sin beredskapsplan dersom krisen er et faktum.

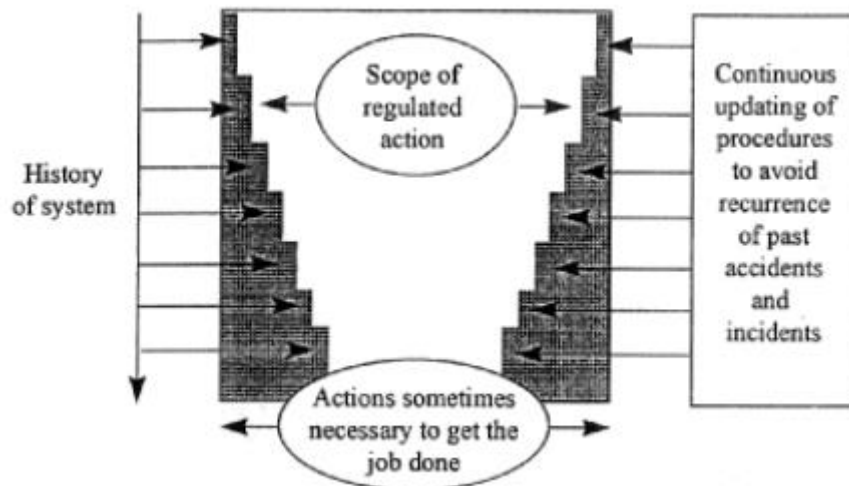
Helsedirektoratet (2012) trekker også fram behovet for en standardisert tilnærming til håndtering av kriser. De mener at sentrale helsemyndigheter bør utarbeide en helhetlig samling prosedyrer på operativt og strategisk nivå, som skal beskrive en enhetlig håndtering av kriser, og her bør prosedyrer for samarbeid med øvrige nødetater inngå. Dette baserer de bl.a. på Det internasjonale fagrådet, IAC, sine føringer, som påpeker at slike nasjonale

føringer vil gi struktur til de regionale planene, og samtidig gjøre det lettere å lage lokale planer.

Sykehuset har godkjent, implementert og iverksatt beredskapssystemet slik det er i dag etter en relativt lang prosess. Ved å øve og trene på denne tilnærmingen til f.eks. mottak av masseskader på alle nivå i organisasjonen, kan dette etter min mening bidra til en heving at kvaliteten både på arbeidet som organisasjonen som helhet gjør, på kommunikasjon og samhandling, og på kvaliteten på den behandlingen hver enkelt pasient får. Etter hvert må målet være at de tiltakene og handlingsmåtene som er beskrevet i beredskapsplanverket blir så innarbeidet i organisasjonen, at det vil tilnærme seg en standardisert handlemåte.

Men selv om standardisering av oppgaver og utforming av prosedyrer er viktig, må man ikke glemme at det må være rom for improvisasjon og individuelle løsninger i en hverdag, særlig når de forhold man arbeider under er preget av usikkerhet og uforutsigbarhet, slik som det vil være på et sykehus. I følge Reason (1997) vil alle organisasjoner oppleve en konflikt mellom den naturlige variabiliteten i menneskelig atferd og systemenes behov for høy grad av regelmessighet i medlemmenes aktiviteter. Ledere må forsøke å regulere menneskelig atferd slik at den ikke bare blir effektiv og produktiv, men også sikker, og dette gjøres ved å utforme skriftlige prosedyrer. Men det er viktige forskjeller mellom prosedyrene for produksjon og prosedyrene for sikkerhet. Prosedyrer som er utformet for å sikre effektivitet har en tendens til å oppstå ganske naturlig, de er en naturlig konsekvens av oppgavens art. Sikkerhetsprosedyrene derimot blir stadig endret. ”Det skjer en hendelse eller ulykke, så innføres forbud, det skjer en hendelse osv.”, og over tid blir disse ”tilleggene” til regelboken stadig mer restriktive. Satt inn i sykehusets kontekst vil dette si at man må være forsiktig med å svare på enhver hendelse eller trussel ved å utarbeide en ny prosedyre. Som tidligere forklart har sykehuset i dag 22 foretaksovergrepene beredskapsplaner, og hver divisjon har i tillegg en mengde delplaner. I tillegg har den enkelte avdeling i divisjonen ofte egne planer. Dette betyr at det etter hvert er veldig omfattende for hver enkelt ansatt å sette seg inn i planverket som helhet. Før man utarbeider nytt planverk, f.eks. i forhold til evakuering og terror, bør man derfor vurdere om denne trusselen allerede er dekket av et eksisterende planverk. For å ta terror som et eksempel, så kan et terroranslag mot et mål utenfor sykehuset medføre en masseskade. Da vil det planverket man har i dag allerede være adekvat. Dersom man opplever et terroranslag mot selve sykehuset, vil også planverket i forhold til f.eks. brann, masseskade, skallsikring, forsyning osv. kunne brukes. Dersom man responderer på enhver uønsket hendelse med en ny prosedyre, vil man kunne komme i den situasjonen at handlingsrommet

for tillat og god praksis blir snevrere og snevrere, noe som figur 11 illustrerer:



Figur 11: Handlingsrom for god praksis

Da risikerer man at dersom det oppstår en uventet hendelse som systemet ikke er forberedt på å takle, så må man bryte reglene eller prosedyrene for å takle hendelsen, noe som ikke er optimalt. Det er derfor viktig å finne en balanse mellom standardisering av atferd ved hjelp av prosedyrer og planverk, og evnen til å improvisere og utøve faglig skjønn.

Hvor grensen går mellom å følge prosedyrer og regler, og å bryte reglene eller prosedyrene fordi resultatet da vil bli bedre enn om man hadde fulgt reglene, er også en utfordring.

I følge Reason (1997) vil det være slik at dersom situasjonen som oppstår er dekket av egnede prosedyrer og/eller trening, og disse prosedyrene blir fulgt, vil utførelsen med stor sannsynlighet bli korrekt og suksessfull. Dersom situasjonen som oppstår ikke er dekket av egnede prosedyrer eller trening, vil man måtte improvisere og bruke skjønn for å løse oppgaven, noe som vil medføre en større sjanse for at det skjer en feil. Dersom det finnes prosedyrer som skal dekke situasjonen som oppstår, men at disse prosedyrene ikke er egnet til å løse problemet, kan dette i følge Reason (1997) løses på to måter. Man kan velge å følge de dårlige prosedyrene, noe som vil resultere i at man utøver en feilhandling, eller man kan velge å ikke følge de dårlige prosedyrene, noe som vil være en korrekt overtredelse av dårlige regler. Slike latente organisatoriske forhold kan dermed føre til manglende tillit til prosedyrer og at man setter mer lit til uformell arbeidspraksis. Det er derfor viktig å finne en god balanse mellom standardisering og bruk av prosedyrer, samtidig som at de prosedyrene man utarbeider hele tiden må være oppdatert og bli kontinuerlig vedlikeholdt.

Kontinuerlig forbedringsarbeid er derfor utfordrende. Det fordrer at organisasjonen har et konstant fokus på dette arbeidet, og unngår «skippertak». Flere av mine informanter etterlyser et kontinuerlig fokus på planene, og et system for å sjekke ut at planverket virkelig er kjent blant de ansatte. De opplever planverket som statisk og lite «levende», og at når planen er godkjent og satt i en perm og/eller lagt inn i EQS, så er man ferdig med det. Noen fortalte også at det før øvelsen i mai i fjor var et voldsomt press fra ledelsen på organisasjonen om å sette seg inn i beredskapsplanverket, men at det etter øvelsen har blitt helt stille rundt dette. Man etterlyser et jevnt fokus på dette gjennom året. Disse uttalelsene kan knyttes opp mot Reason (1997), og hans teorier. Han mener at det er bare etter ulykker og alvorlige nestenulykker at sikkerhet står fremst i bevisstheten blant ledere i organisasjonen, noe som her kan sammenlignes med den store øvelsen som var i fjor. Da var ledelsen opptatt av at sykehuset skulle takle sin rolle i scenariet på best mulig måte, og hadde derfor stort fokus på beredskapsarbeidet. Samtidig er det viktig å huske på at de som jobber i organisasjonen har mer opplæring i «produksjon», altså i å yte helsehjelp, enn i sikkerhet. Dette medfører at det er dette de med størst sannsynlighet vil velge å bruke tiden sin på. Det er også denne «produksjonen» av helsetjenester som bidrar med ressurser som gjør det mulig med sikkerhetsinnsats, noe som også bidrar til at produksjon prioriteres framfor fokus på sikkerhet.

Suksessfullt sikkerhetsarbeid viser seg som fravær av negative resultat. Når sikkerhetsarbeid er effektivt, er det altså usynlig! Dette er viktig å huske på i hverdagen, at selv om man ikke benytter planverket hver dag, betyr det ikke at det ikke vil virke den dagen man trenger det. Som en av mine informanter sa, så er det ikke sikkert at alt vil gå etter planen den dagen det virkelig gjelder, men man har i alle fall lagt føringer for hvordan organisasjonen skal handle. Det at man har et planverk som ligger i bunn, og som er kjent i organisasjonen, vil gjøre at organisasjonen som helhet vil være bedre rustet til å møte utfordringene, det gir trygghet og forutsigbarhet, og gjør organisasjonen mer robust. Det kan også få hver og en til å senke skuldrene litt i forhold til kriser og uønskede hendelser. Informanten påpekte nemlig at mange synes at beredskapssituasjoner er veldig skummelt, men når de får vite at dersom det utløses en beredskap, så er planen slik, og du får et tiltakskort hvor det står at du faktisk skal gjøre nesten det samme som du gjør til vanlig, så senker de skuldrene og tenker at ok, det skal jeg klare.

6. KONKLUSJON

6.1. Hva har jeg funnet?

Min problemstilling var Helsemessig og sosial beredskap i sykehus – ivaretar dagens beredskap morgendagens utfordringer?

For å belyse denne problemstillingen valgte jeg å utforme to forskningsspørsmål, som jeg forsøkte å belyse gjennom en dokumentstudie og ved å intervjuere personer som arbeider med og/eller har erfaring med bruk av beredskapsplaner på sykehuset. Jeg vil nå forsøke å oppsummere mine funn opp mot problemstillingen.

Jeg finner det vanskelig å svare entydig ja eller nei på spørsmålet om hvorvidt sykehusets beredskapsplanverk ivaretar morgendagens utfordringer. Etter å ha studert planverket og ulike dokumenter, samt å ha snakket med mange ulike personer på sykehuset, så mener jeg at beredskapsplanene slik de fremstår i dag, er et godt verktøy for å ivareta sykehusets plikt til helsemessig og sosial beredskap i forhold til de truslene vi kjenner og som vi har erfaring med fra tidligere hendelser. Beredskapsplanverket dekker etter mitt syn mange relevante områder, er strukturert og oversiktlig. Og nettopp det at tidligere erfaring er lagt til grunn, gjør at planverket oppleves som relevant og nyttig av mange.

Om sykehuset er forberedt på å takle en hittil ukjent type hendelse eller en hendelse som er av et annet omfang enn det man hittil har erfart, er jeg mer usikker på. Beredskapsarbeid på sykehus er en ung disiplin, og mange som arbeider med dette på sykehuset mangler formell utdanning og/eller kompetanse innen risikostyring og utforming av beredskapsplaner. Dette viser seg i planverket og prosessene rundt utarbeidelsen av dem, både på overordnet nivå og i kirurgisk divisjon, ved at man sjelden benytter en tradisjonell risikostyrings strategi med utarbeidelse av ROS analyser i forkant av beslutningsprosessene. Etter min mening vil dette svekke planverket på den måten at man unnlater å ta høyde for trusler som sjelden oppstår, men som kan få store konsekvenser dersom de skjer.

Samtidig viser evaluering etter tidligere øvelser at forankringen og kjennskapet til planverket ute i organisasjonen ikke er godt nok. Dette svekker også organisasjonens evne til å være forberedt, ved at man ikke er koordinert nok, og ved at kommunikasjon mellom ulike nivå svekkes. Selv om de minste enhetene i planverket, som f.eks. traumeteam, fungerer bra, vil

det at planverket sjelden øves på tvers av ulike avdelinger, divisjoner og nivåer, etter min mening svekke organisasjonens ytelse som en helhet. I denne forbindelse synes jeg at det er bekymringsverdig at planleggingsprosesser rundt dette i det siste bærer preg av at noen få «eksperter» utarbeider planverket, som så implementeres ved at det sendes ut informasjon i linjen. Jeg mener at man bør holde fast ved og utvide de prosessene som ble brukt tidligere, hvor større, tverrfaglige grupper møttes over tid og utarbeidet planverket sammen. Slike prosesser letter implementeringen og øker forankringen i organisasjonen.

Beredskapsplaner skal ikke være et statisk dokument, som er utarbeidet en gang for alle. Det skal utvikles og forbedres i en kontinuerlig prosess. Etter å ha snakket med personer som har erfaring med beredskapsarbeid på sykehuset over tid, mener jeg at sykehuset som beredskapsorganisasjon har utviklet seg og modnet veldig bare de siste årene. Man har ansatt egne beredskapskoordinatorer, som har løftet planverket og ikke minst oppmerksomheten rundt alt som går på beredskap til et mye høyere nivå enn før. Flere ansatte har tatt eller holder på med ulike utdannelser innen risikostyring og kvalitet, og kan brukes som ressurspersoner i dette arbeidet. Ledelsen er også mer oppmerksom på disse problemstillingene, og hendelsene 22.juli har både utløst krav til beredskapsplanverk fra overordnet nivå, og ikke minst en forventning i befolkningen om at sykehuset skal være forberedt dersom det utenkelige skjer. Jeg mener derfor at dersom man greier å opprettholde dette fokuset, så er det er en positiv trend i dette arbeidet på sykehuset, og at selv om planverket ikke er perfekt, så er det i stadig forandring til det bedre. Forutsetningene for at dette skal lykkes, er imidlertid at den øverste ledelsen ser viktigheten av dette, og signaliserer det nedover i organisasjonen ved f.eks. å redusere driften slik at øvelser kan gjennomføres, og sette av tid og ressurser nok til dette arbeidet i årene som kommer.

6.2. Videre muligheter

Som jeg skrev i kapittel 5.1 er det også et makronivå i forhold til beredskapsplanlegging i Norge. Jeg har ikke gått dypt inn i dette nivået i min oppgave, men det hadde vært interessant å studere dette nærmere. Det hadde vært interessant å studere hvilke prosesser som ligger til grunn for de føringer som legges for helseforetakene i forhold til beredskapsarbeid fra det overordnede nivået, både regionalt og nasjonalt.

Det hadde også vært interessant å studert andre helseforetaks beredskapsplaner nærmere, samt undersøke de analyseprosesser og implementeringsrutiner som finnes der, med tanke på å trekke veksler på hverandre i forhold til hva som har vist seg å fungere bra og hva som ikke fungerte like bra i en øvelsessituasjon.

Til slutt hadde det også vært interessant å studere om, og eventuelt hvordan samhandlingsreformen har påvirket samarbeidet mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, og mellom helsevesenet og andre nødetater, i forhold til beredskap, om dette har blitt påvirket i positiv eller negativ retning.

Litteraturliste

Bøker og tidsskrifter

Auf der Heide, E. (2006) *The Importance of Evidence-Based Disaster Planning*. I *Annals of Emergency Medicine* Volume 47, no. 1 : Januar 2006

Aven, T., Boyesen, M., Njå, O., Olsen, K.H. og Sandve, S.(2004) *Samfunnssikkerhet*. Universitetsforlaget, Oslo, 4. opplag 2011

Aven, T. og Renn, O. (2010) *Risk Management and Governance. Concepts, Guidelines and Applications*. Springer, Berlin

Banfield, E.C. (1973). *Ends and means in planning*. I Faludi, A. (1973) (red.). *A reader in planning theory*. Pergamon press.

Barbera, J.A., Yeatts, D.J., og Macintyre, A.G. (2009) *Challenge of Hospital Emergency Preparedness: Analysis and Recommendations* I *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* nr. 3, 2009 (Suppl1), s.74-82

Blaikie, N. (2000). *Designing social research: the logic of anticipation*. Second edition Polity Press. Cambridge. UK.

Brinkmann, S. og Kvale, S (2009) *Det kvalitative forskningsintervju* Gyldendal akademisk, Oslo

Brunsson, N. og Olsson, J.P. (1990) *Kan organisasjonsformer velges?*. Notat som kapittel 1 i boken av samme forfattere: «makten at reformera» Carlssons, Stockholm

Brunsson, N. og Jacobsson, B. (2002) *A world of standards* Oxford University Press, USA

Caponigro, J. R. (2001). *Kriseskolen – Lederens håndbok i krisehåndtering*. Hegnar Media AS, Oslo

Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Fagbokforlaget, Bergen

Innes, J. (1998) *Information in Communicative planning*. I *American planning Association Journal*, winter 1988, s. 52-63

International Committee of the Red Cross (1998) *Hospitals for war-wounded*. Revidert versjon, 2005. Geneve, Sveits. ISBN 2-88145-094-6

International Risk Governance Council (2005) White paper on risk governance, towards an integrated approach. [Internett] Tilgjengelig fra:

http://irgc.org/wp-content/uploads/2012/04/IRGC_WP_No_1_Risk_Governance_reprinted_version_3.pdf

Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Innføring i samfunnsvitenskapelig metode, Høyskoleforlaget, Oslo.

Kaji, A.H., og Lewis, R.J. (2006) *Hospital Disaster Preparedness in Los Angeles County I* Academic Emergency Medicine nr. 13, 2006

Karlsen, P.J. (2008) *Hva er hukommelse*. Universitetsforlaget, Oslo

Kollek, D. (2010) *Hospital Disaster Readiness: Why Are We Unprepared?* I Emergency Health Services Vol 2, Nr.3 Juli 2010

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

Moen, R. og Norman, C.L. (2010) *Circling back. Clearing up myths about the Deming cycle and seeing how it keeps evolving* I Basic Quality, November 2010 [Internett] Tilgjengelig fra:

<http://www.apiweb.org/circling-back.pdf>

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2013) *En beskrivelse av utviklingen av modell for kvalitetsforbedring, og hvordan den kan brukes i praktisk forbedringsarbeid* Notat: ISBN 978-82-8121-500-9 [Internett] Tilgjengelig fra:

<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/En+beskrivelse+av+utviklingen+av+modell+for+kvalitetsforbedring,+og+hvordan+den+kan+brukes+i+praktisk+forbedringsarbeid.17453.cms>

Njå, O. (1998). *Approach for Assessing the performance of Emergency Response Arrangements*, Universitetet i Stavanger

Petroleumstilsynet (2009) «Barrierebevissthet» [Internett] Tilgjengelig fra:

<http://www.ptil.no/nyheter/barrierebevissthet-article5281-24.html>

Perrow, Charles (1999). *Living with High-Risk Technologies*. Princeton University Press. USA.

Rausand, M og Utne, I.B. (2009). *Risikoanalyse – teori og metoder*. Tapir Akademisk Forlag, Trondheim

Reason, James (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Ashgate Publishing Company, England.

Rosenthal, U., Boin, R.A. and Comfort, L.K. (2001) *Managing Crises: Threats, Dilemmas, Opportunities*. Charles C. Thomas. Springfield, IL, USA

Rosness, R., Guttormsen, G., Steiro, T., Tinmannsvik, R.K., Herrera, I.A. (2004). *Organisational Accidents and Resilient Organisations: Five Perspectives*. SINTEF. Trondheim

Rørvik, K.A. (1992) Institusjonaliserte standarder og multistandardorganisasjoner. Artikkel i Norsk Statsvitenskapelig tidsskrift nr. 4 1992, s. 261-284

Safetec (2006) “*Nasjonal ROS og beredskapsanalyse innen helse. Hovedrapport*”. Dok. nr. ST-25459-RA-15- REV 05 [Internett] Tilgjengelig fra:

http://www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/Beredskap/Hovedrapport_Nasjonal_ROS-og-beredskapsanalyse_innen_helse_2006.pdf

Skog, O.J. (2004) *Å forklare sosiale fenomener. En regresjonsbasert tilnærming*. Gyldendal Akademisk, Oslo

Weiss, R.P. (2001). *Crisis Leadership. Eight Universal Laws of Leadership under Crisis*, Potomac, Maryland, USA

Yin, R.K. (2009). *Case study and methods*. Applied social research methods series vol. 5. Sage. USA.

Lover og forskrifter

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

<http://www.lovdatab.no/all/hl-20000623-056.html>

Forskrift 1996 nr. 1127: Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften)

<http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-19961206-1127.html>

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

<http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20010723-0881.html>

Forskrift 2002 nr.1731: Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten

<http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20021220-1731.html>

Offentlige dokumenter

NOU 2012:14 *Rapport fra 22.juli kommisjonen*. Statsministerens kontor

<http://www.regjeringen.no/pages/37994796/PDFS/NOU201220120014000DDDPDFS.pdf>

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

<http://www.regjeringen.no/pages/37919076/PDFS/STM201120120029000DDDPDFS.pdf>

Stortingsmelding 47: 2008-2009 Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid, Helse og omsorgsdepartementet

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

Overordnet Nasjonal Helse og sosialberedskapsplan, Helse og Omsorgsdepartementet 2007

<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Planer/HelsesosialberedskapsplanNY.pdf>

Læring for bedre beredskap; Helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22. juli 2011, Helsedirektoratet, 2012

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/lering-for-bedre-beredskap-/Sider/default.aspx>

Veileder for kommunale risiko- og sårbarhetsanalyser. Direktoratet for sivilt beredskap, DSB, 1994

http://www.dsb.no/Global/Publikasjoner/Tidligere/Andre/risiko_saarb-analyse.pdf

Andre publikasjoner

Overordnet Beredskapsplan Helse Stavanger (2012)

<http://www.sus.no/omoss/styret/Documents/2012/25042012/Styresak%20041%2012%20O%20Beredskapsplan%20Helse%20Stavanger%20HF%20endelig%20utgave%20april%202012.pdf>

Overordnet Beredskapsplan Helse Vest (2011)

<http://www.helse-vest.no/aktuelt/rapporter/Documents/Regionale%20planar/Regional%20plan%20-%202011-12%20Regional%20plan%20for%20helsemessig%20og%20sosial%20beredskap%20i%20Helse%20Vest%202012%20-%202014.pdf>

Overordnet beredskapsplan St. Olav (2012)

http://www.stolav.no/ftp/stolav/eqspublic/brannvern/docs/doc_7102/index.html

Internettreferanser

Om Fylkesmannen:

<http://www.fylkesmannen.no/Samfunnssikkerhet-og-beredskap/Krisehandtering-og-samordning/>

<http://www.fylkesmannen.no/nm/Samfunnstryggleik-og-beredskap/>

Liste over figurer, med referanser

Figur 1: Bilde av PDSA hjulet:

<https://www.deming.org/theman/theories/pdsacycle>

Figur 2: IRGC sitt rammeverk:

http://www.irgc.org/IMG/pdf/An_introduction_to_the_IRGC_Risk_Governance_Framework.pdf

Figur 3: Load-Response modellen

Njå, O. (1998). *Approach for Assessing the performance of Emergency Response Arrangements*, Universitetet i Stavanger, s.

Figur 4: Forholdet mellom farer, barrierer og tap

Reason, James (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Ashgate Publishing Company, England, s. 3

Figur 5: "Sveitserost" modellen

Reason, James (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Ashgate Publishing Company, England, s.12

Figur 6: Forholdet mellom produksjon og sikkerhet

Reason, James (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Ashgate Publishing Company, England, s. 4

Figur 7: Vandring mot grensen for akseptabelt risiko på grunn av press fra å oppnå motstridende målsetninger.

Rosness, R., Guttormsen, G., Steiro, T., Tinmannsvik, R.K., Herrera, I.A. (2004). *Organisational Accidents and Resilient Organisations: Five Perspectives*. SINTEF. Trondheim, s.

Figur 8: The Unrocked boat

Reason, James (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Ashgate Publishing Company, England, s.5

Figur 9: Aven og Renn sin modell for risikostyring

Aven, T. og Renn, O. (2010) *Risk Management and Governance. Concepts, Guidelines and Applications*. Springer, Berlin, s.57

Figur 10: Varslingslinjer i helsetjenesten på nasjonalt og lokalt nivå

Overordnet Nasjonal Helse og sosialberedskapsplan, Helse og Omsorgsdepartementet, 2007
s. 26

Figur 11: Handlingsrom for god praksis

Reason, James (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Ashgate Publishing Company, England, s. 50

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjon til informanter

I forbindelse med mitt masterstudium i Samfunnssikkerhet ved Universitetet i Stavanger, har jeg nå startet med min avsluttende masteroppgave. Arbeidstitel på oppgaven min er: «Helsemessig og sosial beredskap – ivaretar dagens beredskap morgendagens utfordringer?» Jeg ønsker å undersøke hvordan sykehuset ivaretar sin plikt i forhold til beredskap, med særlig fokus på hvordan beredskapsplaner utformes og implementeres i organisasjonen.

I denne forbindelse trenger jeg å intervjuere personer i organisasjonen som enten arbeider med beredskap/beredskapsplaner, eller har erfaring med bruk av eksisterende beredskapsplaner i sitt arbeid, enten ved en reell krise, eller i forbindelse med øvelser. Jeg ønsker derfor å be om lov til å intervjuere deg.

Intervjuene vil foregå som en samtale mellom deg og meg, hvor jeg vil ha en intervjuguide (Vedlegg 3) som utgangspunkt. Denne guiden bruker jeg for å sikre meg at vi underveis kommer inn på de tema som jeg mener er relevant for at jeg skal få svar på mine forskningsspørsmål, men intervjuet vil utover dette ikke være strukturert. Jeg ønsker å ta opp samtalen underveis. Normert tid for intervjuet er ca. 1 time.

Informasjon som kommer fram i intervjuet vil kun bli brukt i denne oppgaven. Ingen data vil bli lagret elektronisk, og alle data blir anonymisert før de brukes i oppgaven.

Jeg har søkt Forskningsavdelingen og Personvernombudet om tillatelse til å gjennomføre undersøkelsen, og tillatelse fra dem ligger vedlagt (Vedlegg 2). I tillegg er prosjektet godkjent av Divisjonsdirektør for Kirurgisk divisjon. Jeg legger også ved prosjektplanen, som er godkjent fra Universitetet i Stavanger (Vedlegg 1). Veileder på oppgaven er Doktorgradsstipendiat Dag Thomas Sagen Johannesen, fra Universitetet i Stavanger.

Jeg håper at du har anledning til å sette av tid i en travel hverdag til dette intervjuet, det hadde jeg satt stor pris på!

Vennlig hilsen

Elisabeth Haga Jacobsen

Masterstudent i Samfunnssikkerhet

Universitetet i Stavanger

Vedlegg 2: Intervjuguide

Forskningsspørsmål 1 kan brytes ned i:

1. Hvordan ivaretar sykehuset sin plikt om helsemessig og sosial beredskap i dag?
2. Benyttes risikoanalyser og beredskapsanalyser ved utforming av beredskapen?
3. Hvordan implementeres og vedlikeholdes beredskapsplanene?

Forskningsspørsmål 2 kan brytes ned i:

1. Hvilke utfordringer opplever ledere og ansatte i forhold til beredskapsplanlegging?
2. Hvilke utfordringer opplever ledere og ansatte i forhold til eksisterende planverk?
3. Hvilke utfordringer opplever ledere og ansatte i forhold til implementering av beredskapsplanene i organisasjonen?
4. Hvilke utfordringer opplever ledere og ansatte i forhold til oppfølging av planverket?
5. Hvilke framtidige utfordringer opplever ledere og ansatte som de største i forhold til planverket?
6. Hvilke erfaringer har ledere og ansatte etter øvelser med og reell bruk av beredskapsplanene?

Intervjuspørsmål:

Tanker om beredskap/beredskapsplaner

Hva tror du menes med sykehusets plikt om helsemessig og sosial beredskap?

Hva gjør sykehuset for å ivareta denne plikten?

Hva synes du om beredskapsplanene som finnes i organisasjonen i dag?

Hvordan oppfatter du at organisasjonen vår er forberedt på å takle en framtidig krise med det planverket vi har i dag?

Beredskapsplanlegging

Har du vært med på å lage beredskapsplaner for sykehuset?

Kan du fortelle litt om hvordan dette ble gjort/hvordan du tror dette blir gjort?

Hva ble brukt som bakgrunn for utforming av beredskapsplanen?

Hva synes du/tror du er den største utfordringen i forhold til planlegging av beredskap i organisasjonen? (Kan være mangelfull kunnskap om beredskapsplanlegging, manglende tid/ressurser, organisatoriske utfordringer, måten det blir gjort på, osv. Følge opp på det som blir svart).

Kan du forklare hva du forstår med risiko- og sårbarhetsanalyser?

Kan du forklare hva du forstår med beredskapsanalyser?

Har du vært med å gjennomføre beredskapsanalyser i forbindelse med beredskapsplaner?

Innføring/implementering

Kan du fortelle om arbeidet med å gjøre en ny beredskapsplan kjent i organisasjonen, hvordan blir dette gjort?

Hva mener du er de største utfordringene når en beredskapsplan skal gjøres kjent i avdelingen?

Har du opplevd situasjoner hvor beredskapsplanene ikke var tilstrekkelig kjent i avdelingen? Hvis ja, kan du fortelle hva som skjedde?

Bruk av planverket

Har du vært med på å bruke beredskapsplanene i en reell krisesituasjon og/eller en øvelsessituasjon?

Kan du fortelle litt om hvordan du opplevde dette, hva som fungerte bra, og hva som ikke fungerte bra?

Har du opplevd konflikt mellom ulike beredskapsplaner, eller mellom planer på ulike nivå?

Vedlikehold av planverket

Hvordan tror du beredskapsplanene blir holdt «up to date» i organisasjonen?

Har du vært med på å revidere en beredskapsplan? Kan du i så fall fortelle litt om hvordan dette

Avslutning

Er det noe mer du har lyst til å fortelle?

Er det noe du er overasket over at jeg ikke har spurt om?

Vedlegg 3: Matrise over empiri fra intervjuene

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|--|--|--|---|--|--|
| Om informanten | Beredskapskoordinator. Intervju gjennomført på informantens kontor, varighet 27 min. | Avdelingssjef. Intervju gjennomført på informantens kontor, varighet 36 min. | Sjefsykepleier. Intervju gjennomført på informantens kontor, varighet 31 min. | Overlege. Intervju gjennomført på mitt kontor, varighet 62 min. | Operasjons-sykepleier. Intervju gjennomført på mitt kontor, varighet 21 min. | Bemanningskoordinator. Intervju gjennomført på mitt kontor, varighet 50 min. |
| 1 Hva er plikt om helsemessig og sosial beredskap? | Ikke snakket om dette | Ikke snakket om dette, ikke svart | Sykehuset har et ansvar, vi skal verne befolkningen, liv og helse. Vi skal kunne gi den hjelpen de trenger i kriser og katastrofer, plikt ut i fra lovverket | Ikke svart, ikke snakket om dette | Ikke svart, ikke snakket om dette | Ikke svart, ikke snakket om dette |
| 2 Hva gjør SUS for å overholde denne plikten? | Det finnes overordnede planer og divisjonsvise planer, beredskapsansvarlig har ansvar for overordnet blick på planverk | Det finnes mange forskjellige beredskapsplaner for forskjellige ting, kjenner best til masseskade. | Det er laget en overordnet beredskapsplan, divisjonsvise planer, det er ansatt en beredskapsansvarlig | Det er mange forskjellige beredskapsplaner som kan slå inn, overordnede og avdelingsvise, men det er masseskade som har vært mitt fokus | Vi har disse beredskapsplanene, en egen perm, det er sånn koder på hvor alvorlig det er. De står i en perm på vaktrommet, og i EQS | Vi har beredskapsplaner på masseskade, overordnede planer, planer for brann, strøm og mye annet |
| 3 Hva synes de om planverket som finnes i dag? | Folk har laget gode planer på hver sin avdeling, men ingen har sett på | Tidligere veldig teoretisk, bar preg av at det | Planene er for så vidt ok. Den vi har nå er laget av leger, det har vi ikke gjort før. | Planen har vært uoversiktlig tidligere, nå er den mer konkret. Ikke enkelt å knytte den | Jeg er usikker, har ikke sett på dem på lenge | Masseskade står meg nærmest, den er blitt bra, men det er mye igjen. På andre planer er jeg ganske |

| | | | | | | |
|---|---|--|--|--|---|---|
| 4 Hvordan er SUS forberedt på en krise? | om de passer sammen | var skrivebordsfolk som hadde laget det. Nå er det mer praktisk, har blitt mye bedre. Teoretisk skrevet, men dette er nødvendig, tungt å lese. | Kan være positivt, for ting som ikke «eies» av legene er ikke viktig | sammen med planverk fra andre avdelinger. Den er tydelig og tilgjengelig. Planverket generelt er for komplisert å trenge inn i. En del planer er ikke ferdige og de er ikke samkjørte | | blank |
| | Hvis det virkelig smeller en dag, så er det ikke sikkert at det går akkurat slik vi har tenkt og øvd, men jeg tror at planverket gir en robusthet. Det kan ligge til grunn, så om det ikke gikk akkurat slik vi planla, så har det i hvert fall lagt føringer | Ja, jeg tror det er et godt verktøy, særlig siden vi hadde en øvelse i fjor. Vi oppdaget noen feil som er blitt justert nå, så jeg tror at dette er en brukende vei å gå | Ser utfordringer. Planverket må gjøres mer kjent, mer levende | Jeg er ganske sikker på at sykehuset ikke er spesielt godt rustet til å ta en skikkelig katastrofe. Det er leit å tenke på, når en har brukt så mye tid på disse beredskapsplanene, men jeg tror det blir kaos, systemet har for lite drill. Dess mer du graver, dess mer ser du hvor lite rustet du er. Det er mye som ikke er bra. | Ja, det synes jeg, forutsatt at vi øver med jevne mellomrom | Nei, vi er ikke rustet. I forhold til masseskade, så er vi det inntil et visst nivå, i første del kommer det til å gli greit. Suksesskriterier er antall skadde, og hvor fort det øker. Brann har forsvunnet i fokuset på masseskade, er vel så viktig, for her må de rette avgjørelsene tas inne i avdelingene. De andre planene kjenner jeg ikke. I vårt nedslagsfelt er det mange som har erfaringer fra oljen, og de har store forventninger til vår organisasjon i forhold til beredskap, men vi som vet «for mye» tenker, går |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|--|---|--|
| | | | | | | dette godt? Det er hemsken med å kunne og vite! Men utviklingen går i rett retning, vi har kommet langt fra 2006 og fram til i dag, det handler om at organisasjonen må bli moden for å skjønne at det er viktig, og være ærlig på at vi er sårbare. |
| 5 Har de vært med å lage noen planer? | Ja, i det siste, har jobbet med dette i snaut to år | Ikke konkret, har vært med i styringsgruppe | Hav vært i styringsgruppen ved revisjon | Har vært med å revidere | Nei, aldri | Ja, har vært med fra starten i 2007 til den første planen for masseskade var ferdig i 2010, i en tverrfaglig arbeidsgruppe |
| 6 Hvordan ble dette gjort? | Veldig variert alt etter type plan, ofte er det en ting vi vet er en trussel. Har valgt å bruke tiden på å gå rett på det vi vet vi er nødt til å ha. Ser på hva de har fra før, sammen med de som eier problemet. Må sammenfatte det, og se på det ovenfra. Får også en del føringer ovenfra i forhold til | Det lå allerede planer inne som var laget på et administrativt nivå, der var sikkert alt gjort etter boka. Så gjorde vi det om til å bli mer praktisk | Den som er nå er jo bare ordnet litt på i forhold til den som var. Har brukt andre planer som maler, og den overordnede planen | Vi hadde en plan fra før, som vi reviderte. Så på hvordan ting kunne løses i praksis, hvor er nøkkelpersonene, hvordan skal kommunikasjonslinjene være. Måtte flette den sammen med operasjon, intensiv, anestesi og mottaket. | Jeg vet ikke, vil jo tro at det er forskjellige grupper som blir satt sammen og lager dem, av forskjellige yrkesgrupper | I 2006 ble det bestemt fra overordnet nivå, fikk en mal som styring. Det ble laget en tverrfaglig gruppe i klinikken, men legene ville ikke være med i starten, måtte kjempe for at de skulle skjønne at medisinskfaglige innspill også var viktige, ble til slutt utpekt en representant fra direktøren. Gjorde ingen analyser. Det var ingen kommunikasjon mellom avdelinger, gav mye frustrasjon. Jobbet hardt, |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|---|
| <p>7 Ble det lagt ROS analyser til grunn? Evt. andre analyser?</p> | <p>Har gjort en vurdering av det, men det er ingen tradisjon for ROS analyser, jeg selv har ikke kunnskap om og erfaring med det. Når jeg ser på ROS analyser som er gjort, føler jeg ikke at du er så mye lurere etterpå likevel. Det er så selvsagte ting, liksom. Du fletter det inn, men kunne sikker vært gjort mer strukturert. Overordnet plan er basert på noen gamle ROS analyser, og analyser laget av andre</p> | <p>Det tviler jeg på. De som laget den er pragmatisk anlagt. De kan nok ha brukt noe av tankegangen, men jeg tviler på at de har satt seg ned og ROS analysert. Jeg mener at har du et godt folkevett, så trenger du ikke analysere. De overordnede planene, der er sikkert alt gjort etter boka</p> | <p>Nei, jeg har ikke sett at det er gjort noe som helst med tanke på ROS analyse. Og jeg har ikke sett en sånn beredskapsanalyse. Det bunner nok i kunnskaper, og så har de ikke blitt bedt om det</p> | <p>Nei, vi tenkte veldig praktisk og konkret, hvordan ting ville fungere. Vi baserer oss på den erfaringen vi har i det daglige, både egen og andres. Jeg tenker praktisk, ikke sånn teoretisk og byråkratisk som de gjør på skolen, det blir bare fine ord og vendinger. I teorien funker det bra, men i praksis er det andre mekanismer som gjelder. Mye bygger på dagens system, hvordan det funker til daglig, bare at du skruer opp trykket.</p> | <p>Det vet jeg ikke, har ikke hørt snakk om det</p> | <p>fokuset på dette var lavt i organisasjonen, vanskelig å få gjennomslag</p> <p>Det ble ikke gjort noen som helst analyse på forhånd, alt var diffust. Det ble henvist til Alexander Kielland, men man hadde få relevante erfaringer på overordnet nivå som kunne trekkes ned i arbeidet. Vi fikk en veileder vi skulle bruke, og forholdt oss til overordnet plan. Virker som det er mer retning på arbeidet nå</p> |
| <p>8 Hva er de største utfordringene ved å lage planer?</p> | <p>Vi trenger samarbeids-partnere, kan ikke sitte og lage fine planer som vi trer ned over hodene på</p> | <p>Ikke svart, ikke snakket om dette</p> | <p>Det er tiden som gjør at du hele tiden kommer til kort, du må gjøre det på din fritid hvis du skal klare det.</p> | <p>Det var ikke spesielt enkelt å knytte planen sammen med de andre sine planer. En del av planene er ikke ferdige, og ikke samkjørte. Det er vanskelig å se</p> | <p>Det vet jeg ikke</p> | <p>Manglende forståelse av at avdelinger henger sammen, er avhengig av hverandre, manglende kommunikasjon. Lavt fokus på dette i</p> |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|--|---|---|
| | <p>folk. Og da må du inngå en del kompromiss, for folk har et eierforhold til dette. Du må gå forsiktig til verks, ellers faller sperrene den. Folk lager gode planer på hver sin avdeling, men ingen har sett om de passer sammen. Kunne jobbet mer systematisk og faglig, men mangler kunnskap</p> | | | <p>helheten</p> | | <p>organisasjonen tidligere, jobbet som svin! Vanskelig å få med medisinsk ekspertise, de måtte utpekes av direktøren for å bidra. Vi ønsket kort med spesifikke oppgaver, men det mente kirurgene var unødvendig, rart å observere at det er dette som er kommet nå</p> |
| <p>9 Hvordan gjøres en plan kjent i organisasjonen ?</p> | <p>Har kalt inn til felles møter og gått gjennom planen, forklart hva avdelingene selv må tilføye for å ha utbytte av den. Har ikke kontrollert at de har gjort det. Har også hatt tabletop øvelser, har praktisk og teoretisk gjennomgang. Inviterer meg selv</p> | <p>Vi fikk den presentert av dem som hadde laget den på et ledermøte, og det har vært et møte hvor de har gått gjennom den for våre doktorer. Det blir opp til hver enkelt å lese, vi har</p> | <p>Den som er nå blir markedsført via nettet, i linjen. Det har vært informert om planen på et ledermøte, men ikke på et allmannamøte.</p> | <p>Det er informert i ledergruppen, og sendt ut på mail i linjen</p> | <p>Vi har gått gjennom planen en fredag, men da manglet kortene, så det var litt dårlig. Får vel en mail om nye planer, men jeg kan ikke huske å ha sett den. Blir mye opp til hver enkelt.</p> | <p>Min erfaring er todelt. I 2010 ble planen vedtatt, sendt ut i linjen, og så var den trådt i kraft, var opp til hver enkelt. Er i ferd med å gå i samme fellen nå med den nye, er sendt ut i linjen, og informert om på overordnede møter, men ikke i avdelingene. Er sluppet ned til et visst nivå, forventer at ledere med personalansvar skal ta den videre, men har de nok kunnskap? På</p> |

| | | | | | | |
|--|---|--|---|---|--|---|
| | <p>inn på ledermøter, tar med folk fra andre avdelinger inn, for å markere at de ikke er alene om denne planen.</p> | <p>ingen utkvittering på at de har gjort det, men de er blitt oppfordret flere ganger. Sier til nyansatte at de skal ta e-lærings kurs i brann</p> | | | <p>overordnet nivå er det bra, har vært flere møter, takket være dedikerte mennesker</p> | |
| <p>10 Hvilke utfordringer er størst?</p> | <p>Det nytter ikke ha flotte planer i EQS hvis ingen vet om dem eller vet hvordan de skal brukes. Direktørene og lederne er fornøyde, nå kan de krysse av at det er gjort. Det sendes ut til folket på en mail, men du når ikke folk på den måten. På et sykehus er det mange som «vet best», holdningen er at «ja, ja, de jobber og styrer og bestemmer, men jeg gjør nå som jeg</p> | <p>Greier ikke skape et engasjement for planer som strøm, vann ol.</p> | <p>Linjen kan brukes mer aktivt, vil jeg si, den stopper hos noen. Det er en utfordring å nå alle, og greie å fenge dem. Du kan fint spre det, og si at alle har et ansvar til å lese når det ligger på intranett, men hva har de fått med seg? Folk er ikke interessert! Det er tungt stoff som ikke blir så realistisk, skulle prøvd å fått det mer spennende, ikke så mye oppramsing. Øvelser hjelper, men</p> | <p>Jeg har blitt bedt om å presentere den, men jeg har ikke fått gjort det ennå, har for mange arbeidsoppgaver. Men det nytter ikke å presentere den bare en gang, det er såpass mange ting man skal kunne Skal du iverksette noe, sender du ut en mail, men folk får det ikke med seg. Hvorfor? Er folk sløve, og gidder de ikke bry seg? Nei, jeg tror at informasjonsstrømmen er så stor at folk klarer ikke forholde seg til alt, og så siler de ut det som de oppfatter ikke er viktig for dem. Vi lukker øynene litt,</p> | <p>Blir mye opp til hver enkelt å sette seg inn i det, er vanskelig å huske det når man leser, må øve det i praksis for å forstå det skikkelig</p> | <p>Er ikke fokus på at det skal undervises i alle ledd, helt ut, og det kvalitetssikres ikke at den blir presentert på avdelingsmøter, og til P1 og P2 vakter, som er de som står i vakttjenesten når alarmen går. De ulike alarmene er forvirrende for avdelingene. Holdning at sykepleieren på gulvet trenger ikke kunne dette, hun får beskjed om hva hun skal gjøre, tror det er feil. De trenger ikke kunne alt, men man kunne fokusert på hva som er viktig å vite for dem, hva der deres rolle i planen, den praktiske biten. Viktig at alle skjønner hvor deres</p> |

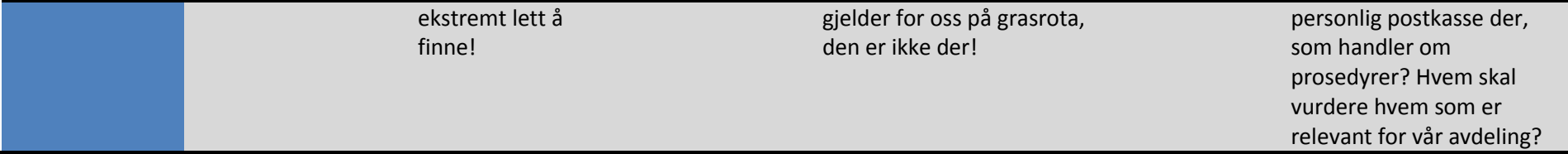
| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|
| | alltid har gjort». Jeg prøver å forklare dem at det vil ikke funke! | | det er så mange øvelser på alt mulig, det krever mye. | det eneste som nytter er å ha fokus på det, og jobbe, jobbe, trene, trene. Vi har begynt, men det er langt igjen. Vi trenger flere folk som engasjerer seg i dette! Det er mye som gjenstår før de er integrert i organisasjonen. | | plass er i det store edderkoppnettet |
| 11 Situasjoner hvor planverket ikke var kjent | Alle anestesifolkene møtte i akuttmottaket, for det var de vandt til, mens kirurgene som hadde lest planverket og kunne det som var nytt, satt oppe og ventet. Vaktleder i mottak hadde ikke lest planen, og ringte ikke personal-koordinator for å melde behov for traumeteam. Det funket ikke, men forutsetningene for at det skulle fungere var ikke til stede, siden ikke alle fulgte planen. | Ja, anestesien fulgte gammelt planverk, og møtte i mottaket, men skulle møtt i MOBA. Så det ble litt tull. | Det var noe tull med anestesien, og noe med operasjon også, hvor de skulle møte, men jeg vet ikke helt | Bare en liten ting som at slangen til thoraxdrenet manglet i utstyret, ingen visste hvem som hadde ansvaret for at den skulle være på plass, var det operasjonssykepleier eller sykepleier i mottak? De greide heller ikke å improvisere, og det ble mye diskusjoner og dill. Det er mottak som er ansvarlig for at det er på plass, og operasjon sitt ansvar å kunne håndtere det. I forhold til øvelsen, så var det en greie der, med forskjell i forhold til hvor anestesien skulle møte, der har du det igjen, kommunikasjonslinjene er ikke vanntette | Oppmøteplass en var ikke kjent, ingen visste hvor konferansero mmet i MOBA var, vi er vandt med å møte i mottak. | Det er ikke kvalitetssikret at planverket er presentert helt ut, kunne eliminert slike episoder vi opplevde under sist øvelse i forhold til oppmøteplass og sammensetning av traumeteam hvis alle kjente sin plass |
| 12 Erfaring | Øvelsen i fjor, det | Øvelsen i fjor: | Øvelsen i fjor: Det | Reell ulykke: Det ble fort | Vi slet med å | Øvelsen i fjor: Opplevde at |

| | | | | | | |
|--------------------------------------|--|---|--|--|--|---|
| <p>med bruk av planverket</p> | <p>funket egentlig, det var bare litt vanskelig å si. Vi fikk ikke øve fullt ut, og fikk ikke frigjort nok folk til å bekle alle rollene, dermed måtte noen ha dobbeltroller, og greide ikke håndtere det. Evaluering var vanskelig. Planverket var ikke godt nok implementert på forhånd, folk kjente det ikke. Hovedprinsippene fungerte, men noen har for mange roller til at de vil greie å gjennomføre det.</p> | <p>Vi satt i kirurgisk konferanserom, og det eneste vi skulle gjøre var å ringe inn folk når vi fikk beskjed, og sende dem bort til MOBA. Vi hadde det jo kjekt i det rommet, men det ble litt lite, da. Det var beredskapsledelsen nede som skulle holde styr på hvor pasientene var, men det greide de ikke. Ikke det at vi hadde greid det bedre, men vi hadde bedre kapasitet. Det var nyttig, vi fikk ting på bordet som</p> | <p>var en del som ikke fungerte helt i forhold til kommunikasjonslinjene. Vi fikk for lite oppdatering her oppe, og alle møtte ikke opp. Det var for lite struktur. Det kunne godt ha vært litt mer bastant, hvem gjør hva. Det må være klare linjer på hvem som gjør hva, ellers begynner vi å gjøre alt, alle.</p> | <p>problemer, man mistet oversikten, pga. manglende kommunikasjonsnettverk. Pasienter ble meldt feil, og skapte forvirring da de kom inn gående, når man stod klar med traumeteam. Øvelse i fjor: kommunikasjon er det som går igjen, både den fysiske forbindelsen og om personen som mottar meldingen forstår. Blir veldig fort rykter og forvirring. Tar ikke høyde for hvor sårbare vi er i forhold til datasystemer som detter ned, og som ikke kommuniserer. Vi må gå tilbake til basic, med budbringere og papir.</p> | <p>finne fram til møteplassen, men fant den etter hvert. Var meningen at vi skulle følge pasienten opp, og avlevere den, og så gå til MOBA igjen for å bli satt i et nytt traumeteam, fungerte ikke. Vi ble stående i mottak, og tok i mot alle pasientene. Vi var 4 sykepleiere med en telefon, fungerte dårlig. De oppe greide å rydde klar stuer og gjøre klar, det fungerte bra.</p> | <p>vi hadde kontroll, men lite kommunikasjon gjorde at vi oppfattet ikke rotet, hørte om det i etterkant. Avdekket et problem med at når NN ble flyttet fra akuttbasen til OBA-basen, forsvant ID, vi visste ikke hvem det var. Brukte øvelsen bevisst til å teste en av sengepostene, meldte inn til dem at alle pasientene kommer til dere, lei inn folk, få visittgående lege på plass og tøm avdelingen. Det gikk på skinner!</p> |
|--------------------------------------|--|---|--|--|--|---|

| | | | | | | |
|---|---|--|--|---|---|---|
| <p>13 Opplevde konflikter i planverket</p> | <p>Ikke svart, ikke snakket om dette</p> | <p>ikke hadde fungert. Nei, ikke personlige konflikter</p> | <p>Nei, det kan godt hende at det har vært, men jeg opplevde det ikke. Det var vel litt i forhold til operasjon, og hvor leder skulle møte</p> | <p>Ikke personlig</p> | <p>Vi er vandt til å møte i mottak når traumealarmen går, når vi trår inn i en beredskapssituasjon skal vi plutselig møte i MOBA, det er sånn du leser, men ikke husker hvis du ikke har hatt en praktisk gjennomgang</p> | <p>Ikke svart, ikke snakket om dette</p> |
| <p>14 Vedlikehold av planverket</p> | <p>Du har jo EQS som verktøy, der ligger det sperrer inne, som gjør at de må revideres etter 2 år. Og så ser vi jo at etter sånne fullskaløvelser, så må de revideres. Og hvis den overordnede planen revideres, så må de planene under også revideres. Det er et</p> | <p>Planene blir revidert på bakgrunn av evaluering etter øvelser</p> | <p>Det er jo en ansvarlig nå, en person som er ansatt, så jeg regner med at hun har det i sin handlingsplan</p> | <p>Blir revidert på bakgrunn av øvelser</p> | <p>Nei, det vet jeg ikke så mye om, det er vel den beredskapsgruppen som reviderer etter øvelser og sånn, har ikke tenkt over det, men det blir vel gjort.</p> | <p>Det er kjempeviktig, må være en kontinuerlig prosess, som går begge veier, ikke bare ovenfra og ned. Kan skje endringer i det kirurgiske feltet som påvirker de overordnede planene. Og dette gjelder ALLE planer, det er et kjempearbeid! Og hvem vedlikeholder alt utprintet av planer rundt omkring? Det er viktig med papir, men det er farlig. Men hovedtyngden av folk vil</p> |

| | | |
|--------------------------|--|---|
| | <p>levende planverk, som hele tiden skal bli bedre. Vi får også en del føringer fra ledelsen om planverk de vil ha orden på.</p> | <p>lete i permene, de aner ikke hvordan de finner det i EQS</p> |
| <p>15 annet, øvelser</p> | <p>Forutsetningene for at det skulle fungere sist var ikke optimale, siden folk ikke kjente planverket godt nok. Har brukt mye til på implementering i organisasjonen det siste året, er spent på om det fungerer bedre neste gang. Men noen har tatt på seg alt for mange oppgaver på tiltakskortene, det er vanskelig å få gjort noe med når de ikke ser det selv.</p> | <p>Må ikke se oss blinde på masseskade, det er faktisk mange andre planer som også trer i kraft når noe skjer. Kommunikasjon burde i større grad vært enveis, det blir for mye dill, og ringing fram og tilbake og diskusjoner, skulle fått mer orde, og så meldt tilbake når det var utført. Burde vært klart definert hvem som kommuniserte om hva, og hvordan dette skulle gjøres. Burde brukt samme metode for melding fra OBA om pasienter som skulle inn i avdelingene, som i hverdagen, nemlig skrive i OBA-basen, ikke ringe. Radio er ikke lurt, tenker bare på alle problemene som er med</p> |

| | | | | | | |
|---|------------------------------|--|--|--|--|---|
| | | <p>samfunnet, er traumeteamet en grunnbrikke i en masseskadesituasjon. Men vi kan trene så mye vi vil, vi blir allikevel aldri like gode som Ullevål, eller store traumesenter i utlandet, men vi skal bli så gode vi kan.</p> | <p>informere dem, men de er ikke så flinke til å informere oss om øvelser og sånn, som disse traumeteamøvelsene. Det kunne jo vært nyttig for en avdelingssykepleier på post også, vi har lite felles møtepunkter. Det er mer hierarkisk bygd opp på kirurgen enn i medisin.</p> | | <p>være mentalt forberedt, tror det er lurt.</p> | <p>konferansetelefoner, som folk ikke forstår hvordan de skal svare på. Vil folk greie å tie stille, og bruke det riktig? For mye fokus på det som skjer de første timene, etter det «faller bunnen ut av bøtta». Vi tenker bare på vekten her og nå, men hva med neste natt, og natten etter der igjen? Vi øver alltid på dagtid, hvem får trøkket på natten, jo det er sykepleieren på vakt, som må ta beslutningene. De forventer å få en telefon fra mellomledet, men sånn er det ikke!</p> |
| <p>16 annet, finne planverket i EQS</p> | <p>Ikke snakket om dette</p> | <p>Det er så vanskelig å finne fram i EQS. Den planen som ligger på intranett er lett å finne, og det er det som er kluet for at sånne ting skal være nyttige, det må være</p> | <p>Ikke snakket om dette</p> | <p>Det ligger i EQS, men hver gang noen nevner EQS, går det et sukk gjennom avdelingen. Alle de klikkene vi må gjøre, og så stemmer det ikke, det er en uoversiktlig jungel! Den overordnede finner vi på intranett, men den er ikke så viktig, den er for ledere, den vanlige mann i klinikken har ikke noe med den. Men den planen som</p> | <p>Ikke noe problem å finne planene i EQS</p> | <p>Jeg vet at det ligger på framsiden nå, men det er veldig vanskelig å se, jeg lette etter en egen fane, men det er bare en blå strek midt i mellom. Og hvem har ansvar for at alle er oppdatert på det som ligger i EQS? Det kommer minst 30 oppdateringer i uken, kan og skal alle følge med på alt dette? Vet alle at de faktisk har en egen</p> |



ekstremt lett å
finne!

gjelder for oss på grasrota,
den er ikke der!

personlig postkasse der,
som handler om
prosedyrer? Hvem skal
vurdere hvem som er
relevant for vår avdeling?

