

## **Teamarbeid i redningstjenesten**

**”Dersom årvåkenheten ikke er tilstede  
er det jo en fare for å gå i fella”**

Ida Perander

Masteroppgave i Samfunnssikkerhet

Universitetet i Stavanger

Våren 2014

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERGRADSSTUDIUM I  
SAMFUNNSSIKKERHET**

*MASTEROPPGAVE*

---

**SEMESTER:**

Vår 2014

---

**FORFATTER:**

Ida Perander

**VEILEDER:**

Sindre Høyland

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

Teamarbeid i redningstjenesten

---

**EMNEORD/STIKKORD:**

Teamarbeid, redningstjenesten, krisehåndtering, beslutninger i krise, redning, livredning, samfunnsikkerhet

---

**SIDETALL:** 80 (ekskludert vedlegg)

**STAVANGER, 12.06.14**

**DATO/ÅR**

## Sammendrag

Denne oppgaven ble til fordi undertegnede var nysgjerrig på hva som preget teamarbeid innenfor redningsoppdrag. Den norske redningstjenesten består av mannskap som er profesjonelle og frivillige. Mitt engasjement innenfor en av de frivillige aktørene ga meg et innblikk i en spennende verden som jeg ønsket å utforske ytterligere. Problemstillingen er som følger:

*Hvilke premisser setter struktur, beslutningsprosesser og situasjonsforståelse for teamarbeid i redningstjenesten?*

Det ble tatt utgangspunkt i teoretiske perspektiver som omhandlet teamarbeid, situasjonsforståelse, beslutningstaking og ledelse. For å besvare problemstillingen ble data samlet inn gjennom besøk på ambulansestasjoner tilhørende Stavanger Universitetssykehus. I tillegg valgte jeg å belyse samme problemstilling innenfor Røde Kors Hjelpekorps' rolle i redningstjenesten.

Opgaven har avdekket at de frivillige og de profesjonelle aktørene i redningstjenesten i stor grad opplever de samme utfordringene. Teamarbeid påvirkes av eksempelvis forstyrrelser, stress og høy arbeidsbelastning. Både de frivillige og de profesjonelle mener at et team samarbeider vesentlig bedre når man kjenner hverandre fra før av. Å arbeide sammen med noen som er uerfarne eller ferske fører til økt arbeidsbelastning for øvrige teammedlemmer, fordi de ikke kan gå gode for kompetansen deres, uavhengig av formelle kvalifikasjoner. Dette kan oppleves som krevende for de erfarne.

Struktur i form av prosedyrer, opplæring, ressurser og teamsammensetning legger føringer for teamarbeid, og det legger også til rette for beslutningstakingen. Begrensninger i situasjonsforståelsen vil gi negative konsekvenser for beslutningstakingen fordi informasjonsbehandlingen blir dårligere. Mannskap trenger evner utover å kunne prosedyrer til punkt og prikke. Evnen til å tenke abstrakt og improvisere stammer fra erfaring og gode fagkunnskaper, og er av stor betydning for å kunne håndtere krevende situasjoner. Både ambulanspersonell og ledere innenfor prehospitaltjenester og redningstjenesten for øvrig bør forberedes mer på hvordan stress og andre fysiske påkjenninger kan påvirke utførelsen av jobben. Bevisstgjøringen av påvirkningen som strukturer, beslutningsprosesser og situasjonsforståelse har på teamarbeid må etableres i forkant av en uønsket hendelse for å minske sannsynligheten for at det blir begått feil.

## Forord

For å gjennomføre denne oppgaven var jeg avhengig av informanter som åpnet seg, svarte utfyllende på spørsmål, og som ville la meg dilte i hælene over lengre tid. Ambulansetjenesten ved Stavanger Universitetssykehus fortjener en stor takk for å ha latt meg følge dem i 57 spennende, lærerike, og, til tider morsomme, timer. Det var utvilsomt mye mer begivenhetsrikt enn det var å sette seg ned for å bearbeide datamaterialet. Medlemmer av Røde Kors Hjelpekorps har også latt meg stille både gode og dårlige spørsmål som har vært til stor hjelp underveis, og en varm takk er rettet mot de involverte.

Veileder Sindre Høyland fortjener en stor takk for alle motiverende samtaler, grundige tilbakemeldinger, og ikke minst; at du har hatt troen på oppgaven gjennom semesteret. Ditt engasjement har bidratt til at denne prosessen har vært spennende fra første dag og helt fram til levering.

Gjennom semesteret har flere støttespillere bidratt til oppgaven. En takk rettes til de som har stått for korrekturlesing, og en takk rettes spesielt til Mats som har lært meg mange nye begrep innenfor ambulansefag. Tusen takk til kontoret for hjelp og inspirasjon gjennom året. Til sist vil jeg takke han fyren min for gode svar når jeg har vært stresset eller urimelig, for all den gode kveldsmaten, og ikke minst for mye tålmodighet.

*”Det største problemet med ambulansfolk er at de er så himla selvstendige.”*

<b>I INNLEDNING</b>	<b>8</b>
<b>BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA</b>	<b>8</b>
<b>PROBLEMSTILLING</b>	<b>9</b>
<b>FORMÅL</b>	<b>9</b>
<b>OPPGAVENS AVGRENSNINGER</b>	<b>10</b>
<b>OPPGAVENS OPPBYGNING</b>	<b>10</b>
<b>II OPPGAVENS KONTEKST OG BEGREPSAVKLARING</b>	<b>12</b>
<b>DEN FRIVILLIGE REDNINGSTJENESTEN</b>	<b>12</b>
<b>DEN PROFESJONELLE AMBULANSETJENESTEN</b>	<b>13</b>
<b>BEGREPSAVKLARING</b>	<b>15</b>
<b>III TEORI</b>	<b>16</b>
<b>BEGREPET <i>KRISESITUASJON</i></b>	<b>16</b>
<b>BEGREP <i>TEAM</i></b>	<b>17</b>
<b>STRUKTURELLE FORHOLD</b>	<b>17</b>
TEAMARBEID I INNSATS	17
KJENN DINE OMGIVELSER	18
FORUTSEING, DELING OG JUSTERING AV PLAN	19
SIKRE TYDELIG ROLLEFORDELING	20
EFFEKTIV KOMMUNIKASJON	21
EKSPERT VERSUS NOVISE	21
Å TRENE OPPMERKSOMHETEN	22
PLANVERK OG DISTRIBUERING AV ARBEIDSMENGDE	23
<b>STRESS</b>	<b>23</b>
STRESS HOS INNSATSPERSONELL	24
KONSEKVENSER AV STRESS	24
IMPLIKASJONER FOR AMBULANSEPERSONELL OG FRIVILLIGE HJELPEMANNSKAPER	25
<b>BESLUTNINGSPROSESSER</b>	<b>26</b>
BESLUTNINGER I KRISER	27
PROBLEMLØSNINGENS FALLGRUVER	29
BESLUTNINGER I TEAM INNENFOR OPPGAVENS KONTEKST	30
<b>SITUASJONSFØRSTÅELSE</b>	<b>30</b>
NÅR INDIVIDET MØTER STRESSENDE SITUASJONER	31
KOMMUNIKASJON OG INFORMASJON	31
IMPLIKASJONER FOR AMBULANSETJENESTEN	33
<b>IV METODE</b>	<b>34</b>
<b>INNLEDNING</b>	<b>34</b>
<b>FORSKNINGSSTRATEGI</b>	<b>34</b>
VALG AV FREMGANGSMÅTE	34
<b>DATAINNSAMLING</b>	<b>35</b>
OBSERVASJON	35
FELTSAMTALE	35
DATAINNSAMLING I RØDE KORS	36
DATAINNSAMLING I AMBULANSETJENESTEN	37
VALG AV INTERVJUOBJEKTER	38
<b>DATAANALYSE</b>	<b>40</b>
<b>RELIABILITET OG VALIDITET</b>	<b>41</b>
<b>ETISKE HENSYN</b>	<b>42</b>
<b>METODISKE ERFARINGER</b>	<b>42</b>

<b>V EMPIRI</b>	<b>43</b>
<b>BAKGRUNN</b>	<b>43</b>
<b>TEAM OG SAMHANDLING</b>	<b>45</b>
PROSEDYRER	45
EFFEKTEN AV FYSISKE PÅKJENNINGER	46
TILGJENGELIGE RESSURSER SOM STRESSMOMENT	48
<b>PROBLEMLØSNING OG BESLUTNINGSTAKING</b>	<b>50</b>
FORSTYRRELSER	50
RUS OG PSYKIATRI	50
MELLOMMENNESKELIGE FORHOLD I TEAM	52
NÅR TING IKKE GÅR SOM PLANLAGT	55
<b>SITUASJONSFORSTÅELSE</b>	<b>56</b>
ULIK FORSTÅELSE	56
NÅR MAN MØTER TING UTENOM DET VANLIGE	57
Å TA "EN SPANSK EN"	59
<b>VI DRØFTING</b>	<b>62</b>
<b>TEAM OG SAMHANDLING</b>	<b>62</b>
TILGJENGELIGHETEN AV UTSTYR	62
LØSNINGER GJENNOM PROSEDYRER	64
BETYDNINGEN AV TEAMSAMMENSETNING	66
EFFEKTEN AV FYSISKE PÅKJENNINGER	67
OPPSUMMERT	70
<b>BESLUTNINGSPROSESSER</b>	<b>71</b>
NÅR PASIENTER BLIR TRUENDE	71
ULIKHET BLANT TEAMMEDLEMMENE	76
OPPSUMMERT	78
<b>SITUASJONSFORSTÅELSE</b>	<b>79</b>
BAKGRUNN FOR ULIKE FORSTÅELSER	79
BESLUTNINGER VED KOMPLEKSE HENDELSER	80
BEGRENSNINGER I SITUASJONSFORSTÅELSEN	81
SITUASJONSFORSTÅELSENS PÅVIRKNING PÅ SAMVIRKE	81
OPPSUMMERT	82
<b>VII KONKLUSJON</b>	<b>83</b>
<b>VIDERE ANBEFALINGER</b>	<b>85</b>
<b>REFERANSER</b>	<b>86</b>
<b>VEDLEGG 1 - INFORMASJONSSKRIV</b>	<b>90</b>
<b>VEDLEGG 2 - INTERVJUGUIDE</b>	<b>91</b>

# I Innledning

## Bakgrunn for valg av tema

Denne oppgaven vil ta utgangspunkt i to ressurser i den norske redningstjenesten, herav ambulansetjenesten og de frivillige organisasjonene. Teamarbeid i redningstjenesten er valgt som tema for oppgaven på grunnlag av en faglig og en personlig årsak. Det faglige knytter seg til at teamarbeid innenfor redning og akuttmedisin er lite utforsket. ”*Research characterizing teamwork in EMS (akuttmedisinske tjenester, anm.) is limited and teamwork measurement tools are lacking*” (Patterson et al., 2012, s. 98). Forskning på teamarbeid i akuttmedisin og i helsevesenet for øvrig er etterlyst i eksisterende litteratur (Baker & Salas, 2006; Høyland, 2013; Leach, Myrtle, Weaver & Dasu, 2009; Lyndon, 2006). Ambulansetjenesten som fagfelt har tradisjonelt heller ikke blitt anerkjent på lik linje med for eksempel sykepleie eller medisin, i følge Williams et al. (2012). Likevel har de siste års utvikling vært stor, og feltet opplever store endringer. Prehospitale tjenester og akuttmedisin har blitt grundigere utforsket med tiden, noe som har ført til et kunnskapsløft i et fagmiljø som opplever en kontinuerlig utvikling.

Samfunnets økte fokus på beredskap har ført til mange debatter om organisering, sentralisering versus desentralisering, samt ressursfordeling. I 2009 ble det vedtatt en kongelig resolusjon som anerkjenner Norges Røde Kors som støtteaktør til norske myndigheter (Utenriksdepartementet, 2009). På bakgrunn av dette ønsket jeg å inkludere Røde Kors Hjelpekorps i studien, ettersom de fungerer som støtte til myndighetene i tillegg til den eksisterende rollen i redningstjenesten. Hjelpekorpsset er en av de største frivillige aktørene i den norske redningstjenesten. Oppgavens hensikt er ikke å rangere den profesjonelle tjenesten mot den frivillige, da en slik sammenligning ikke har noen hensikt. Likevel vil det være interessant å undersøke om det eksisterer fellestrekk ved hvordan teamarbeid påvirkes av struktur og situasjonsforståelse hos to ulike organisasjoner. Disse to kontekstene kan forenes i enkelte situasjoner som krever involvering av både nødetater og de frivillige i redningstjenesten.

Personlig hadde jeg et sterkt ønske om å fordype meg i krysningen mellom redning og teamarbeid. Jeg har selv erfaring fra Røde Kors Hjelpekorps hvor jeg har fått bidratt som tredjemann på ambulansen, vaktleder, og som hjelpemannskap ved rednings- og leteaksjoner under krevende forhold. Opplevelsene jeg har fått de siste årene har skapt en stor interesse for dette feltet. Gjennom mitt engasjement i hjelpekorpsset har jeg kommet opp i situasjoner som

har fått meg til å gruble på *hvorfor* ting fungerte slik de gjorde. Hvordan klarer ulike profesjoner som har ulike mål og prosedyrer å arbeide raskt, men effektivt, sammen som et team når de ikke har tid til for eksempel store diskusjoner om metoder og utførelse.

## **Problemstilling**

Studien kobler sammen forhold som kan påvirke teamarbeid; herav beslutningsprosesser, situasjonsforståelse og struktur. En nærmere forklaring av disse forholdene vil komme i teorikapittelet. Det er vanlig å bruke team blant innsatsmannskaper i redningstjenesten. Et team arbeider både etter den individuelle og den kollektive situasjonsforståelsen (Mackintosh, Berridge & Freeth, 2007). Noe av det som preger beslutningsprosesser i stor grad er situasjonsforståelse. Det bildet en har på situasjonen og potensiell utvikling er avgjørende når beslutninger skal tas (Blandford & Wong, 2003). Derfor er det interessant å avdekke hvordan individuelle og kollektive situasjonsforståelser påvirker beslutninger som blir tatt i redningsarbeid. En annen påvirkende faktor er struktur. Innenfor dette ligger ledelse, kommunikasjon, prosedyrer og stress. Ambulansetjenesten er i høy grad prosedyrestyrt. Oppgaven vil gå inn på hvordan innsatspersonell utfører prosedyrer når situasjonen er preget av kompleksitet, usikkerhet og tidspress.

Behovet for ytterligere forskning på om teamarbeid innenfor akuttmedisin og redningstjeneste, kombinert med min personlige interesse, er motivasjonen for å fokusere på både profesjonelle og frivillige aktører i redningstjenesten. Oppgavens problemstilling er som følger:

*Hvilke premisser setter struktur, beslutningsprosesser og situasjonsforståelse for teamarbeid i redningstjenesten?*

## **Formål**

Å utforske hva som påvirker teamarbeid i kritiske situasjoner vil være relevant for flere sektorer annet enn prehospitale tjenester. Selv om studien hovedsakelig tar utgangspunkt i to ressurser i redningstjenesten, er oppgaven sitt formål at resultatene kan adopteres til andre arenaer, for eksempel andre offentlige etater eller industrien. Studien kan også gjøre seg gjeldende i tilfeller hvor personell ikke arbeider fulltid som innsatsmannskap, men som eksempelvis har særskilt ansvar ved uønskede hendelser (typisk for industrien) eller hvor man

uforventet kan havne i krisesituasjoner. Teamarbeid er svært utbredt i arbeidslivet, og oppgavens funn må ikke nødvendigvis sees i sammenheng med kritiske situasjoner.

### **Oppgavens avgrensninger**

Datainnsamlingen ble utført ved to ambulansestasjoner som ligger under Stavanger Universitetssykehus (heretter kalt SUS). som har til felles at de ansatte arbeider 24-timersskift. Skiftdeling praktiseres på ulike måter for hver enkel ambulansestasjon, hvor vakter på eksempelvis åtte timer og tolv timer også kan forekomme. En skiftordning som utgjør en arbeidsdag med et helt døgns varighet er en konsekvens av at man ikke har samme oppdragsmengde som for eksempel større byer. Ved enkelte stasjoner ville det vært uholdbart å ha en slik lengde på arbeidsdagen siden frekvensen på oppdrag er mye høyere enn hva den er i enkelte av distriktene. En svakhet ved oppgaven kan være at det ikke er tatt høyde for skiftordningens effekt på oppgavens funn.

I tillegg har feltarbeidet bygget på to stasjoner som geografisk sett befinner seg ute i distriktet. Dette betyr et område med vesentlig færre innbyggere, og dermed færre oppdrag, enn hva som er tilfelle i en by på størrelse med eksempelvis Sandnes. Særlig én av stasjonene opplever svært få røde oppdrag (se forklaring av ulike hastegrader i neste kapittel), og de har samtidig en klar overvekt av grønne oppdrag. Datainnsamlingen kan ha blitt preget av denne begrensningen. Hverdagen for stasjonen med få oppdrag (i alle kategorier) er i stor grad preget av transportoppdrag, herav forflytning av pasient mellom for eksempel lege, legevakt, sykehus eller hjemmet. Oppgavens tema er teamarbeid i kritiske situasjoner, og observasjonene ved stasjonen med få oppdrag kunne dermed ikke i like høy grad bidra med relevant data. Likevel er ikke dette ensbetydende med svakheter ved studien. Dersom man legger til grunn en overføringsverdi til andre, lignende kontekster, så kan man argumentere for at Norge har en spredt befolkning, og at en slik situasjon er en realitet svært mange steder her i landet. Samtidig er det ønskelig med en overføringsverdi til andre kontekster, slik som industrien eller andre situasjoner som krever hurtig respons ved uønskede hendelser.

### **Oppgavens oppbygning**

Kapittel to vil redegjøre for oppgavens kontekst, med en forklaring av henholdsvis den frivillige redningstjenesten og den profesjonelle ambulansetjenesten. Dette kapittelet utfyller innledningen. Kapittel tre vil utdype det teoretiske rammeverket som omgir oppgaven. Kapittel fire vil redegjøre for metodikken som har blitt benyttet for å samle inn empiri og å

svare på problemstillingen. I kapittel fem presenteres de funn som oppgaven har kommet fram til, og i kapittel fem vil disse funnene drøftes opp mot valgt teori. En konklusjon vil presenteres i kapittel seks. Til slutt vil man finne en referanseliste. Informasjonsskrivet som ble sendt til assisterende ambulansesjef og seksjonsleder for ambulansetjenesten følger som vedlegg 1, etterfulgt av intervjuguiden som vedlegg 2.

## II Oppgavens kontekst og begrepsavklaring

For å kunne forstå oppgavens kontekst er det nødvendig med en kort forklaring av de involverte aktørene. Her vil det redegjøres for Røde Kors Hjelpekorps som frivillig aktør i redningstjenesten, samt den profesjonelle ambulansetjenesten. Begrepsbruk som er nødvendig for å forstå oppgaven vil også forklares. Det er også hensiktsmessig å oppklare et begrep som leseren vil møte gjennom hele oppgaven. *Hjelpekorps* er å foretrekke ovenfor *Røde Kors*, fordi majoriteten av medlemmer i Røde Kors er engasjert på andre områder enn i hjelpekorps, for eksempel i omsorgsaktiviteter eller i Røde Kors Ungdom. Eksempelvis har lokalforeningen Stavanger Røde Kors ca. 2600 medlemmer (Stavanger Røde Kors, 2014), hvorav rundt 80 personer er medlemmer i hjelpekorps. Det er dermed viktig å være klar over skillet mellom avdelingen *hjelpekorps* og Røde Kors for øvrig.

### Den frivillige redningstjenesten

Redningstjenesten i Norge består av et betydelig innslag av organiserte frivillige. Paraplyorganisasjonen FORF<sup>1</sup> organiserer disse frivillige organisasjonene; Røde Kors Hjelpekorps, Norsk Folkehjelp Sanitet, Norske Redningshunder, Redningsselskapets Sjøredningskorps, Rovernes Beredskapsgruppe, NAKs flytjeneste, Norske Alpine Redningsgrupper, Norsk Grotteforbund og Norsk Radio Relæ Liga (FORF, 2014). De frivillige bidrar ved søk og redning hele året i ulikt terreng. Et av bidragene er også ambulansetjeneste, hvor kvalifiserte frivillige opererer med egne ambulanser. Blant organisasjonene som driver ambulansetjeneste finner vi Røde Kors Hjelpekorps, Norsk Folkehjelp Sanitet og Rovernes Beredskapsgruppe. Bare i Sør-Rogaland opererer de frivillige tolv ambulanser<sup>2</sup>. Den frivillige ambulansetjenesten er et supplement til den profesjonelle tjenesten. Dersom en større uønsket hendelse skulle oppstå vil også de lokale frivillige (herav ambulanser) bli benyttet etter behov. Dette har blitt tydeliggjort i forskrift om kommunal beredskapsplikt tilhørende Sivilforsvarsloven, hvor det fremgår at relevante aktører skal inkluderes i arbeid med risiko- og sårbarhetsanalyser. Med denne analysen som grunnlag skal kommunen i følge §7: ”*øve sammen med andre kommuner og relevante aktører der valgt scenario og øvingsform gjør dette hensiktsmessig*” (Forskrift om kommunal beredskapsplikt). Organisasjoner tilhørende blant annet FORF anerkjennes som en relevant bidragsyter ved

---

<sup>1</sup> Frivillige Organisasjoners Redningsfaglige Forum

<sup>2</sup> Tall fra områdeleder i Sør-Rogaland og LRS-representant FORF

beredskapsarbeid. Bruken av frivillige ved redningsarbeid har fått økt fokus, noe som har blitt tydeliggjort ved justering av Sivilforsvarsloven og dens forskrift i 2010.

I denne oppgaven vil det fokuseres på rednings- og leteaksjoner utenfor bynære strøk, og primært på vinterstid. Årsaken til dette er at slike aksjoner ofte er mer krevende og gir et bedre innblikk i redningsarbeid enn hva en leteaksjon i et byområde vil gjøre. I tillegg vil man oftere se at flere av medlemmene med lang erfaring stiller ved aksjoner utenfor bynære strøk fordi slike aksjoner ofte har en mer langvarig karakter, og vær, vind og lende spiller en større rolle. Hjelpekorpsene har en stående ordre<sup>3</sup> som betyr at man i teorien er i beredskap hele døgnet, 365 dager i året. Ordren forklarer blant annet hvilke krav som er satt for oppmøte på leteaksjoner. Ved søk utenfor bynære strøk skal medlemmene ha bekledning, mat og drikke for å kunne klare seg selv i opptil 24 timer før man får forsyninger. Ved søk i bynære områder er regelen normalt tolv timer.

Oppgaven sine informantene fra hjelpekorpsene har godkjent ambulanspersonellkurs etter Røde Kors sine retningslinjer. Ikke alle medlemmer i hjelpekorpsene har denne kvalifikasjonen. Årsaken til at informantene er valgt ut på dette grunnlaget er at man må ha ambulanspersonellkurs for å kunne kjøre snøscooter (heretter bare omtalt som scooter) for Røde Kors i de aktuelle korpsene. Dersom hjelpekorpsene skal rykke ut for å bistå i enten søks-, rednings- eller henteoppdrag kommer det vanligvis en melding fra politiet eller AMK<sup>4</sup>. Ulike prosedyrer må følges ut ifra hvilke oppdrag man får melding om, men grunnet innstramming i kjøretillatelse for snøscooter i verneområder er man avhengig av å få et oppdrag fra enten politiet eller AMK for å få tillatelse til å kjøre i verneområdet. Enkelte områder i Rogaland faller inn under verneområder. Dersom hjelpekorpsene mottar melding fra publikum som gjelder ønske om bistand, må oppdraget være godkjent og registrert av for eksempel nødtelefon før hjelpekorpsene kan starte på oppdraget. Dersom det er et helseoppdrag (og ikke søk etter savnet person) må man få avklart oppdraget med AMK ved å få det registrert i AMIS<sup>5</sup> før man har tillatelse til å kjøre scooter i verneområder.

## **Den profesjonelle ambulansetjenesten**

Den profesjonelle ambulansetjenesten befinner seg i et fagmiljø som er i stadig utvikling. Ambulanspersonellet sin plass i hierarkiet har vært en blanding av redningsarbeidere og helsearbeidere. Til sammenligning vil ansatte ved et akuttmottak som oftest ha kjente

---

<sup>3</sup> Ordre gitt på forhånd som omhandler bestemmelser ved lete- og redningsaksjoner

<sup>4</sup> Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral

<sup>5</sup> Akuttmedisinsk Informasjonssystem

omgivelser rundt seg idet en stressende situasjon oppstår og adrenalinet øker. Ambulansepersonell har, i motsetning til dette, et daglig miljøskifte ut i fra hvilke oppdrag man får. De arbeider både tverrfaglig og tverrsektorielt, og ved eksempelvis trafikkulykker vil samarbeid med andre nødetater være uunngåelig. På samme vis vil interaksjon med andre profesjoner finne sted ved avlevering av pasient på legevakt eller sykehus. Hverdagen som ambulansepersonell er uforutsigbar, og man kan aldri vite hva som møter en. For å bli ambulansarbeider er det i dag vanlig med videregående opplæring, hvorav to år på skole og to år i lære før man går opp til fagprøve. Alternativt kan man gjennomføre vikarkurs. Ambulansepersonell som har vært i tjeneste over lengre tid har som oftest variert bakgrunn og utdanning. I oppgaven vil begrepet ambulansetjenesten eller ambulansepersonell vil bli brukt om denne profesjonelle tjenesten.

Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) er en svært relevant aktør i denne sammenhengen. Det finnes nitten AMK-sentraler i Norge i dag. Ved oppringing til det medisinske nødnummeret 113 er det AMK som besvarer anropet. Oppgaven til AMK er å:

*”...håndtere henvendelser om akuttmedisinsk bistand, skal prioritere, iverksette, gi medisinsk faglig råd og veiledning og følge opp akuttmedisinske oppdrag, herunder varsle og videreformidle anrop til andre nødetater og eventuelt hovedredningsentralene, samt varsle andre AMK-sentraler som er berørt, skal styre og koordinere ambulanseoppdrag” (Bruun, 2014).*

Internt i ambulansetjenesten organiseres teamsammensetningen normalt slik at to og to kjører sammen, hvor rollene er ambulansesjåfør og sidemann. Enkelte ganger har man også med seg en tredjemann. I denne konteksten skiftet stort sett kollegaene på å bytte roller for annen hver tur. Begreper som *å kjøre sammen* eller *å være på bilen sammen* henviser til teamet som bemanner en ambulanse. Normalt er fartøysjefen den som har lengst erfaring. Denne ledelsesmodellen gjelder også hvis flere ambulanser arbeider sammen på et skadested.

## Begrepsavklaring

Det er også hensiktsmessig å forklare enkelte begrep som vil dukke opp i oppgaven.

**ABC:** Det vil henvises til begrepet ABC, eventuelt ABCDE. Dette stammer fra grunnleggende førstehjelp (Morgan-Jones & Hodgets, 1999) , og forkortelsen står for:

Airways – luftveier

Breath – pust

Circulation – sirkulasjon

Disability – bevegelighet

Exposure – hva pasienten er eksponert for

Denne forkortelsen danner en sjekklister som viser til de viktigste funksjonene for pasienten, hvorav A er den viktigste, dernest B og så videre.

**Delegering:** Ambulansepersonell kan få delegert myndighet fra behandlingsansvarlig lege (NOU 1998:9) til å gi enkelte akuttmedikamenter. Dette omtales som ”å ha delegering”, ettersom dette er en ekstra kvalifikasjon ambulanspersonell kan ta.

**Hastegrad:** Oppdrag deles inn i tre ulike hastegrader; rød, gul og grønn, i følge Definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjeden (2012).

- Rød forteller at det er et akutt oppdrag hvor ”*de vitale funksjoner kan være truet eller manifest forstyrret*” i følge Definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjeden (2012, s. 15). Lege skal alarmeres. Et eksempel på dette er hjertestans, som ambulanspersonell ofte bare refererer til som *stans*.
- Gul hastegrad skal iverksettes med en gang, og dette gjelder en antatt alvorlig tilstand der de vitale funksjonene kan bli truet.
- Grønn hastegrad forteller at tidsaspektet ikke er avgjørende sett ut i fra et medisinsk syn, og tilstanden kan vurderes av lege ved første passende anledning i følge definisjonskatalogen .

Triagering (av triage som betyr sortere) er et prioriteringssystem for pasienter når man har flere skadde av ulik hastegrad.

**NLA:** Luftambulansetjenesten i Stavanger opereres av Norsk Luftambulans AS, og forkortes ofte til NLA.

### **III Teori**

I dette kapittelet vil oppgavens teoretiske rammeverk presenteres. For å kunne utvikle og besvare en problemstilling er man avhengig av teoriperspektiver som muliggjør dette. Først vil det kort redegjøres for begreper som står sentralt i oppgaven. Deretter vil teorikapittelet deles i følgende seksjoner;

- 1) strukturelle forhold
- 2) stress
- 3) beslutningsprosesser
- 4) situasjonsforståelse

Disse fire seksjonene har mange likhetstrekk og perspektivene må ses i sammenheng med hverandre for å forstå oppgavens teoretiske grunnlag. Perspektivene er ikke uttømmende, og en begrensning har blitt gjort for å tilpasse teoriene til oppgavens kontekst. Hvert underkapittel vil beskrive denne avgrensningen. Teoriene som dekker de fire seksjonene har blitt valgt ut etter en gjennomgang av relevant litteratur. Ut i fra problemstillingen ble det gjort en seleksjon av teoriperspektivene som vil bli presentert i dette kapittelet.

#### **Begrepet *krisesituasjon***

I denne studien vil jeg undersøke hva som foregår under kritiske situasjoner og hendelser som oppleves som stressende. Teorier relatert til kriser vil være naturlig å ta utgangspunkt i. Krise preges av tre faktorer; en alvorlig trussel, tidspress og høy grad av usikkerhet. Når en krise oppstår kreves det rask beslutningstaking og umiddelbar respons (T Hart, Rosenthal & Kouzmin, 1993). Oppgavens kontekst kan relateres til dette, selv om begrepet krise normalt sett ikke benyttes som en betegnelse på hverdagen til ambulansetjenesten. Pasientens tilstand kan ansees som en alvorlig trussel, og det kan føre til tidspress. Usikkerhet vil kunne gjøre seg gjeldende i flere ledd under behandling og avlevering. Legger man til grunn beskrivelsen av krise som nevnt her, vil man dermed se likhetstrekk mellom kriser og redningstjenestens hverdag.

Valget om å fordype seg i hjelpekorpsets kontekst er også gjort på bakgrunn av krisebegrepet. Det tas utgangspunkt i hendelser og erfaringer som har kommet fra aksjoner på fjellet og hovedsakelig på vinterstid eller i forbindelse med annet krevende føreforhold. Slike hendelser vil ha karakteristikk tilsvarende en krise, hvorav særlig tidspress preger situasjonen.

## **Begrep team**

I krisesituasjoner er det svært vanlig å benytte team i responsarbeidet. En ulykke krever samhandling fordi situasjonen overgår individuelle kapasiteter (Eriksen, 2011). Team skiller seg fra grupper ved at de som inngår i teamet har ulike roller eller kompetanse. I et team vil man også være mer avhengig av hverandre enn hva en gruppe nødvendigvis vil være. *”Med økende grad av fagspesialisering er team blitt et viktig verktøy for å mestre sammensatte og komplekse problemstillinger på en effektiv og sikker måte”* (Eriksen, 2011, s. 16). Formålet kan eksempelvis være å fungere som et team, men det er likevel ikke gitt at det er nettopp dette som finner sted. Når vi går fra individnivå til gruppenivå skal i utgangspunktet et økt stressnivå føre til økt prestasjonsnivå ettersom situasjonen krever mer enn individuelle responser, påstår Weick (1990). Dette er betinget av at individene slutter seg til hverandre som et team i stedet for en samling av enkeltpersoner. Hvis et mannskap ikke opptrer som et team vil de være preget av et kurvlinære forhold mellom stress og prestasjoner (Weick, 1990). Et team vil derimot ha en lineær sammenheng mellom stress og prestasjoner, *”because teamwork lowers task complexity”* (Weick, 1990, s. 580). En svært stressende situasjon vil kunne bli løst av et team, dog forutsetter den lineære sammenhengen at man fungerer sammen som et team, og ikke bare flere individer. *”Teamets prestasjon er en prosess på flere nivåer som fremkommer av medlemmenes individuelle og samhandlende prosesser”*(Eriksen, 2011, s. 16).

## **Strukturelle forhold**

Struktur vil i denne konteksten henvise til formelle og uformelle prosesser som omgir teamet både i forkant og mens det er ute på oppdrag. Det vil fokuseres blant annet på prosedyrer, rutiner, planlegging og roller.

## **Teamarbeid i innsats**

I følge Eriksen (2011) karakteriseres gode team blant annet av egenskaper som: 1) et høyt kunnskaps- og kompetansenivå, samt problemløsningsferdigheter, 2) målforpliktelse, 3) teamfølelse og en støttende kultur, 4) samhold preget av tillit, lojalitet, ærlighet, og 5) kunnskap om forhold som har å gjøre med teamets oppgaver. Dette er menneskelige faktorer

som vil være relevant for oppgavens kontekst, noe som vil utdypes senere i oppgaven. Luftfartsindustrien var blant de første som vektla relevansen av den menneskelige ressursen, og dermed vokste det fram en ny måte å trene team på, kalt *Crew Resource Management* (også kalt *cockpit resource management*) (Flin, 1996). Carne, Kennedy og Gray (2012) kaller derimot denne metoden for *crisis resource management* i sin artikkel om akuttmedisin. Metodikken blant disse er i høyeste grad lik, uavhengig av hvilken tittel man benytter seg av. I denne oppgaven vil metoden forkortes til CRM, slik den generelt blir henvist til i litteraturen.

Det menneskelige aspektet ble grundigere utforsket etter hvert som stadig flere årsaker til flyulykker ble tilskrevet menneskelig feil (Flin, 1996). Særlig i løpet av 70-tallet ble det gjennomført studier som avdekket et behov for å trene team i ikke-tekniske ferdigheter (Eriksen, 2011). Dette skal ikke gå på bekostning av rene tekniske ferdigheter, som anses som komplementære til de menneskelige faktorene. Industrier som har stått i førersetet for denne måten å tenke på har hovedsakelig vært luftfart, kjernekraft og romfart. Carne et al. (2012) vektlegger teamets mål, oppgaver, miljø og individuelle roller og ekspertise som avgjørende for effektivt teamarbeid. Kjernen i CRM er at team som er gode i for eksempel kommunikasjon, selvsikkerhet, stresshåndtering og teamholdning arbeider mer effektivt og feilfritt (Eriksen, 2011). CRM er spesielt tiltenkt teamarbeid innenfor komplekse oppgaver med høy risiko og opplevd tidspress. Dette samsvarer med oppgavens kontekst i aller høyeste grad. I de følgende avsnittene vil faktorene som kjennetegner CRM bli utdypet og koblet sammen med øvrige teorier om teamarbeid. I dette kapittelet er ikke-tekniske teamferdigheter mye knyttet til strukturelle forhold. Oppgavens kontekst gjør at CRM blir tolket i en bred forstand, og dette vil bli utdypet underveis. Det er benyttet et bredt kildegrunnlag for å redegjøre for struktur og teamarbeid. Eriksen (2011) beskriver teamtrening direkte relatert til krise- og ulykkeshåndtering, og dette er i tråd med oppgavens kontekst. Dette må likevel ses i sammenheng med andre, supplerende teorier, ettersom forfatteren har et til dels enkelt blikk på teamtrening. Weick (1990) og Flin (1996) bidrar med tyngre og grundigere teorier som kan utfylle Eriksens (2011) bok om operative team.

### **Kjenn dine omgivelser**

Både det fysiske og det kulturelle og organisatoriske miljøet er av relevans (Carne, et al., 2012). For redningsmannskaper er det avgjørende at de kjenner til miljøet de opererer i. I mange tilfeller kan dette være utfordrende ettersom de ikke arbeider på en fast plass, slik som

ved et akuttmottak på et sykehus. Lokalkunnskap og kjennskap til nærområdet vil være en styrke. For ambulanspersonell vil kjennskap til og bruken av utstyr og bilen være avgjørende for å kunne arbeide effektivt. Et logisk system og godt merket utstyr på innsiden av bilen vil også bidra til en raskere respons (Carne, et al., 2012). Distrahering er et svært vanlig problem, likevel forstyrrer ikke det rutineene i stor grad. Derimot førte problemer med utstyr til forstyrrelser, dersom utstyret var nødvendig for å gjennomføre prosedyren (Catchpole et al., 2007).

Utenom det fysiske miljøet er det også nødvendig å ha kunnskap om de menneskelige ressursene som eksisterer i omgivelsene. Med dette menes både hvilke rolle personene har og grad av ekspertise (Carne, et al., 2012). Delegering av oppgaver og kommunikasjon mellom de involverte innebærer at man har en forståelse for hvilke kapasiteter teamets medlemmer har. Koordinering av team avhenger å ha oversikt over nettopp dette, særlig dersom man arbeider i multidisiplinære miljøer. Teamledelse appellerer til samtlige medlemmer i teamet, ofte fordi teamets karakteristikk tilsier at man avhenger av at alle medlemmene bidrar. *”Det er derfor i mange sammenhenger en fordel om alle i teamet kjenner ledelsesprinsipper”* (Eriksen, 2011, s. 54). Dette støttes av Carne et al. (2012) som mener at deltakelse i beslutningsprosesser kan fremme graden av teamfølelse, følelsen av å utfylle hverandre, samt redusere avstand mellom medlemmene. Dette bidrar til å skape et mer integrert, profesjonell og velfungerende team (Carne, et al., 2012).

### **Forutseing, deling og justering av plan**

Evnen til å se fremover henger tett sammen med planlegging. Dette gjelder særlig i situasjoner preget av at det haster og en høy alvorlighetsgrad. Å fastsette og å tydeliggjøre planen kan bidra som et ledd i læringsprosessen for teamarbeid. Resultatet av grundig informasjonsutveksling er fremveksten av felles mentale modeller, altså bildet en har på situasjonen som er et resultat av en mental simulering (Eriksen, 2011). Dette bildet er en dynamisk forestilling av virkeligheten som vil avhenge av individets kunnskapsstruktur, for eksempel hvordan man rangerer og vektlegger informasjon. Mental simulering er altså individavhengig, og ulike personer kan ha ulike grunnlag for beslutningene som blir tatt. Når hele teamet deler en felles mental modell vil de samarbeide mer effektivt mot å oppnå målene for oppdraget. Gjennom briefing og åpen dialog kan leder skape rom for felles mentale modeller (Carne, et al., 2012). Nettopp en felles forståelse av situasjonen er spesielt viktig i redningstjenesten. Krevende situasjoner er ofte preget av høy grad av usikkerhet. Dette kan

medføre at mannskapet føler de ikke får brukt sin erfaring. Dette kan igjen føre til en følelse av at ingenting gir mening, noe som kan få enhver teamsammensetning til å rakne (Weick, 1993).

Dersom man planlegger med hensyn til fremtiden kan man redusere påvirkningen som blant annet sult, sinne, utmattelse, forsinkelse og stress kan ha på ytelsen til teamet sine medlemmer (Carne, et al., 2012). *"In addition to planning for anticipated events, a sharing of this plan with others involved in its implementation is conducive to effective action"* (Carne, et al., 2012, s. 9). Carne et al. (2012) påpeker at i forbindelse med pasientbehandling er det avgjørende at det forekommer kontinuerlig observasjon, vurdering og formidling av pasienten sin tilstand for å kunne forutse og takle uforventet forverring av pasienten sin tilstand (2012). Underveis må man ikke låse seg fast i førsteinntrykket som ble dannet, for planlegging er en prosess som følger oppdraget til det avsluttes. Tidligere diagnoser eller antakelser bør man ha en naturlig skepsis mot, for å sikre seg mot forutinntatthet. Carne et al. (2012) tar utgangspunkt i akuttmedisin og inkluderer derfor elementer fra denne disiplinen inn i CRM-teorien. Forfatterens perspektiv er dermed relevant for oppgavens kontekst.

### **Sikre tydelig rollefordeling**

Lederen sin rolle er en kritisk funksjon innad i et team. Lederstil bør være preget av deltakelse, men en autoritær stil må tas i bruk i situasjoner preget av høyt tidspress (Carne, et al., 2012). I kritiske situasjoner har lederrollen tre funksjoner, i følge Carne et al. (2012). Først og fremst tildeling av roller og tilhørende forventninger fra de involverte. Dernest en etablering av teamets persepsjon og forståelse av situasjonen. Til sist skal lederen ha en oversikt over omgivelsene slik at teamet kan arbeide optimalt og slippe å oppleve overraskelser. Disse karakteristikkenes fratar ikke øvrige teammedlemmer for ansvar – informasjon går flere veier. Dette støttes av blant annet Eriksen (2011) og Flin (1996). Flin beskriver hvor avgjørende det er at informasjonen som blir gitt er nøyaktig, relevant, fullstendig og gitt tidsnok. I tillegg er det nødvendig at de involverte ser sin rolle i samspill med andres rolle. Dette er særlig relevant innenfor nødetatene hvor mannskapene jobber i den skarpe enden (Flin, 1996).

Weick (1990) viser til begrepet gruppesynergi som noe som spinner ut i fra interaksjon mellom gruppen sine medlemmer, hvor synergien vil påvirke hvordan gruppen takler krav og muligheter. Dette er i tråd med Eriksen (2011) som vektlegger teamfølelse som en betydelig bidragsyter til teamet sine prestasjoner.

## Effektiv kommunikasjon

Kommunikasjon kan beskrives på utallige måter. Carne et al. (2012) definerer effektiv kommunikasjon som å distribuere nødvendig informasjon til teamet sine medlemmer og å tilrettelegge for kontinuerlig oppdatering av felles mentale modeller. Kommunikasjon blir beskrevet som noe av det som driver dynamikken i problemløsningsprosessen (Comfort, 1988). Årsakene til hvorfor det oppstår problemer kan være mange. Støy eller språkproblemer kan vanskeliggjøre informasjonsdelingen da budskapet ikke når fram. Ulik begrepsbruk eller fravær av et kritisk blikk på antakelser kan også bidra til problemer. Individuer besitter ulike biaser<sup>6</sup> og dette kan føre til ulike tolkninger av samme budskap (Carne, et al., 2012). En lukket kommunikasjonsløyfe kan sees på som en effektiv måte å bekjempe vanskeligheter med å dele informasjon. Det gjennomføres ved at mottaker tolker og kvitterer for budskapet, samtidig som sender forsikrer seg om at korrekt budskap er mottatt. En meget forenklet form kan eksempelvis være dobbeltkontroll av medikamenter for å kontrollere korrekt legemiddel og dosering (Carne, et al., 2012). Kommunikasjonsfeil er hovedårsaken til feil i pasientbehandling, påstår Carne et al. (2012). utfordringer i forhold til kommunikasjon vil bli videre utdypet i delkapittelet om situasjonsforståelse.

## Ekspert versus novise

Det er ikke uvanlig at det eksisterer en motstand mot å be om hjelp. Uerfarne kan være redd for å bli kritisert, og erfarne kan være redd for å bli stemplet som kunnskapsløse (Carne, et al., 2012). Rake (2003) påpeker at beslutningstaking på et ulykkessted er preget av at beslutningstaker *eier* problemet og således kan ingen andre overta ansvaret for å fatte en beslutning. Usikkerhet er en fremtredende beskrivelse av beslutningstaking i kriser, men økt stressnivå kan fremme teamet sin ytelse, så fremt teamet fungerer for øvrig (Weick, 1990). Teamet skal fungere sammen – og tidligere ble det gjort et poeng ut av at en krise krever respons som overgår individuelle ferdigheter. Å være klok eller vis betyr ikke nødvendigvis å kunne alle fakta, sier Weick (1993). Det handler i stedet om å vite, uten å være overdrevet selvsikker eller overdreven forsiktig. Visdom er en holdning basert på at sine verdier, tro, kunnskap, informasjon, evner og ferdigheter kan betviles, og samtidig forståelsen for at disse aspektene ikke er uttømmende for å kunne avdekke situasjonens kontekst (Weick, 1993).

---

<sup>6</sup> Bias: valg og vurderinger som avviker fra det som er korrekt.

Særlig gjelder dette på tvers av kollegaer eller andre etater og organisasjoner. For å få til et godt samarbeid må det tilrettelegges slik at teammedlemmene har forutsetninger for å be andre om informasjon, innspill, råd eller hjelp.

Rake (2003) viser til kompetansenivåene som Dreyfuss og Dreyfuss definerer som nybegynner, erfaren, kompetent og til sist ekspert. Etter hvert som man flytter seg fra nybegynner mot en ekspert vil man vite hva man bør gjøre ut i fra en forståelse som har blitt dannet over tid. Når ting går som normalt vil en ekspert arbeide intuitivt. Likevel kan både en nybegynner og en ekspert være avhengig av hjelp. En suksessfaktor for godt responsarbeid er i følge Rake (2003) å være informasjonssøkende, noe som forutsetter kommunikasjon med andre. Dermed er det særlig viktig at det gis rom for at eksperter kan være informasjonssøkende.

Westrum og Adamski (2009) forklarer at uerfarent personell kan lettere gjøre feil fordi:

- Beslutninger er basert på mangel på kunnskap, ukorrekte mentale modeller, eller fragmentert informasjon.
- Nye ansatte eller vikarer er ikke nødvendigvis en del av den hverdagslige dialogen og kan bli utelatt fra den uformelle praten som forekommer.
- Dersom man er under opplæring vil den som har ansvaret for veilede få økt arbeidsmengde, og vil dermed kunne lettere bli distrauert.
- Nye ansatte eller vikarer kan ha mindre eierskapsfølelse til arbeidsplassen.
- Dersom man gjør feil kan frykten for å havne i trøbbel føre til at man ikke retter opp feilen.

### **Å trene oppmerksomheten**

Situasjonsforståelsen blir fattigere dersom oppmerksomheten blir rettet mot et enkelt problem når man er stresset. Problemer med utstyr kan blant annet føre til at man slutter å fokusere på pasientens tilstand fordi man blir for opphengt i å få utstyret til å fungere igjen (Carne, et al., 2012). Oppmerksomheten kan også påvirkes av lite aktivitet. *”One of the key characteristics of ambulance control is that relatively routine behaviour is periodically interspersed with incidents that demand much higher levels of attention, but that the routine work must still be completed”* (Blandford & Wong, 2003, s. 421). Rutineoppgaver fører til en selektiv situasjonsforståelse, og detaljer får ikke like stor oppmerksomhet. Arbeidsoppgaver som oppleves som spesielle og utenfor den daglige rutinen vil derimot føre til et økt

oppmerksomhetsnivå. For å kunne oppfatte kritiske hint i den hensikt å kunne forutse mulige utfall kreves det årvåkenhet. Disse hintene kan ligge i bakgrunnen, og således kan det være av stor relevans hvis en klarer å spre oppmerksomheten utover flere områder. Det er altså av stor relevans å være god forberedt på at ens oppmerksomhet ikke skal låses fast. Blandford og Wong (2003) viser til cocktail-effekten hvor mennesket i et rom med mange andre kan flytte oppmerksomheten etter hvert som man oppdager mer interessante samtaler i rommet. Oppmerksomhet og hvilken informasjon man oppfatter vil diskuteres senere i kapittelet.

### **Planverk og distribuering av arbeidsmengde**

*”The appropriate delegation of tasks and involvement of other team members is a necessary step to maximizing situational awareness”* (Carne, et al., 2012, s. 11). Risikoen for å bli stresset kan minimeres ved hjelp av planlegging og etablering av systemer for å støtte teamet, særlig innenfor kommunikasjon, koordinering og beslutningstaking (Paton & Flin, 1999). Planverk som ligger til grunn for responsen bør være basert på omfattende analyser av operasjonelle krav. Dette planverket bør testes og revideres ofte ettersom det skal gjelde for spesielt krevende forhold. Ulik kompetanse og personlighet kan føre til en undergraving av strukturer i kriseresponsen. Slike ulikheter kan sees på som en styrke så fremt man erkjenner at det kreves forhandling, ledelsesstil tilpasset ulike teammedlemmer, og trening sammen med alle involverte (Paton & Flin, 1999). Eriksen (2011) skiller mellom ledersentrert og teamsentrert ledelse av team. Det første perspektivet går ut på at lederrollen har ansvaret for teamet sin effektivitet. Det andre perspektivet vektlegger kollektiv lederskap, hvor teamet selv blir enige om fordeling av oppgaver. Det vil ofte være en formell leder av teamet, men *”med økende krav til ledere i dynamiske omgivelser kan en kollektiv ledelsesmodell være effektiv”* (Eriksen, 2011, s. 61).

### **Stress**

Oppgavens kontekst fokuserer på stress som negative og uønskede aspekter ved krevende situasjoner. Stress stammer fra individets oppfatning av krav og ressurser (LeBlanc et al., 2012). Dersom ressursene oppfattes som tilstrekkelig for å imøtekomme kravene, oppleves situasjonen som en utfordring i positiv forstand. Idet kravene overstiger det ressursene kan tilby vil negativt stress oppstå. Når man står i fare for å ikke oppnå fastsatte mål vil dette føles som en trussel og føre til bekymring (LeBlanc, et al., 2012). Med dette som grunnlag vil stress

henge sammen med struktur, spesielt siden det er knyttet sammen med ressurser og arbeidsoppgaver.

### **Stress hos innsatspersonell**

Påvirkningen som stress kan ha på innsatspersonell har ofte blitt neglisjert (Mitchell, 1988). Dette støttes av Paton og Flin (1999) Over lengre tid har man oversett å erkjenne at stress påvirker innsatsmannskap som er tilstede i en krise (Mitchell, 1988). Erfaring og kompetanse alene er ikke tilstrekkelig for å forhindre effekten som stressende situasjoner kan gi. Få studier har fokusert på hvilken effekt stress kan ha på innsatsmannskapet sin måte å tenke og arbeide på (Paton & Flin, 1999). Mangel på denne kunnskapen har ført til at innsatspersonell ofte oppholder seg på ulykkesstedet over lang tid uten å bevisstgjøre seg risikoen for ettervirkninger, i følge Mitchell (1988). Fraværet av retningslinjer for denne type stress og arbeidsbelastning har gjort seg gjeldene under flere katastrofer, hvor man har sett redningsarbeidere på jobb i opptil 30-40 timer i strekk uten tilstrekkelig med søvn, mat og hvile. Uklare regler og/eller håndhevelse av eksisterende regler kan føre til en enorm belastning for mannskapene i innsats (Mitchell, 1988).

Retningslinjer må også tas i bruk før man får sett virkningen de kan ha. Et eksempel vil illustrere dette. Færre enn hva man anså som normalt rapporterte om ettervirkninger av stressrelaterte problemer etter en flyulykke i Cerritos 1986 (Mitchell, 1988). En proaktiv innsats fra ledelsen førte til at innsatspersonell fikk tilbud om debriefing både før de forlot ulykkesstedet og i ettertid. Dette er nevnt som en direkte årsak til hvorfor man fikk en mindre andel personell med negative ettervirkninger. Sannsynligheten for å gjennomføre debrief vil minke dersom gjennomføringen ikke er planlagt før hendelsen. Med andre ord må dette apparatet være på plass i forkant av en ulykke. Mitchell (1988) viser til forskning som tyder på at 20% av innsatspersonell som har opplevd en katastrofe vil ha symptomer på PTSD<sup>7</sup> i seks til tolv måneder etter hendelsen. Omtrent ti prosent vil oppleve at katastrofen setter langvarige, dype spor etter seg.

### **Konsekvenser av stress**

Stress fører til økt bekymring og økt kortisonnivå i kroppen. Dette har blitt satt i sammenheng med svekket hukommelse, oppmerksomhet og evne til å ta beslutninger (LeBlanc, et al.,

---

<sup>7</sup> Posttraumatisk stresslidelse, av engelsk: post-traumatic stress disorder.

2012). Likevel er ikke dette ensbetydende at det forekommer i alle stressende situasjoner. Kroppens reaksjoner på stress kan bli forsterket hvis ens fysiske form er redusert av for eksempel forkjølelse eller trøtthet (Paton & Flin, 1999). Den psykiske helsen vil også spille inn. Weick (1990) viser til Mandler som påstår at forstyrrelser iverksetter aktivitet i det autonome nervesystemet. Forstyrrelser blir beskrevet som *"any event, external or internal to the individual, that prevents completion of some action, thought sequences, plan, or processing structure"* (Weick, 1990, s. 577). Konsekvensen av dette er en reduksjon i kapasiteten for informasjonsbehandling, som igjen fører til en mindre effektiv tankeprosessering av komplekse situasjoner. Nervesystemet konsumerer i tillegg mer glukose enn andre deler av kroppen, og krevende mentale aktiviteter bruker mye glukose, påstår Kahneman (2011). Stress er en avbrytelse som signaliserer fare. I utgangspunktet er det ikke farlig, men hvis trusselen og oppstyret ikke bearbeides, vil bevissthetsnivået og kognitive aktivitet påvirkes (Weick, 1990). Oppløsning av teamet sin struktur kan føre til stress og panikk (Weick, 1993), og dette beskrives som *"the mutual ties have ceased to exist, and a gigantic and senseless fear is set free"* (Weick, 1993, s. 636).

Flin (1996) beskriver det man blir utsatt for i kritiske situasjoner som akutt stress. Situasjoner som individet oppfatter som særskilt krevende eller utfordrende vil kunne skape mye energi fordi hjernen forteller kroppen at man må enten flykte eller kjempe (Flin, 1996). Hormoner som for eksempel adrenalin utløses i kroppen, og hjertet vil pumpe raskere. Dette fører til høyere blodtrykk og en høyere pustefrekvens. Kroppen vil samtidig senke funksjoner som ikke er vitale, som blant annet fordøyelse. Flin (1996) påpeker at i moderate mengder vil denne reaksjonen kunne gi positive effekter på innsatsmannskap og ytelse. Det vil likevel være negative sider forbundet med påvirkningen som akutt stress har, ettersom effektene er krevende for kroppen.

### **Implikasjoner for ambulanspersonell og frivillige hjelpemennskaper**

Resultater fra studien til LeBlanc et al. (2012) viser at det ble gjort flere feil av ambulanspersonell i situasjoner hvor en opplever høyt stressnivå. Akutt stress fører til begrenset minne, noe som igjen fører til en negativ påvirkning på evnen til å rekonstruere informasjon fra hendelsen. Rekonstruering av minnet påvirkes av forventninger av hva som skal skje i en gitt situasjon. *"An individual's knowledge is represented as a set of schemas, mental structures that represent some aspect of the world that can set expectations as to what one would expect in a particular situation"* (LeBlanc, et al., 2012, s. 372-373). Under denne

meningsdanningen vil disse forventningene påvirke ens ytelse ved å hjelpe individet med å gjenkjenne detaljer i en gitt situasjon. Artikkelen påstår at mennesket stoler i høy grad på denne rekonstrueringsprosessen under akutte, stressende situasjoner. En svakhet ved artikkelen er at data ikke er samlet inn under reelle hendelser, ettersom dette skaper store praktiske utfordringer. Fordelen er at artikkelen tar utgangspunkt i en kontekst lik denne oppgaven.

Konsekvenser av disse funnene bør føre til at ambulanspersonell blir følelsesmessige og psykologiske forberedt på akutte, stressende situasjoner, i følge LeBlanc et al. (2012). Innsatsmannskaper må forberedes mer på hvordan stress kan påvirke utførelse av jobben. Noe av det mest sentrale innenfor stresshåndtering er å skape rom og en bevissthet for å gi beskjed om at man kan være uskikket til å utføre jobben fordi man er redusert av stress og andre nevnte faktorer. Utarbeidelsen av solide regler og prosedyrer vil også bidra til å gi en trygghetsfølelse i krevende og tvetydige situasjoner. Årsaken er at det gjør at man får evnen til å takle situasjonen, det initierer starten på arbeidet, og de vil redusere følelsen av stress (Flin, 1996). For å oppnå følelsen av mestring kreves det at man har en viss grad av kontroll over hendelser. *“Keep calm or you lose it straight away. You must have performed contingency plans in your own mind, i.e. thought out possible scenarios and responses before incidents occur”* (Flin, 1996, s. 117). En av de viktigste, men ikke den mest kjente, funksjonen til regler og prosedyrer er å bidra til beslutningstaking samtidig som de bidrar til å redusere følelsen av stress.

Stress er, i likhet med beslutningstaking, et bredt område som er godt utforsket med tiden. I dette delkapittelet vektlegges blant annet LeBlanc et al. (2012) som gir et godt bilde på stress ettersom artikkelen tar utgangspunkt i prehospitale forhold. Øvrige teorier tar også utgangspunkt i innsatspersonell i kritiske hendelser, noe som fører til at teoriene har en grunnleggende forståelse for redningsarbeidet sin kontekst. En svakhet med dette kan være vanskeligheter med å forske på innsatsmannskap i reelle situasjoner, og det empiriske grunnlaget til mange av teoriene baserer seg på kunstige situasjoner eller intervjuer med innsatsmannskap i etterkant av hendelser.

## **Beslutningsprosesser**

Tradisjonell beslutningstaking gir en dårlig beskrivelse av beslutningssituasjonen som preger kriser (Flin, 1996). Kunstige situasjoner med lite verdier på spill og lite tidspress gjør at slike

beslutningsteorier ikke kan benyttes i oppgavens kontekst. Siden 80-tallet har naturalistiske beslutningsteorier vokst fram (Flin, 1996). Eriksen (2011) argumenterer for at slike teorier er bedre tilpasset beslutninger i kriser. Disse teoriene legger til grunn følgende karakteristikk på en beslutningssituasjon: 1) dynamiske og kontinuerlig forandringer, 2) nærhet i tid til disse forandringene, 3) vage mål og tvetydige oppgaver, og 4) kunnskapsrike mennesker (Flin, 1996). Rake (2003) beskriver beslutningstaking i dynamiske situasjoner med følgende karakteristikk:

- en serie av beslutninger må tas for å nå ett eller flere mål
- beslutningene er ikke uavhengige av hverandre
- situasjonen vil forandres underveis
- beslutningene må tas umiddelbart, og ikke når beslutningstakeren selv ønsker.

### **Beslutninger i kriser**

Den mest brukte beskrivelsen av beslutningstaking i kriser er at det skjer under usikkerhet (Rake, 2003). For innsatsmannskaper kan det være svært utfordrende å foreta vurderinger og prestere under høy grad av usikkerhet. Analyser av ytelse til maskineri og systemer har røtter langt tilbake i tid. Menneskelig ytelse har derimot ikke blitt utforsket på lik linje. Rasmussen (1983) argumenterer for at man trenger verktøy for å forstå menneskelig adferd, og han skiller mellom tre nivåer; ferdighetsbasert, regelbasert og kunnskapsbasert adferd. Når man utfører oppgaver basert på automatikk og uten å nevneverdig bevisstgjøre seg selv på handlingene, kaller man det ferdighetsbasert adferd. Idet rutiner og kjente situasjoner blir kontrollert av erfarte prosedyrer går man over til en mer regelbasert tilnærming til adferd. Disse reglene eller prosedyrene har mennesket selv opplevd og tilegnet seg erfaringer av. Adferd blir da målorientert, men det struktureres av kontroll gjennom regler man har bevisst laget seg selv. Skillet mellom den ferdighetsbaserte og regelbaserte tilnærmingen kan være utydelig, men i all hovedsak handler regelbasert adferd om kunnskap som kan forklares av individet selv. Ferdighetsbasert adferd minner om taus kunnskap i den form at man ikke beskriver hva man gjør eller hvorfor. Med dette menes det at man foretar valg uten å kunne gi et kritisk blikk på hvorfor, nettopp slik man ville forklart taus kunnskap med hvordan man sykler. I denne konteksten vil ikke dette nødvendigvis gi et bilde på at man har gode kunnskaper. I stedet har mange regler for hvordan man utfører oppgaver, uten å kunne reflektere over hvorfor disse reglene har blitt dannet.

Dersom situasjonen man møter er ukjent og tidligere erfaringer ikke gir tydelige regler, er man avhengig av at adferden baseres på et høyere nivå. Her vil adferd være målkontrollert og kunnskapsbasert. Alternativer for måloppnåelse vil bli vurdert mot hverandre, gjerne via mentale modeller eller ved å prøve og feile. Beslutningstakeren vil foreta et valg ved å vurdere alternativer mot målet. Her ser vi likhetstrekk mellom Rasmussen (1983) og Klein (1989) sin modell for beslutningstaking basert på gjenkjenning. Teorien om *recognition-primed decision* (heretter kalt RPD-modellen) har sitt utspring i studier om brannmannskap og beslutningstaking i kritiske situasjoner. Gjennom serieevaluering kommer man fram til et tilfredsstillende alternativ. RPD-modellen legger til grunn at erfarne beslutningstakere ikke vurderer løsninger på en ren analytisk måte. De gjenkjenner i stedet:

- mål som er mulige å oppnå for hver enkel situasjon
- kausale faktorer, for eksempel hva omgivelsene kan fortelle om det som skjer
- forventninger om hva som kan skje og når det kan skje, særlig i sammenheng med kausale faktorer
- handlinger og reaksjoner som er typiske for kjennetegnene til situasjonen

For å kunne gjennomføre dette er man avhengig av å skape et mentalt bilde av de valgene man har. Det er svært viktig å kunne forutse konsekvensene av hvert steg og forutse hvordan man skal møte disse konsekvensene. En handling av gangen blir evaluert for å avdekke hva som kan gå galt.

Flin (1996) viser til klassisk medisinsk beslutningsteori, som forsiktig tester hypoteser mot tilgjengelig bevis og en påfølgende systematisk analyse av tilgjengelige valg. Metoden er solid, men når bevisene er tvetydige vil ikke metoden fungere like bra. RPD-modellen (Klein, 1989) kommer da inn i bildet. En ren analytisk metode for beslutningstaking vil ikke passe inn i akuttmedisinsk forhold, og det er dermed nødvendig med evner utover å kunne prosedyrer og oppskrifter til punkt og prikke (Flin, 1996). Flin (1996) drar paralleller til Gaba, Fish og Howard som presenterte fem nivåer av mental aktivitet i beslutningsprosessen. De første tre nivåene er relevant i oppgaven sin kontekst:

- sensori-motoriske ferdigheter, hvor bevisstheten styrer minst mulig av koblingen mellom sanseinntrykk og handlinger
- prosedyrer som gir kjente sub-rutiner
- tenke abstrakt og fordele oppmerksomheten
- kontroll og overblikk
- kontroll og ledelse av tilgjengelige ressurser

De tre øverste nivåene korresponderer med Rasmussen (1983) sine nivåer for adferd. For å nå det øvre nivået for adferd hos Rasmussen (1983) må man kunne være i stand til å improvisere med bakgrunn i fagkompetansen. Dette samsvarer med nivå tre hos Gaba, Fish og Howard (i Flin, 1996); å kunne tenke abstrakt og fordele oppmerksomheten. Dette utdypes: *"...this seems to involve a search for high level analogies or true deductive reasoning using deep medical and technological knowledge and a thorough analysis of all possible solutions"* (Flin, 1996, s. 165).

### **Problemløsningens fallgruver**

Herbert Simon beskriver problemløsning som *"a process of selective trial and error, using heuristic rules derived from previous experience, that are sometimes successful in discovering means that are more or less efficacious in attaining some end"* (Comfort, 1988, s. 182). Dette er likevel store rom for feilvurderinger. Gruppetenking (Eriksen, 2011) er en årsak som blir hyppig brukt, og den beskriver måten en gruppe (som kan være et team) kan låse seg fast i et spor som ikke nødvendigvis er det korrekte sporet. Det er en tendens til å ta dårlig begrunnede avgjørelser, fordi det blir viktigere å oppnå konsensus (Jones & Roelofsma, 2000). Eriksen (2011) viser også til Klein som hevder at erfarne beslutningstakere kan gjøre feil på grunn av tre årsaker; manglende erfaring, manglende informasjon eller dårlig mental simulering. Andre årsaker til beslutningsfeil kan være: tunnelsyn, man venter for lenge for å se hva som skjer, informasjon havner på etterskudd, og uklare ansvarsforhold (Eriksen, 2011).

Jones og Roelofsma (2000) skiller mellom feil og bias i et team. Feil henviser til de tilfeller hvor beslutningsprosessen ikke oppnår fastsatte mål. Bias handler derimot om adferd som avviker fra eksisterende metoder for beslutningstaking. En bias vil ikke direkte forårsake feil, men den vil kunne lede til feil. Kognitive biaser stammer fra en begrenset informasjonsbehandling, og når mennesker stoler på en forenkling av situasjonen, kalt heuristikker, som viser seg å være feil (Jones & Roelofsma, 2000). Biaser kan også oppstå med grunnlag i den sosiale konteksten innad i teamet. Enkeltpersoner kan påvirke vurderinger, adferd og holdninger ved deres tilstedeværelse. Et eksempel på dette er gruppetenking. Disse faktorene kan legge sterke føringer på teamet sin beslutningstaking. Biaser oppstår særlig når beslutninger er av stor betydning og samtidig skjer under høy grad av usikkerhet, påstår Jones og Roelofsma (2000).

## **Beslutninger i team innenfor oppgavens kontekst**

Mye av teoriene omkring beslutninger i kritiske situasjoner handler om innsatslederrollen. I ambulansetjenesten vil ikke små, daglige hendelser kreve at man eksplisitt tar i bruk denne rollen. For hjelpekorpsset vil de fleste oppdrag forholde seg til en innsatsleder, riktignok kan denne personen befinne seg langt unna, i geografisk forstand. Uavhengig av denne rollen skal teamet, uansett om det har bare to medlemmer, foreta en del valg uten å forholde seg til en innsatsleder. *”For å oppnå effektivitet og fleksibilitet er en avhengig av en distribuert beslutningsprosess”* (Eriksen, 2011, s. 87). Mannskap som jobber i den skarpe enden møter likevel på noen begrensninger. Teamet kan mangle nødvendig oversikt og informasjon for å kunne oppnå best mulig resultat. Å tydeliggjøre et felles bilde på situasjonen kan gjøres ved å avklare følgende punkter (Eriksen, 2011):

- hva som har skjedd
- hvordan situasjonen vil utvikle seg/krisepotensialet
- hva som må gjøres
- ressursbehov

Beslutningstaking har blitt grundig utforsket opp gjennom tidene. Denne oppgaven henviser til enkelte naturalistiske beslutningsmodeller ettersom innsatsmannskap i kritiske situasjoner har dannet grunnlaget for forskningen. For å få et fyldigere grunnlag for beslutningstaking var det nødvendig med ytterligere perspektiver. Årsaken til dette var et behov for å se beslutningstaking ut i fra andre synspunkter enn bare typiske naturalistiske modeller. Derfor inkluderte jeg Rasmussen (1983) for å belyse hvordan beslutningstakeren resonnerer seg fram til en løsning. I tillegg brukes Flin (1996) og Eriksen (2011) på grunn av behovet for å forstå beslutningstaking i operativ ledelse.

## **Situasjonsforståelse**

Med situasjonsforståelse menes informasjon med sammenheng i tid og sted, og hvor dette fører til en beskrivelse av hva som har skjedd eller skjer, samt hvilke aktører som blir påvirket av hendelsen (Laakso & Palomäki, 2012). I en krise vil kvaliteten på responsen være sterkt avhengig av at innsatspersonell kan både arbeide og kommunisere effektivt. En felles forståelse av situasjonen er nødvendig for å kunne oppnå dette (Laakso & Palomäki, 2012; Seppänen, Mäkelä, Luokkala & Virrantaus, 2013). Endsley definerte situasjonsforståelse som *”the perception of elements in the environment within a volume of time and space, the*

*comprehension of their meaning, and projection of their status in the near future*” (Endsley i Blandford & Wong, 2003, s. 422). Det første nivået handler om tolkning av informasjon, og ikke minst situasjonens status. Nivå to handler om forståelse og fortolkning av informasjonen som forteller hva som foregår. På det øverste nivået er man i stand til å forutse mulig utfall av situasjonen. Dette er en faktor som gjør det mulig å gå videre til neste steg i prosessen.

### **Når individet møter stressende situasjoner**

Weick (1990) viser til Zeleny og hans begrep *requisite variety* som kan forklares som et repertoar av responser. Utvikler man mer komplekse responser kan man takle mer krevende miljøer. Responsene blir gradvis mer komplekse etter hvert som de utvikles, og dermed vil de ferskeste delene av responsen lettere bli utelatt ved en stressende situasjon. Press fra omgivelser kan forårsake en begrenset situasjonsforståelse. Det kan være mange årsaker til hvordan dette kan skje (Weick, 1990). Tilbakefall til gamle vaner og uoverensstemmelser og forstyrrelser i planlagte aktiviteter kan vise seg å være en kilde til et sårbart system, påstår Weick (1990). I motsetning til vanlige oppfatninger om stress påstås det at *“the highest arousal occurs when abilities are only slightly less than what is demanded and there is a chance that the person can cope. Small discrepancies create the most intensive stress.”* (Weick, 1990, s. 575-576). Press leder ofte mennesker tilbake til den kunnskapen som sitter dypest. I Weicks (1990) artikkel brukes dette som en forklaring på menneskets begrensning, ettersom man forholder seg i høyere grad til det som sitter i fingerspissene enn hva situasjonen forteller en. Fersk kunnskap er mer sårbar enn eldre eller enklere kunnskap. I oppgavens diskusjonskapittel vil det argumenteres for både positive og negative egenskaper ved dette.

### **Kommunikasjon og informasjon**

Et typisk kjennetegn ved kriser er både overflod og mangel på informasjon, og beslutninger må dermed tas på et grunnlag som ikke er optimalt. I følge Laakso og Palomäki (2012) blir kommunikasjonsevnen begrenset under kriser, noe som utpeker seg spesielt når flere organisasjoner samarbeider. Kommunikasjon har en nøkkelrolle under større hendelser. Informasjon spiller en så stor rolle at en hendelse som i utgangspunktet ikke er stor, kan utvikle seg til en katastrofal kombinasjon av misforståelser. Konsekvensen av mangel på adekvat informasjon kan være at det blir gjort gale valg under krisehåndteringen. Dårlig kommunikasjon og informasjonsflyt har vist seg å forverre situasjonen ved flere tilfeller.

*«Communication is crucial, especially with regard to major disasters, since they often have consequences beyond the actual accident site, e.g. for local residents and other companies »* (Laakso & Palomäki, 2012, s. 1710).

Et budskap kan bli misforstått eller være feilinformert. Dersom dette skjer vil situasjonsforståelsen til innsatspersonell være basert på feil grunnlag, noe som kan føre til alvorlige konsekvenser. Det oppstår ofte problemer med ulikt begrepsbruk og øvrig terminologi. En av årsakene til dette var mangel på et adekvat system for å dele informasjon relatert til hendelsen. Å etablere eksplisitte regler og retningslinjer vil også kunne bidra til å redusere sannsynligheten for misforståelser som oppstår på grunn av ulikheter i språk- og begrepsbruk (Laakso & Palomäki, 2012).

Irrelevant informasjon og/eller mangel på informasjon var det som oftest ble nevnt som utfordring i forbindelse med kommunikasjon under en kritisk hendelse. Også mangel på tilstrekkelige instruksjoner og sjekklister ble nevnt i denne sammenhengen (Laakso & Palomäki, 2012). Faktorer som styrker samarbeidet i slike situasjoner er blant annet kommunikasjon mellom mennesker og mellom team, samt grad av tillit og trening (Seppänen, et al., 2013). Forfatterne har identifisert tre hovedpunkter som vanskeliggjør en delt situasjonsforståelse:

- Hull i informasjonen som oppstår ved tilstedeværelse av faktorer som: aktører som er passive eller som fokuserer alene på sin egen oppgave, uklare videreføring av informasjon, mangelfull informasjon om hendelsen, eller mangel på oppdatert informasjon.
- Mangel på flyt i kommunikasjonen. Flyt kategoriseres som åpen kommunikasjon som inneholder felles ideer, tillit, og deling av relevant informasjon.
- Mangel på felles bilde av operasjonen man skal gjennomføre. Dersom dette ikke eksisterer vil man være særskilt avhengig av delt situasjonsforståelse og rollene som aktørene besitter.

Kilden til et feil bilde av situasjonsforståelsen kan for det første oppstå på grunn av innholdet i informasjonen som er kommunisert (Seppänen, et al., 2013). Budskapet er kjernen i kommunikasjon, og dette vises i forfatterens hierarkiske rangering av informasjon i; data, informasjon og kunnskap. Data blir til informasjon når konteksten gir data mening, mens informasjon blir til kunnskap når den er av høy verdi eller når informasjonen kan generaliseres og nyttiggjøres.

## **Implikasjoner for ambulansetjenesten**

*"Having good SA (situasjonsforståelse, anm.) is crucial in decision making"* (Blandford & Wong, 2003, s. 423). Dette gjelder situasjonsforståelse for områder fra ytre miljø og dets trusler, til strukturelle forhold og arbeidsoppgaver. Å kunne motta og behandle kritisk informasjon om omgivelsene, systemet og arbeidsoppgavene, for så å forutse mulig utfall av situasjonen, er meget viktig for beslutningsprosessen. Det må tas høyde for denne kognitive prosessen når systemet utvikles. Weick (1990) forklarer at små hendelser kan få katastrofale konsekvenser dersom følgende prosesser finner sted: forstyrrelser av viktige rutiner, å gå tilbake til gamle vaner, svikt i koordinerte handlinger, og misforståtte samtaler. Dersom et tett koblet og mindre lineært system kobles sammen med disse prosessene vil man produsere mer feil, redusere evnen til å se feil, skape en avhengighet mellom feil, og forsterke effekten av feilene.

I mange tilfeller vil ambulansepersonell arbeide sammen med andre aktører, som for eksempel andre nødetater. Forskjellig terminologi, konsepter og måter å gjøre ting på gjør seg gjeldende blant mannskap som er i innsats. Begreper kan også variere mellom ulike organisasjoner og etater (Laakso & Palomäki, 2012). Dermed blir en pålitelig situasjonsforståelse det viktigste man kan besitte i en hendelse. Situasjonsforståelse foregår i hodet til de involverte, og er et bilde av situasjonen. Det er ikke hensiktsmessig for de involverte å ha en identisk situasjonsforståelse, fordi ulike oppgaver krever ulik informasjon. *"The successful management of a disaster is based both on the existence of practical situation awareness and on rescue operations being carried out in due time"* (Laakso & Palomäki, 2012, s. 1707). Kommunikasjonsproblemer oppstår ofte når ulike aktører opererer sammen. Utveksling av taus kunnskap blant profesjonelle og søket etter informasjon som kan skape konsensus i situasjonen er, blant flere faktorer, svært relevant for å oppnå effektiv innsats i kriser (Laakso & Palomäki, 2012).

## **IV Metode**

### **Innledning**

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for hvilke metodiske grep jeg har benyttet meg av. Først vil jeg forklare valg av fremgangsmåte, for så å redegjøre for datainnsamlingen. Etterpå følger en forklaring av dataanalysen, samt en vurdering av oppgavens validitet og reliabilitet. Til sist følger etiske hensyn og metodiske erfaringer.

### **Forskningsstrategi**

Oppgaven skal forsøke å skape en forståelse for hvordan team og individene i et team samarbeider. Casestudier er en passende metode for å forsøke å forklare slike sosiale fenomener (Yin, 2014). Yin definerer casestudier som en metode som forsøker å belyse en eller flere beslutninger; hvorfor de ble foretatt, hvordan de ble implementert, og med hvilket resultat (2014). Oppgavens kontekst er blant annet knyttet til beslutninger og vurderinger, samt implementeringen av disse. Med grunnlag i denne definisjonen begrunnes valget om å gjennomføre en casestudie av team innenfor redningsarbeid.

Det kan være utfordrende å arbeide systematisk underveis fordi det eksisterer færre prosedyrer innenfor denne metoden sammenlignet med andre (Yin, 2014). Som forsker kan man lett trekke slutninger som ikke er valide når man benytter casestudier. Det er også vanskelig å generalisere basert på funn fra en enkel casestudie. Yin (2014) argumenterer for at i en casestudie kan man generalisere ut i fra teoretiske perspektiver.

### **Valg av fremgangsmåte**

Valg av metode ble gjort ut i fra behovet for en dypere forståelse for fenomenet samhandling. Dette blir løst gjennom bruk av kvalitativt orienterte metoder (Aase & Fossåskaret, 2007). I følge Wadel (1991) fokuserer kvalitativt orientert forskning på innhold, beskaffenhet og betydning. I studien var det ønskelig å gå i dybden på teamarbeid. I slike tilfeller vil det være nødvendig med *”nær kontakt mellom forsker og de som skal studeres, som ved deltakende observasjon og intervju”* (Thagaard, 1998, s. 11). Denne studien har benyttet seg av både deltakende observasjon og intervju, samt feltsamtaler.

## **Datainnsamling**

### **Observasjon**

For å besvare problemstillingen vurderte jeg det til at intervjuer alene ikke ville gi et optimalt bilde av samhandling og teamarbeid. Ved bruk av kvalitative metoder vil deltakende observasjon i særlig grad være ønskelig (Blaikie, 2010). Årsaken til dette var at jeg ønsket å fordype meg i samhandling mellom kollegaer og å utforske samspillet i kritiske situasjoner. Observasjon er særlig godt egnet til dette formålet (Thagaard, 1998). Det kan være vanskelig å avdekke samhandling via intervjuer alene fordi informanten vil gi sin subjektive versjon av saken.

Å få tilgang til å observere, hovedsakelig i ambulansetjenesten, var et ønske jeg trodde kom til å bli vanskelig å få innfridd. Med potensielt alvorlig syke pasienter inne i ambulansen så jeg for meg at det kunne bli problematisk å få tillatelse til å observere ambulanspersonell ute på oppdrag. Likevel var det noe jeg tok med meg i planleggingen av studien, da jeg i det minste håpet på tilgang til å observere dem på arbeidsplassen utenom oppdrag. Wadel (1991) påpeker at for å få adgang til deltakende observasjon oppfordres en til å ta utgangspunkt i ens eksisterende situasjon eller ens tidligere involvering innenfor forskningstemaet. Årsaken til dette er *”(1) en har allerede adgang, (2) en har allerede data, (3) en kan fortsette å bruke en rolle som en har innehatt i dagliglivet”* (1991, s. 29). Her fant jeg flere aspekter som falt under disse punktene. Adgang til feltet ble opprettet ved at jeg tidlig kom i kontakt med assisterende ambulanssjef ved Stavanger Universitetssykehus. Vedkommende var interessert i å hjelpe meg, og dermed åpnet det seg en dialog med ambulansetjenesten. Samtidig hadde mine erfaringer skapt et lite datagrunnlag. Det gjorde at jeg følte jeg hadde et innblikk innenfor dette området, og jeg var nysgjerrig på å utføre en slik studie. Det var tross alt dette som hadde skapt utgangspunktet for oppgaven. Mine år i Røde Kors har også gitt meg en rolle innenfor redning som jeg kunne fortsette å bruke. Denne rollen bidro til det Wadel beskriver som å bruke *”...sin egen situasjon som ”inntak” til en videre studie”* Wadel (1991, s. 29) Sammen skapte dette et utgangspunkt hvor jeg unngikk å starte i fjerne omgivelser. Men min erfaring skapte ikke nødvendigvis en adgangsrolle. De fleste var uvitende om meg og min kompetanse i forkant av datainnsamlingen.

### **Feltsamtale**

Under observasjonene forekom feltsamtaler i stor grad. Aase og Fossåskaret (2007) beskrev feltsamtaler som:

”...ikke avtalte intervjuer. De er mer lik den dagligdagse praten mellom folk. I slike samtaler forteller forskeren kanskje like mye som han lytter. Inni denne hverdagspraten kan det ligge informasjon som er meget relevant for studien” (Aase & Fossåskaret, 2007, s. 30).

Feltsamtaler har evner til å få svar på spørsmål som ikke er stilt, i det en ny meningsdimensjon blir avdekket gjennom tilfeldige bemerkninger (Aase & Fossåskaret, 2007). I den uforutsigbare hverdagen som karakteriserer ambulansetjenesten var det mye rom for feltsamtaler. Ved gjennomføring av intervjuer var det alltid stor sannsynlighet for å bli avbrutt av oppdrag, mens det var naturlig at en feltsamtale fortsatte mens man gjorde seg klar for å kjøre ut. Å ta opp tråden igjen ved en senere anledning var alltid mulig. Dialogen som forekom under en feltsamtale var dessuten lik hverdagspraten mellom kollegaer som ville funnet sted uavhengig av min tilstedeværelse.

Bruken av feltsamtaler var en fleksibel og forholdsvis enkel måte å samle inn data på. Sett fra informantens synspunkt så gjorde ikke de noe annerledes enn hva de normalt gjorde; småprat mellom kollegaer mens de ventet på at noe skulle skje. Dialogen mellom meg som forsker og informantene kunne veksle mellom informantens egne samtaletemaer, samt at jeg kunne styre feltsamtalen inn på områder som var ønskelig fra min side.

### **Datainnsamling i Røde Kors**

De siste årene har jeg ofte vært frivillig på vakthytta til det lokale hjelpekorpsset på vinterstid, og jeg benyttet denne muligheten til å gjøre observasjoner. Jeg inngikk som en del av vaktlaget under vinterferien og påskeferien, som var totalt to uker. Da bekledd jeg, hva som var for meg, en kjent rolle sammen med mennesker jeg kjenner, noen bedre enn andre. Det samme gjaldt den uken hvor jeg bidro som stab på nasjonalt fagkurs skred. Når det ble gjort observasjoner som kunne være til nytte for studien, valgte jeg å identifisere meg som *student* i tillegg til medlem av vaktlaget. Med dette menes situasjoner og eksempler som kunne identifisere personer, eller informantens personlige historier. De fleste kjente allerede til min rolle som student, og det fremstod som at de synes det var interessant å bidra med sin erfaring. Jeg var bevisst på min egen, allerede etablerte rolle som en del av gjengen. Det kan være lettere å få en forståelse av informantens situasjon hvis man observerer i sin egen kultur. Informanten og den som forsker deler mange av de samme erfaringene (Thagaard, 1998).

Under de tre ukene på fjellet gjennomførte jeg halvstrukturerte intervjuer med medlemmer. I tillegg fikk jeg gjennomført mange feltsamtaler, både ustrukturerte og halvstrukturerte. Selv om jeg var i et miljø som jeg var god kjent med var likevel situasjonen litt annerledes. Denne gangen hadde jeg en agenda. ”For en som observerer sin egen kultur er det et hovedpoeng å oppnå et perspektiv hvor han eller hun kan se sin egen kultur med andres øyne” (Thagaard, 1998, s. 79). Ikke bare skulle jeg samle inn data, jeg måtte også være observant og komme med de riktige spørsmålene. For det som informantene tok som en selvfølge i denne konteksten ville jeg også ta som en selvfølge. De tre ukene med observasjon ble gjennomført med én uke i februar, én uke i mars, og én uke i april med omtrent tre ukers mellomrom mellom hver gang. Dette ga rom for refleksjon og ”å være sosiolog på seg selv” (Wadel, 1991), slik at jeg kunne reflektere omkring min rolle før jeg gjorde meg klar til neste uke med deltakende observasjoner. Selv kombinerte jeg ofte rollen som *student* og som *medlem* av hjelpekorpsset. Dersom jeg hadde antakelser som jeg ønsket å utforske, måtte jeg tre over i studentrollen for å ikke spørre ledende spørsmål om temaer som jeg opprinnelig visste en del om fordi jeg var medlem. Største delen av tiden var jeg likevel i min rolle som hjelpekorpsmedlem, enten fordi jeg var uniformert, eller fordi de som var rundt meg var bekjente.

### **Datainnsamling i ambulansetjenesten**

Tidlig i prosessen fikk jeg etablert kontakt med ambulansetjenesten ved Stavanger Universitetssykehus. Tilgang til felten lot seg raskt gjøre på grunn av velvilje i ledelsen. Det var et forslag fra avdelingsleder ved en av stasjonene at jeg bekledd meg i deres uniform og inngikk i rollen som hospitant. Det er ikke uvanlig at lærlinger, hospitanter, praksiselever og nylig uteksaminerte vikarer bidrar som en ekstra mann på bilen. Det var dermed ikke noe spesielt ved å ha med seg en tredjemann på bilen. Rollen som hospitant ble akseptert av informantene, og det la ingen føringer for krav til kompetanse for meg. Både elever fra videregående skole og ferske vikarer hospiterer jevnlig, noe som gjør at erfarne ambulanspersonell ofte har med seg en uerfaren tredjemann. Dermed førte ikke min tilstedeværelse til noe endring i hverdagen for de som var på jobb.

Likevel måtte jeg reflektere grundig over hvilken påvirkning min rolle eventuelt kunne ha på utføringen av oppdrag. Thagaard (1998) beskriver det forholdet som er mellom den som er deltakende observatør og de som skal observeres som et metodisk poeng. Siden jeg vekslet mellom å observere ulike personer og ulike teamsammensetninger var det ikke et poeng at

tiden i seg selv skulle bidra til å redusere påvirkningen av mitt nærvær som observatør. Min rolle som hospitant var en fordel, fordi informantene inntok rollen som erfaren og faglært. Jeg var den uerfarne og nysgjerrige som skulle lære, og det førte til at forholdet mellom meg og informantene var avhengig av informantene sine bidrag. Jeg møtte på samme velvilje og åpenhet som jeg fikk i hjelpekorpsset, hvor informantene, med deres erfaring og kompetanse, ønsket å dele sin kunnskap for å bidra til studien min. Rollen som lærling viste seg å være av stor betydning for datainnsamlingen.

*”Gjennom å bli gitt og innta en lærlingerolle vil en feltarbeider også ofte skjerpe sine informanter som informanter. Kulturell kunnskap som ofte er selvsagt for ens informanter, kan bli satt ord og/eller bilde på ut i fra forskerens naive og ”dumme” spørsmål” (Wadel, 1991, s. 35).*

Wadel (1991) påpeker samtidig lærlingerollen sin relevans når man skal studere yrkesgrupper. Denne rollen ble komplementær til min rolle som student. Begge rollene ble godtatt av informantene, hvor alle tidligere hadde arbeidet tett med lærlinger innenfor ambulansesfag.

Totalt observerte jeg den profesjonelle ambulansetjenesten i 57 timer. Dette var tiden hvor jeg var uniformert og sådan ”på vakt” sammen med vaktlaget. Jeg startet skiftet sammen med de andre, men i samråd med avdelingsleder ble vi enige om at det ikke var til fordel for oppgaven dersom jeg fulgte hele skiftet (24 timer). Jeg fikk riktignok tilbud om å gå hele skiftet, men det ble vurdert at oppdragsmengden på nattetid var så liten at det ikke var hensiktsmessig for meg å gå et helt skift. I stedet holdt jeg meg til skift mellom åtte og tolv timer. Jeg fikk stor frihet når det gjaldt hva jeg ønsket å være med på. Som oftest fulgte jeg et team på en bil gjennom dagen. Stasjonene la vekt på variasjon i teamsammensetningen. Det fremstod som om det var hensiktsmessig at man skiftet makker jevnlig for å sikre at alle på stasjonen kjente hverandre godt. For meg betydde dette at jeg fikk anledning til å observere samme person i ulike teamsammensetninger. For eksempel kunne en informant den ene dagen være sammen med en langt mer erfaren kollega, og den andre dagen kunne han være den mest erfarne. Disse observasjonene var interessant og nyttig for oppgaven.

### **Valg av intervjuobjekter**

Intervju var en ønskelig form for datainnsamling for å *”få en fylldig og omfattende informasjon om hvordan andre mennesker opplever sin livssituasjon og hvilke synspunkter og perspektiver de har på temaer som blir tatt opp i intervjusituasjonen”* (Thagaard, 1998, s. 87).

Det ble utarbeidet en intervjuguide basert på kategoriene: (1) bakgrunn, (2) team og samhandling, (3) problemløsning og beslutningstaking, samt (4) situasjonsforståelse. Spørsmålene gikk hovedsakelig ut på informantenes erfaringer og opplevelser. Intervjuene ble lagt opp til å være halvstrukturerte, og ved ingen tilfeller var det hensiktsmessig å benytte alle spørsmålene i intervjuguiden. Det ble utført totalt syv intervjuer, hvorav fem av dem som individuelle intervjuer. Ett intervju var et gruppeintervju med fire personer, mens ett intervju var med to personer. I tillegg gjennomførte jeg to intervjuer hvor intervjumaterialet ble slettet i et forsøk på å ta sikkerhetskopier. Det som ble reddet av hukommelsen ble overført til en feltsamtale.

Intervjuene med medlemmer fra hjelpekorpsset fant sted på vakthytta på fjellet, og det ble gjennomført som halvstrukturerte intervjuer. Informanter ble valgt på grunnlag av erfaring fra redningsoppdrag i fjellheimen eller lignende oppdrag. I tillegg intervjuet jeg et relativt ferskt medlem (3-5 års erfaring), og dette intervjuet avdekket interessante perspektiver som jeg anså som typiske for uerfarne medlemmer. Det stilles ikke krav til deltakelse på redningsaksjoner for å opprettholde medlemskapet. Dermed kan en person som har vært medlem i ti år ha erfart både svært mye og svært lite. Jeg ønsket særskilt informanter som hadde vært aktiv ved redningsoppdrag på vinterføre og på fjellet. Årsaken til dette er at det er krevende oppdrag, særlig sett i forhold til et typisk bysøk. Faktorer som krevende lende, vær og vind gjør søks- og redningsoppdrag mer utfordrende. Årsaken til at jeg ønsket erfarne medlemmer fra hjelpekorpsset var for å sikre et erfaringsnivå som var hensiktsmessig å sammenligne med de profesjonelle ambulansearbeiderne.

Informantene fra ambulansetjenesten hadde mellom ti og 40 års erfaring i tjenesten. De hadde variert bakgrunn fra flere stasjoner, både i grisgrendte strøk og i større byer, noe som betydde erfaring med ulik oppdragsmengde og ulike skiftordninger. Flere hadde enkelte tilleggskvalifikasjoner som for eksempel sykepleier, AMK-operatører, skiftleder eller hovedverneombud. Jeg var bevisst på at jeg ønsket en bredde i informantenes funksjoner for å fremme ulike perspektiver. Intervjuene ble gjennomført på stasjonen i informantenes arbeidstid. Jeg benyttet meg av båndopptaker på samtlige intervju.

Med hensyn til informantenes anonymitet beskrives ikke navn, alder, stilling eller annen funksjon. Antall års erfaring vil rundes av for å ikke kunne gjenkjenne personene. Informantene vil bare identifiseres som tilhørende den profesjonelle ambulansetjenesten eller som medlem i hjelpekorpsset der hvor det er hensiktsmessig å skille mellom dem. Ettersom informant er et maskulint ord vil det kunne henvises til informanten som ”han”. Dette er ikke knyttet til personens kjønn, og årsaken er for å få variasjon i språket.

## Dataanalyse

Det eksisterer ingen dominerende metode for dataanalyse (Blaikie, 2010). Yin (2014), som diskuterer casestudier, viser også til flere strategier for analysering. Blant annet kan man arbeide etter å avdekke mønstre i fenomener. Denne oppgaven har utforsket teamsamhandling i redningsarbeid to ulike kontekster. Disse to casene utgjør en syntese som kan gjøre analysen mer robust i forhold til hva en studie av bare en enkel case ville gjort (Yin, 2014). Data fra de ulike kontekstene har blitt analysert hver for seg, og empirikapittelet vil skille mellom funn fra ambulansetjenesten og hjelpekorpsset.

Analysen har foregått tematisk etter oppsettet som dannet grunnlag for intervjuguiden. Intervjuene ble transkribert av undertegnede, noe som gjorde at jeg fikk en god oversikt over datamaterialet. Analysen ble påbegynt flere uker etter første del av datainnsamling, derfor var det viktig at jeg selv satt med kontroll over hva jeg hadde av data. Feltsamtaler og observasjonsdata ble flettet inn i temaene som intervjuguiden var delt inn i etter hvert som det var naturlig. Under observasjonene fulgte jeg en modifisert utgave av Catchpole et al. (2007) sitt rammeverk for observasjoner. Jeg tilpasset modellen til oppgavens kontekst, og jeg bar med meg modellen i lommeformat under hele observasjonsperioden slik at observasjonene ble utført på mest mulig likt grunnlag. Blaikie (2010) beskriver en metode for å kode datamaterialet som starter med å utforme grundige beskrivelser av fenomener. Fakta ansees som tynne beskrivelser, og ved å inkludere kontekst, intensjoner og prosesser for samhandling gjør man beskrivelsene fyldige. Dette ble gjort ut i fra hovedtemaene som ble dannet samt via de tre ulike datakildene; intervju, observasjon og feltsamtaler. Data ble kodet som tall fra 1 til 4 etter temaene som var henholdsvis bakgrunn, samhandling, beslutningsprosesser, og til sist situasjonsforståelse. Neste steg er, i følge Blaikie (2010), klassifisering av data, som gjøres ved å skape kategorier og subkategorier. Disse vurderingene ble gjort etter hvert som jeg fikk en oversikt og en forståelse for funnene i oppgaven. Dette vil bli presentert i empirikapittelet. Til sist i oppgaven dannes det forbindelser mellom kategoriene. Hensikten med dette er å avdekke regulariteter, variasjoner og enkeltstående fenomener (Blaikie, 2010). Diskusjonskapittelet vil ta for seg disse forbindelsene.

## Reliabilitet og validitet

I følge Thagaard (1998) avhenger kvaliteten på datamaterialet av relasjonen mellom forsker og informant. I denne studien har jeg forholdt meg til flere roller, og *forskerrollen* har delt seg i to felt; det jeg selv har vært en del av, samt ambulansetjenesten som et nytt felt.

Hensikten med å tydeliggjøre forskningsprosessen er å styrke reliabiliteten. Dersom forskerens fortolkninger preger datamaterialet kan det gi studien dårlig kvalitet. Bruk av bandopptaker styrker reliabiliteten, nettopp fordi opptakene er mer uavhengig av forskeren sine oppfatninger enn forskeren sine egne notater (Thagaard, 1998). Det vil ikke være hensiktsmessig at forskeren opptrer konsistent eller så likt som mulig i alle intervjusituasjoner, da alle situasjoner og relasjoner vil være unike. Dette støttes av blant annet Thagaard (1998) og Blaikie (2010). *”Reliabiliteten må derfor knyttes til at forskeren gjør rede for fremgangsmåtene i prosjektet”* (Thagaard, 1998, s. 200). Tidligere har jeg redegjort for min rolle underveis i datainnsamlingen, samt gjort rede for hvordan jeg har gått fram for å utføre denne studien.

Oppgavens validitet er ivaretatt gjennom en åpen og kritisk vurdering av analyseprosessen. Ved å gjøre rede for fremgangsmåter og relasjoner i felten skal jeg vise hvordan jeg har kommet fram til den forståelsen som studien resulterer i (Thagaard, 1998). Min kjennskap til konteksten, både den begrensede i form av ambulansetjenesten, og den bredere, i form av hjelpekorpsset, har brakt med seg både fordeler og ulemper. Fordeler kan være kunnskap om relevante forskningsspørsmål, mens ulempen kan være at jeg kan ha oversett trekk som en utenforstående ville ha lagt merke til. Når jeg observerte den profesjonelle ambulansetjenesten har min rolle basert seg på at jeg kan identifisere meg med miljøet, men samtidig som den profesjonelle konteksten var ny for meg. Dette har forsterket validiteten til oppgaven ettersom jeg har flettet to tilnærminger inn i analysen; en hvor jeg hadde tilknytning til miljøet og en hvor jeg var ukjent i miljøet. Begge tilnærmingene har vært komplementære i datainnsamlingen hos både hjelpekorpsset og i ambulansetjenesten. Oppgaven baserer seg på en triangulering av kilder (intervju, observasjoner og feltsamtaler), noe som danner et bredt og solid kildegrunnlag. Dette bidrar til å forsterke oppgavens validitet. Trianguleringen har ført til en validering av informantenes bidrag.

## **Etiske hensyn**

Det var ikke studiens intensjon å ha pasientfokus. Under forberedelsene til datainnsamlingen utformet jeg intervjuguide og observasjonsnotater slik at ingen pasienter skulle gjenkjennes, verken med navn, ut i fra geografisk tilhørighet eller medisinsk tilstand. I tillegg fikk informantene opplyst at deres deltakelse var på anonymt grunnlag, og de hadde anledning til å trekke seg når de ønsket.

## **Metodiske erfaringer**

I løpet av denne prosessen har jeg tilegnet meg flere erfaringer rundt metodevalgene mine. I utgangspunktet ønsket jeg å knytte kontakt med en nærliggende stasjon, både for praktiske årsaker samt tilstrekkelig oppdragsmengde. Da dette ikke lot seg gjøre fikk jeg tilgang ved to stasjoner som lå utenfor byområdet. I utgangspunktet var jeg meget fornøyd med å få tilgang til observasjoner, men det kom fram etter hvert at observasjoner på stasjoner med liten oppdragsmengde ikke var formålstjenlig. En medgjørlig ambulansetjeneste lot meg skifte til en stasjon med større oppdragsmengde. Dermed fikk jeg gjort verdifulle observasjoner og feltsamtaler med relevans for oppgaven.

Jeg har også gjort meg noen erfaringer rikere når det gjelder min egen rolle. I begynnelsen satt jeg ofte bak i bilen sammen med sidemannen når vi hadde pasient, men etter hvert skiftet jeg til å sitte framme med sjåføren når vi hadde pasient. Dette var mer hensiktsmessig for oppgaven da jeg lettere kunne observere samspill mellom den som kjører og den som har pasientkontakt. Mens jeg satt bak i bilen fikk jeg ikke et godt nok innblikk i hvordan ambulansesjåføren ble involvert i utviklingen av pasientens tilstand. Den som sitter bak med pasienten har oppgaver som blant annet overvåking av pasienten og journalskriving. Han har anledning til å kommunisere med sjåføren via en luke i veggen som skiller fremsetet fra resten av ambulansen. Sjåføren har i mindre grad kontroll over tilstanden til pasienten, og det var dermed mer hensiktsmessig for meg å observere hvordan sjåføren kommuniserer med makker og AMK for å danne seg et bilde av situasjonen.

## V Empiri

I dette kapitlet presenteres oppgavens empiri. Observasjonsdata, feltsamtaler og intervjuer ligger til grunn for analysen. Som nevnt i metodekapitlet har empirien blitt samlet inn ved besøk på to ulike ambulansestasjoner, samt involvering i Røde Kors Hjelpekorps' aktiviteter. Det vil skilles mellom informanter fra hjelpekorpsset og ambulansetjenesten. Beskrivelsen er delt i følgende kategorier: (1) bakgrunn, (2) team og samhandling, (3) beslutningsprosesser, og (4) situasjonsforståelse. Selv om empirien er kategorisk inndelt er det vanskelig å unngå en mindre overlapp blant kategoriernes innhold. Årsaken til at inndeling er ulik fra teorikapitlet er at begrep som blant annet stress og strukturelle forhold opplevdes som lite hensiktsmessig i møte med informantene. Stress er et eksempel på et begrep som informantene tolket på en negativ måte, og de ønsket dermed ikke å vedkjenne seg stress.

### Bakgrunn

Hverdagen i redningstjenesten er i stor grad preget av å være i beredskap når noe skjer. Noen dager er travle, hvor store deler av skiftet tilbringes i bilen eller ute på oppdrag. Andre dager kan derimot by på mye dødtid på stasjonen. Et gjennomgående poeng hos samtlige informanter var at man aldri vet hva dagen bringer. En informant uttalte følgende:

*”Vi vet jo aldri hva som venter oss, og du vet aldri helt hvordan ting utvikler seg videre, både med pasienten og pårørende, og hvor vi skal hen. Det er litt flytende, du har det ikke helt før du har levert han.”*

Ambulansetjenesten har opplevd en stor utvikling den senere tiden, både når det gjelder kompetanse, utstyr og informasjonsdeling. Det som tidligere var tilnærmet en transportetappe har nå blitt en prehospital tjeneste. Ambulansene får stadig mer utstyr, da med en naturlig økning i både kjøretøyets størrelse og vekt. Kravene til ambulansarbeiderne har dermed endret seg. Det er nå ikke tilstrekkelig å ha kode 160 (utrykningsjåfør) i førerkortet, siden enkelte ambulanser overstiger vekten som er tillatt for førerkort klasse B. Konsekvensen av dette er et økende behov for førerkort i klasse C1 (lett lastebil). Informasjonshåndtering har også opplevd sin utvikling. Detaljer om oppdrag fås nå elektronisk via en skjerm i

ambulansen. Prehospitalt EKG<sup>8</sup> kan foretas i ambulansen, hvor monitoren sender resultater fra bilen til sykehuset for tolkning. *”Det er ikke mange som har fått vært med på den utviklingen som jeg har vært med på. For da jeg begynte visste vi ingenting om oppdraget, du fikk bare et lukket brev med beskjed om at dette var oppdraget”*, forklarte en av informantene med lengst erfaring. Usikkerheten har blitt redusert i takt med utviklingen av tjenesten, påstod vedkommende.

Teknologien har ført til mange framskritt for ambulansetjenesten. Likevel har samfunnet opplevd andre endringer som enkelte dro fram som utfordrende eller negative. Hendelsen som fant sted i Sofienbergparken i Oslo 2010 (Høyesterett, 2014) , har ført til at media er mer pågående enn før. *”De (ref. ambulansesaken) fikk kjørt seg. Det skaper enn viss usikkerhet i situasjoner hvor du kan bli skvist av media”*, uttalte en informant. Redselen for å oppleve noe lignende som denne ambulansesaken var ikke spesielt utbredt, men det ble likevel trukket fram av flere informanter. Følelsen av at media kan velge å lage en kritisk sak på *hvordan* man utfører jobben sin vil kunne oppleves som ubehagelig. Den økte bruken av sosiale medier forsterker dette, og ambulansepersonellets mulighet til å forsvare seg er begrenset på grunn av blant annet av taushetsplikt.

Antall oppdrag relatert til psykiatri har økt, og fører med seg nye usikkerhetsmomenter. De fleste informantene uttrykte betenkeligheter ved at de er eksponert for det de kalte ”ustabile” personer som utgjør en trussel for deres egen sikkerhet. Rus har også ført til farlige situasjoner. *”I fjor vinter ble to stykker angrepet, de skulle hjelpe noen der det hadde vært noe slåsskamp og greier. Da ble de angrepet, og han ene hadde vært ute av bilen, og han ble slått og sparka, og de brakk et speil på bilen.”* Pasienter som er lite medgjørlig forekommer med ujevne mellomrom, og flere ambulansearbeidere har opplevd trusler og vold. En informant fortalte om en hendelse hvor de ble beskyttet med et skytevåpen idet de ankom den aktuelle adressen. Politiet ble tilkalt, og etter at personen som skjøt ble overmannet måtte ambulansen gjøre det de var kommet for å gjøre; nemlig hjelpe vedkommende. Like etter at personen hadde forsøkt å skyte dem måtte ambulansepersonellet ta han med seg i bilen, riktignok ledsaget av politiet. *”Det var litt spesielt å ha med en kar som hadde tenkt å gjøre noe med oss, og så må vi ta han med videre etterpå. Det er sånne ting du plutselig havner opp i uten at du vet det”*.

Utrykningskjøring anses også som en stor risiko blant informantene. Sannsynligheten for å kollidere under utrykning er åtte ganger høyere enn alminnelig kjøring. Erkjennelsen av

---

<sup>8</sup> Elektrokardiografi

risiko for ulykker var generelt utbredt blant informantene. *”Du er obs på at det er en grunn til at det er fartsgrenser”*, uttalte en informant. Likevel er det ikke hendelser som nevnt ovenfor som blir nevnt i det du spør en ambulansarbeider om hverdagen på jobb. Det første som blir nevnt er en ydmykhet over å få lov til å hjelpe andre mennesker i en sårbar situasjon. Yrkesstoltheten er høy, og mange informanter fortalte uavhengig av hverandre at de hadde verdens beste jobb.

## **Team og samhandling**

### **Prosedyrer**

Ambulansetjenesten er i høy grad prosedyrestyrt. En standardisert opplæring gjør at kvalifiserte ambulanspersonell kan jobbe på tvers av stasjoner og samhandle med kollegaer de aldri har truffet før. Alle snakker samme språk, forklarte informantene. Etter hvert som man får bygget seg opp erfaring og kompetanse, sitter prosedyrene mer i fingrene enn de gjør i hodet. *”Vi har en minimumsstandard. Men erfaringslæring vil du aldri komme vekk fra. Kurs og alt sånt vil ikke være lik den erfaringen du har”*, uttalte en informant. En kan lese mye om å legge inn veneflon<sup>9</sup>, men i bunn og grunn er det trening og erfaring som gir roen i utførelsen. På tross av at prosedyrene etter hvert går over til å bli ren rutine er det ingenting som tyder på at det over tid fører til lokale preg på utførelsen. Prosedyrene består uten å bli forandret. En av informantene fra hjelpekorpsset uttalte at *”pulken skal pakkes på én måte. Å forandre det er nesten umulig”*. For hvert enkelt medlem er erfaringen en basis for hvordan pulken skal pakkes, og den blir pakket *”slik som man alltid har gjort det”*. Men årsaken til at man gjør slik man husker er at dette er en grunnleggende prosedyre som man ikke avviker fra, for reglene er internalisert slik at informantene gjør det ubevisst.

Ambulanspersonellet bar med seg *Medisinsk operativ manual (MOM)* i lomma på uniformsbuksen. MOMen inneholder prosedyrer for svært mange situasjoner, men den er naturlig nok ikke uttømmende. En av informantene med omtrent ti års erfaring uttalte følgende:

*”Det er jo ting som du ikke er så mye borti, og da kan du bli litt usikker, og tenke og lese litt i MOMen. Da er det viktig å beholde roen. Vi er bare mennesker, vi er ikke programmerte datamaskiner. Tror jeg kan de fleste prosedyrene, men jeg kan ikke 100% alle bivirkninger til*

---

<sup>9</sup> Veneflon: venøs tilgang, brukes for å gi medisiner og væske.

*punkt og prikke. Men det er derfor du har de i lomma, for å kunne slå opp på veien. De med dobbelt så mye erfaring som meg gjør også det.”*

Man er gitt en mulighet til å slå opp i MOMen dersom man er i tvil. Informantene uttrykte at de benyttet seg av manualen ofte dersom de ble usikre. Dette var uavhengig av erfaringsnivå. De yngre henviste riktignok til MOMen oftere enn de mest erfarne.

Grad av erfaring spiller sterkt inn på teamets funksjon. Selv om nyutdannede ambulanspersonell er kvalifiserte til jobben de gjør, er det ikke ønskelig at to ferske skal kjøre sammen. En optimal teamsammensetning blir dermed preget av kombinasjonen av en fersk og en erfaren ambulansarbeider. Det samme gjelder for hjelpekorpsset. Ved flere anledninger påpekte samtlige informantene at måten de arbeidet på var ulik dersom de arbeidet med en uerfaren kontra en erfaren kollega. Hvis makkeren er fersk i faget må man fortelle og veilede mye mer enn ellers. En informant mente at mange av vikarene og lærlingene er veldig dyktige, mens noen ikke er fullt så flinke fordi de ikke får mengdetrening og tilstrekkelig med oppfølging. *”Da føler du at du må gi mer av deg selv”*, ble det påpekt av vedkommende. Dersom en har med seg en makker som er vikar var det ikke uvanlig at vikaren ikke hadde tillatelse til utrykningskjøring. Da må vikaren sitte bak med pasienten under hele skiftet, noe som betyr at den andre må kjøre bilen hele tiden. Dette kan oppleves som svært slitsomt dersom man har mange timer i bilen i løpet av skiftet. De erfarne uttrykte hvor krevende det var når de satt med ansvaret for hva som skjer i bilen med tanke på medisinerings. *”Vi har jo dobbeltsjekk på alt. Og jeg kan jo ikke vite om han som sitter bak og skal gi 2,5 mg morfin får dette til. Jeg har jo aldri sett at de har gjort det før”*. Slike tilfeller er ikke uvanlig, i følge enkelte informanter. Ved medisinerings ble det også uttrykt et ønske om å ikke la vikaren gjøre det alene, og det ble spesielt nevnt bruk av Afipran<sup>10</sup> som kan forveksles med adrenalin på grunn av ampullens størrelse og likhet i navn. En slik forveksling kan gi fatale konsekvenser.

### **Effekten av fysiske påkjenninger**

I samtlige intervjuer ble informantene spurt hvordan de mente faktorer som sult, sinne, forsinkelser, stress og utmattelse påvirker jobben. Dette var også et tema i mange av feltsamtalene. Svarene kan grovt deles inn i to kategorier, hvor den ene uttrykte at faktorene hadde liten påvirkning på kroppen og utførelse av jobben. Den andre gruppen mente derimot

---

<sup>10</sup> Mot kvalme

at faktorene kunne spille inn. De av informantene som tilhørte den første kategorien hadde til felles av de hadde desidert lengst fartstid i ambulansetjenesten (mellom 20 og 40 års erfaring). Samtlige var menn. De som tilhørte den andre kategorien, altså de som mente faktorene potensielt sett kunne spille inn, var enten sykepleier, kvinne eller hadde mindre erfaring enn de øvrige informantene (omtrent ti år).

En av informantene med sykepleierbakgrunn henviste direkte til kroppens reaksjoner dersom man ikke får i seg tilstrekkelig med næring eller hvile. Sult påvirker konsentrasjon, noe som vil gå ut over ens fokus på en oppgave. Mindre konsentrasjon fører også til slurv, samt at sult vil føre til mindre toleranse og mindre energi. *"Hvis du er sulten, ikke sant, så tenker du mest på å få deg mat, og blodsukkeret blir lavt"*. Hverdagen i ambulansetjenesten gir liten forutsigbarhet i forhold til matpauser. Etter hvert lærer man å ta med seg penger eller bankkort i lomma slik at man kan kjøpe noe på veien dersom tiden går. *"Etter noen-og-tyve år i tjenesten så vet du at du ikke skal gå sulten"*, fortalte en av informantene. Plutselig kan man være vekke i tre-fire timer på et oppdrag, og da hjelper det ikke å være dotrengt eller sulten. Det ble nevnt flere ganger at konsentrasjonen forsvinner lettere ved mangel på næring fordi man tenker bare på at man snart må bli ferdig slik at man kan spise.

Omtrent halvparten av informantene mente at sult ikke påvirket dem nevneverdig. *"Vi klarer å balansere dette ganske bra"*, forklarte en. *"Sult greier jeg å skyve til sides"*. Mange har mat lett tilgjengelig, og har for eksempel en sjokolade eller vannflaske liggende klar i bilen. Det kan være utfordrende å dra ut på tidskrevende oppdrag når sist matpause var for flere timer siden. En av informantene forklarte at han kunne finne på å be AMK om å vente fordi han måtte ha i seg noe mat og drikke før han kunne starte på oppdraget. Generelt sett hadde ambulanspersonell og hjelpekorps et høyt terskel for å be om pauser, og de arbeider ofte "på tomgang" på grunn av en uforutsigbar arbeidsdag.

Informantene ble også bedt om å vurdere hvordan utmattelse kunne spille inn på arbeidsdagen. Ved sjeldne anledninger kan man tilbringe et helt skift ute på oppdrag. *"Tjueto timer i bilen i løpet av et døgn... det fører til utmattelse uansett. Du strekker grensene når du jobber så lenge"*, fortalte en informant. Oppdrag på nattestid eller for øvrig når man ikke har fått tilstrekkelig med søvn kan føre til at utførelsen av arbeidet ikke går like lett som det ellers ville gjort.

*"Jeg har sittet våken hele natten og vært klar for å gå hjem om morgenen, og så får jeg et oppdrag klokka sju. Jeg hører på hva som blir sagt, men jeg klarer ikke sy trådene sammen."*

*Det er bare en ulldott oppi hodet, og du klarer ikke sortere informasjon skikkelig fordi du er så trøtt.”*

Det ble påpekt av de fleste informantene at å ha en kort lunte ikke var forenelig med jobb i ambulansetjenesten. Enhver har et eget ansvar for å stille uthvilt på vakt. Samtidig kan faktorer på jobb forsterke spesielt utmattelse, mente en informant. Å arbeide sammen med en makker som ikke er på samme nivå som en selv kan ha en negativ påvirkning på utførelsen av jobben, mente vedkommende. Dette kan føre til en økt følelse av utmattelse fordi man må selv ta mer ansvar enn normalt.

### **Tilgjengelige ressurser som stressmoment**

Samtlige informanter beskrev stress som et negativ ladet begrep. Å være stresset mens man var på vakt var ikke noe som skjedde ofte. De profesjonelle ambulansesarbeiderne påpekte at det å ha en makker som er uerfaren eller vikar lett kan føre til stress. Ofte fører dette til at den erfarne må gjøre flere ting på en gang, som for eksempel kjøring og medisinerer som nevnt tidligere. Et oppdrag med høy alvorlighetsgrad kan også fremstå som stressende helt til man har kommet i gang. Informanter fra hjelpekorpsene viste til når de fikk melding om skred. Hastegraden er meget høy ved snøskred fordi sannsynligheten for å overleve dersom man blir begravd av et skred synker kraftig etter femten minutter<sup>11</sup>. En slik situasjonen kan dermed virke særlig stressende idet de rykker ut. Men plutselig ender man opp i jobb-modus, og ”da kjører vi bare på”, forklarte de.

Enkelte ganger kan man oppleve at ressursene ikke er tilpasset oppdragsmengden som kan oppstå. Mange av informantene fikk en følelse av stress når pasienter måtte vente mer enn hva som var planlagt på grunn av få ressurser. De i ambulansetjenesten måtte ofte skynde seg når de var på et oppdrag fordi mange andre oppdrag lå på vent. ”Du har ikke tid til å gjøre det skikkelig for det står så mye på vent”, sa en av informantene. Et oppdrag som ble brukt som eksempel var en eldre pasient med brystmerter. Det ble besluttet å dra til det lokale legekantoret for å konsultere med en lege om videre tiltak og behandling. På legekantoret ble det brukt tid på å undersøke pasienten og det ble besluttet at pasienten måtte til SUS. Mens dette pågikk falt en annen pasient om i naborommet, og sykepleiere, legen og ambulansepersonellet lot den første pasienten vente mens de hjalp til i naborommet. I ettertid uttrykte ambulansepersonellet at de var glade for at det ikke var noen oppdrag som lå på vent

---

<sup>11</sup> Tall fra Norges Geotekniske Institutt

den formiddagen. Hvis det var tilfellet ville det ikke nødvendigvis vært tid til å ta EKG i hjemmet, og legen kunne ikke foretatt en så omfattende undersøkelse på legevakten, samtidig som de hjalp den andre personen som falt om. Dersom det ligger flere turer på vent og alle andre biler er opptatt, må man raskere avgjøre hvilken behandling pasienten trenger. Oppdrag ute i distriktene innebærer vesentlig tid i kjøring til SUS, og dette fører til at bilen vil være utilgjengelig den tiden det tar å kjøre til Stavanger og tilbake. I rushtiden vil denne tiden forlenges. For pasienten sin del oppleves det ofte som en ulempe å reise mange mil fra hjemmeplassen og inn til SUS. Det er dermed viktig å vurdere om pasienten skal til lege, legevakt, tilbake til hjemmet, eller transporteres til SUS. Ambulansepersonell kan oppleve dette som stressende dersom de ikke får tilstrekkelig tid for å gjøre slike vurderinger, samt å gi pasienten den hjelpen den trenger. Den ubehagelige følelsen av at oppdrag ligger og venter påvirker utførelsen av pasientundersøkelse og behandling. Beredskapsforflytning oppstår når ambulanser midlertidig flyttes til en annen stasjon fordi det er mangel på tilgjengelige biler. Dette kan skje dersom det er mange oppdrag av langvarig karakter, for eksempel krevende oppdrag eller transportering av pasient over en lengre strekning. Beredskapsforflytning skjer flere ganger i uken, i følge informantene. De uttrykte en bekymring over for lite tilgjengelige ressurser. Ved flere tilfeller var det kun én ledig bil over et tidsrom på flere timer. *”Får vi en front-mot-front så er vi alene til en bil fra nabostasjonene kommer. (...) Da kan vi faktisk risikere og bli sittende i tyve minutter alene”*. Et scenario hvor det var bare en eneste bil tilgjengelig viste seg å være aktuelt flere ganger i uka. *”Det går som regel veldig godt, men det er som regel når det smeller at det er alt for lite ressurser i området her”*.

Forsinkelse og stress henger sammen. Forsinkelser kan oppstå i alle ledd, og det kan handle om eksempelvis bruk av utstyr, kommunikasjon eller trafikk-mønsteret. En av informantene fortalte at hvis en ligger bakpå så må man forsøke å ta igjen det tapte. Det vil ikke alltid være rom for det, og da kan forsinkelser føre til stress. Forsinkelse kan også oppstå når man forsøker å komme fram til pasienten. Ved et tilfelle rykket en bil ut til en pasient som hadde meldt i fra om brystmerter, og oppdraget ble kategorisert som rødt. Da ambulansen kom fram til adressen visste de bare hvilken etasje vedkommende bodde i. I det de kommer opp i riktig etasje ser de innganger til mange leiligheter, hvorav samtlige dører var låste og uten navn.

*”Det er klart, når det sitter en der hvor sekundene teller på, så blir du litt frustrert. Vi må jo inn. Det er klart, da gir du opp litt. Og det nytter ikke å gi opp. Da har du tapt. Det er ikke ofte det skjer, vi finner alltid en løsning. Men det kan jo hende at det går litt tregt.”*

Til slutt får ambulanspersonellet tilgang på den aktuelle leiligheten. I dette tilfellet hadde vedkommende fått hjertestans og ble senere erklært død. Det var ingenting som tydet på at forsinkelsen bidro til det fatale utfallet.

## **Problemløsning og beslutningstaking**

### **Forstyrrelser**

Eksemplet ovenfor viser hvordan omgivelsene kan hindre utførelse av arbeidsoppgaver. De fleste av informantene satt igjen med en følelse av at de generelt sett fikk tilstrekkelig med informasjon i forkant av et oppdrag. Likevel kan det være utfordrende å finne ut nøyaktig hvor man skal hen. Navneløse dører er ikke uvanlig, og det er stadig færre som ikke har ringeklokke. Samtidig påstod flere av informantene at AMK har i de siste årene utviklet seg, og de stiller innringer stadig mer grundige spørsmål. Informantene uttrykte en forståelse for at operatørene i AMK kan oppleve hektiske dager, samt at de kan ha vanskeligheter med å få tilstrekkelig informasjon fra innringer. En informant fortalte at noen ganger forstår ikke AMK hva som blir sagt på grunn av språkproblemer. Likevel er de nødt til å sende ut en ambulanse fordi de forstår at noen ønsker hjelp. Mangel på informasjon mente de fleste at man kunne styre selv, fordi ambulanspersonell må selv kunne være proaktiv og spørre om opplysninger man vil ha. *”Det er jo klart, de (AMK, anm.) kan jo ikke skrive ned alt i meldingsfeltet. Hvis det er noe vi lurer på kan vi ringe de opp igjen”*, sa en informant. Mange av informantene forklarte at det er enkelt å kontakte AMK selv for å få utfyllende informasjon.

*”For du vet jo ofte hvor det svikter hen, hvor er det du får minst opplysninger hen? Jeg vet jo at hvis jeg skal ha en hjertepasient så vet jeg at denne skal inn på et behandlingsrom. Det får jeg ikke opplyst noe om, og det vil jeg gjerne vite før jeg kommer inn. Eller at jeg vil ha hjelp i mottakelsen, for eksempel av en kardiolog eller en kirurg. Det gjelder å være litt på hugget.”*

### **Rus og psykiatri**

Oppdrag relatert til rus og psykiatri er en betydelig del av arbeidsdagen i ambulansetjenesten. Flere av informantene forklarte at enkelte pasienter kunne true ambulanspersonellet og sette deres sikkerhet i fare. De fleste ambulansarbeiderne hadde eksempler på slike oppdrag hvor informasjon om at pasienten kunne være farlig var kjent for enkelte ledd i behandlingsskjeden,

uten at ambulansen fikk beskjed om det. Dette gjaldt både den profesjonelle tjenesten og hjelpekorpsset. I slike tilfeller kan en person sin historikk inneholde blant annet truende oppførsel, utagerende adferd, bruk av våpen, eller ha en dom relatert til for eksempel vold eller trusler. Konsekvensen av dette er at denne typen oppdrag blir merket med en rød trekant. Politiet skal alltid varsles i forkant ved slike oppdrag. De fleste av informantene hadde opplevd hendelser hvor den røde trekanten ikke dukket opp i tilfeller med personer hvor det var kjent at deres egen sikkerhet tidligere hadde vært truet. Det hender at pasienter har oppført seg truende mens de er inni ambulansen. Mange av informantene hadde opplevd at pasienter med rus- eller psykiske problemer har forsøkt å rasere bilen. I det situasjonen eskalerer må ambulanspersonellet raskt bestemme seg for om de vil forsøke å roe ned pasienten. Hvis det går for langt vil alternativene stå mellom å låse pasienten ute av bilen eller å låse vedkommende inne i bilen. Informanter med mer enn ti års erfaring fortalte at de ofte klarer å snakke seg ut av ting før situasjonen oppleves som farlig.

*”Men det gjelder å være føre var, og før vi vekker en fra overdose ser man rundt seg at det ikke er noe kniv eller saks liggende rundt. Balltre er jo typisk på Jæren. Det står bak døra, det er ikke så uvanlig.”*

*”Vi gir jo motgift, først intramuskulært, så intravenøst etterpå. Hvis du er litt uheldig og gir litt for mye dose litt for fort så kan de bråvåkne, og så reiser de seg opp og er sint fordi du har ødelagt den rusen som de har betalt 2000 kroner for. Jeg har blitt truet på det. Da var det sånn at han stod der og skulle ta meg. Så fant jeg ut at... jeg fikk snakket meg ut av det.”*

I mange tilfeller vil politiet bidra på slike oppdrag, og dette samarbeidet ble trukket fram av mange informanter. *”Og politiet er vanvittig flinke med oss. Er de med på en knivstikking og de ikke har funnet gjerningsmannen, så blir vi så beskyttet at... Det er betryggende”*, uttalte en informant. Flere uttrykte en frustrasjon over at oppdrag som skal være merket med rød trekant ikke blir merket. Likevel kom det til syne en viss forståelse for hvorfor dette skjedde.

*”Det er slik når det skal gjennom flere ledd, det er jo menneskelig, og det blir feil å si at ikke alle er like flinke, men de er kanskje flinke på andre områder igjen. Men det skjer en svikt av og til.”*

Igjen trakk informantene det fram at det enkleste er ofte å spørre AMK direkte om det er noe de bør ta hensyn til. Likevel er ikke alltid naturlig å spørre om slike ting, da de fleste oppdrag forløper uten utagerende pasienter.

Hvis man møter på en pasient som er utagerende eller truende er det ikke uvanlig at ambulansen faktisk må behandle pasienten når man har fått kontroll på situasjonen. Enkelte har opplevd å bli truet, spyttet på eller få slag etter seg. Det var for øvrig enighet blant informantene om at man må tåle mye som ambulanspersonell. Urettferdig behandling, for eksempel hets, vold eller trusler, var likevel ikke noe man måtte godta. Hvis man ble utsatt for urettferdig behandling av noen som stod på sidelinjen, mente de fleste informantene at dette ikke ville påvirke pasientbehandlingen. Mange informanter fortalte at de hadde trent på å luke vekk forstyrrende omgivelser mens de arbeider. Informantene med lengst erfaring (mer enn femten år) uttalte på generell basis at forstyrrelser i omgivelsene ikke påvirket dem i utførelsen av arbeidet. Flere av informantene med mindre erfaring uttrykte at omgivelsene kunne spille inn. Særlig pågående pårørende, vær, vind og lende ble nevnt som eksempler. Konsekvensen av dette var distraksjon og manglende konsentrasjon, samt at provokasjoner fra tilskuere kunne utløse sinne og frustrasjon.

Effekten av omgivelsene spiller ulikt inn ut i fra person til person. Grad av erfaring spilte en mindre rolle når det gjaldt pasientbehandling når pasienten selv hadde vært truende. *”Du blir litt mer reservert. Du blir mer forsiktig. Du vil gjøre det beste, men pasienten vil ikke ha deg”*. Det er utfordrende å utføre en pasientundersøkelse på en person som nettopp har forsøkt å utøve vold eller fremsatt trusler mot deg. Både intervjuer og feltsamtaler bekreftet dette. Årsaken til dette var både redsel for personen fordi vedkommende truet ens egen sikkerhet, samtidig som det var et sinne rettet mot behandlingen en selv fikk av vedkommende. Dette viste seg å gjelde både for det profesjonelle ambulanspersonellet så vel som i hjelpekorpsset.

### **Mellommenneskelige forhold i team**

De fleste beskrivelsene av samarbeid og samhandling i team kan deles i to kategorier; (1) å jobbe med en makker man kjenner godt, og (2) å ha en makker man ikke kjenner noe særlig, enten fordi han er ny på stasjonen og/eller fordi han er nyutdannet. I ambulansetjenesten vil den med mest erfaring som oftest være lederen på bilen. Den informanten som hadde lengst erfaring (godt over 30 år) mente at han fikk naturlig mye myndighet, siden han stort sett var den eldste på bilen. Innenfor hjelpekorpsset blir det nødvendigvis ikke gjort slik, selv om

erfaring likevel spiller en stor rolle. *”Hvis jeg må kjøre scooter i møkkavær så vil jeg gjerne bestemme selv hvem jeg skal ha med meg ut, og ikke få tildelt en andremann<sup>12</sup>”*, uttalte en av informantene fra hjelpekorpsset. Alt etter hvor mange man har å velge mellom så ville det være en mulighet for å påvirke hvem man vil ha med seg på scooteren ved et oppdrag. Leteaksjoner eller henteoppdrag utenfor bynære strøk kan være preget av utfordrende vær, dårlig sikt og generelt store fysiske påkjenninger for hjelpemannskapene. Både de frivillige og de profesjonelle ambulansesarbeiderne la vekt på hvor viktig det var å kjenne og å ha et godt forhold til sin makker. Det som utmerket seg som en forskjell var hvordan informantene fra hjelpekorpsset la mer vekt på at de ikke ønsket en sidemann som de ikke kjente dersom oppdraget var spesielt krevende. For de profesjonelle fremstod det ikke som om de noe å si vedrørende valg av makker. Ved inndeling av team på starten av hvert skift var det ingen særlige diskusjoner omkring teamsammensettingen.

Tillit og samhandling henger tett sammen. Informantene fra hjelpekorpsset vektla tillit og kjennskap til sin makker i høyere grad enn hva ambulanspersonell gjorde. For medlemmene i hjelpekorpsset fremstod det som lite ønskelig å være scootersjåfør med en andremann som de ikke kjente til fra før av. Tilliten blant makkere må skapes i forkant av et oppdrag. *”Spesielt hvis man har trent sammen har man bedre roller og samspill, og man samarbeider på en annen måte”*, sa en informant fra hjelpekorpsset. Det ble påpekt av flere at kommunikasjonen må være tilstede hele veien. Dersom kommunikasjonen går dårlig og en ikke stoler ordentlig på makkeren sin, kan det bli rot. *”Jeg shutter down, og jeg deler ikke valg jeg tar”*, forklarte en informant. Lederrollen er svært viktig for å få et velfungerende team. Det må fordeles hvem som for eksempel tar pasientkontakt og hvem som gjør klart utstyr. Og det gjelder å lede på den riktige måten, for det er ikke tilstrekkelig å bare gi ordre. Jo mer tidspresset en situasjon er, jo mindre diskusjon er det tid til. Med andre ord vil det kreve mye av en leder i en kaotisk situasjon hvor man må arbeide raskt. En av informantene fra hjelpekorpsset med lang erfaring (omtrent tyve år) uttalte:

*”Ved et alminnelig oppdrag kan du bruke det som en læringsfase. Har du kontroll og du har uerfarne folk kan du bruke det som erfaringslæring. Ved ekstreme oppdrag og du har med folk og de ser at du gjør det sjøl, da skjønner de kanskje at det er alvorlig. Folk må få en sjans og prøve. Få erfaring inn i måten å gjøre ting på er viktig. Du kan være en mentor. Du vet hva dette går i.”*

---

<sup>12</sup> Sidemann på scooter

De uerfarne (inntil fem år) informantene fra hjelpekorpsset uttrykte samme forståelse. Ved en alvorlig situasjon trakk de seg naturlig vekk for å gi plass til de erfarne. Dette begrunnet en av de med at *”det ikke var tid til at jeg skulle finne ut av ting”*. De uerfarne følte det var tryggere å observere og assistere de erfarne i alvorlige situasjoner enn å ta styringen selv.

Mens man forbereder seg på et oppdrag er det mye rom for å gå igjennom forventninger om hva som kan vente, samt tanker om prosedyrer. Dette anses som en viktig del av oppdraget, i følge informanter fra både den profesjonelle og den frivillige tjenesten. *”Hvis vi mistenker lårbeinsbrudd, hva må jeg tenke på her? Utstyr, bære, puls, puls, puls, og blødning,”* forklarte en informant fra hjelpekorpsset. I forbindelse med det kraftige snøfallet på Jæren i desember 2012 ble frivillige organisasjoner bedt om å bidra, og hjelpekorpsset flyttet blant annet sine snøscootere fra vaktstasjonen på fjellet og ned til E39 (Fylkesmannen i Rogaland, 2013). Flere hundre biler ble sittende fast langs europaveien på grunn av kraftig snøfall og mye vind. E39 ble til slutt stengt, noe som førte til at bilene verken kom seg frem eller tilbake. Under briefingen før scootersjåførene gjorde seg klare forsøkte de å kartlegge *hva var det verste som kunne skje? Hvordan takler man akutt sykdom eller hjertestans dersom det skjer og ingen biler kan kjøre inn? ”Da har vi tenkt gjennom hva vi skal gjøre ved slike situasjoner. Situasjonstenking på hvordan du vil løse problemet. Det får du til via erfaringsutveksling”*, forklarte én av de. En av informantene fra den profesjonelle tjenesten forklarte at han opplevde det som viktig å få vite hva makkeren tenkte om oppdraget de var på vei til. I tillegg stilte han spørsmål til både seg selv og makkeren som for eksempel er det noe vi bør passe oss for, har vi rette bekleddingen, eller trenger vi hansker eller munnbind. *”Jeg synes det er veldig viktig å prate, for da har du forberedt deg litt på det som kommer. Og det skal du.”*

Som oftest fører kompetanse og erfaring til at teamet arbeider likt. Likevel kan man oppleve uenigheter seg i mellom. *”Jeg merker det veldig fort hvis det er ting jeg føler ikke stemmer helt med sånn som vi bør gjøre det. Og da er jeg litt forsiktig, for du skal ikke gå å bryte de av, men jeg kommer ofte med litt input”*, forklarte en informant. Samtlige informanter mente at de var stort sett veldig godt samkjørte med kollegaene sine. Problemer med å forstå hverandre oppstår sjeldent. Informantene ble spurt om de noen gang hadde opplevd et behov for å ta over andres oppgaver eller rolle, og flere mente dette hadde skjedd i forbindelse med nye vikarer eller nyutdannede. Omtrent halvparten av disse ønsket ikke å bekrefte at de hatt *”tatt over”* oppgaver eller roller, for de ønsket heller å bruke mildere begreper som for eksempel *”gå inn å justere litt”*. Felles for dette var at de ønsket å korrigere

makkeren på en diskre måte. Det var ikke ønskelig at det skulle bli en diskusjon foran pasient eller pårørende, og derfor forsøkte de fleste å rette opp uten å ta en diskusjon rundt det.

*”Du kan prøve å spore de innpå, spørre om vi burde sett på det og det, eller ”kan du tenke deg og gjort sånn og sånn”. For det er veldig farlig å gjøre makkeren usikker. Vi er jo to på bilen, og dette skal vi dra i lag. For neste gang kan det være meg som overser noe”.*

Blir teamet preget av uenighet eller at de får en følelse av å være rådvill, viste det seg at de fleste informantene påstod at de går raskt inn i seg selv og evaluerer situasjonen. Flere påpekte at som ambulanspersonell blir du aldri utlært. Hele tiden må man spørre seg selv om man har gjort det en skal, er jeg fornøyd med bevissthetsnivået, eller har jeg tatt blodsukker og blodtrykk?, forklarte informantene fra ambulansetjenesten.

### **Når ting ikke går som planlagt**

På tross av lang tjenestetid vil det alltid være enkelte ting man ikke har vært borti mer enn et fåtall ganger. Ferdigheter som man en gang har lært teknikken på, men som sjeldent blir utøvet, kan forekomme, påstod en informant fra ambulansetjenesten. Et eksempel var intubering<sup>13</sup>, som enkelte av informantene opplevde i gjennomsnitt bare én gang i året. Det kan også oppstå hendelser som krever behandling man aldri har gjort før. Et eksempel som ble dratt fram av en informant var en gang de kom frem til en pasient som var hadde blitt klemt av et betongelement, hvor brystkassa hadde fått omfattende skader. Vedkommende slet med å puste, og på grunn av trykkpneumothorax<sup>14</sup> måtte det settes grov kanyle for å slippe ut litt av lufta som klemmer lungene samme, forklarte informanten. Tilstanden kan være livstruende (Vollebæk, 2011). Å sette grov kanyle under slike forutsetninger var noe informanten hadde lært, men aldri utført. I dette tilfellet var luftambulansen i nærheten, slik at informanten og hans makker fikk bistand. Informanten påpekte likevel at dersom luftambulansen *ikke* hadde kommet kunne resultatet vært noe annet. Dårlig flyvær, tekniske problemer eller hviletid er bare noen eksempler på hva som kan hindre redningshelikoptrene eller luftambulansen i å bistå ved oppdrag med høy hastegrad.

Informantene fikk alle spørsmål om de noen ganger hadde vært rådvill i forbindelse med et oppdrag. Uavhengig av erfaringsgrad svarte de fleste at denne følelsen stort sett ikke

---

<sup>13</sup> Intubasjon ved hjertestans skjer for å sikre frie luftveier og for å bistå med pusteveie. Hentet fra <http://sml.snl.no/intubasjon> 24.04.14

<sup>14</sup> Trykk i brystbenet som kan klemme lungene. Oppstår etter traume.

forekom. En informant fortalte: *Jeg har hatt mange rare tanker oppi hodet mitt. (...) Dersom jeg er veldig i tvil så velger jeg å kalle opp AMK-legen og spør meg til råds*". Dette var i så fall etter at vedkommende og makkeren hadde diskutert sammen uten å komme fram til noe. Dersom de ber AMK-legen om bistand over samband eller telefon får de logget at de har erkjent at de trenger hjelp. Da fikk de en følelse av at ansvaret ble delt mellom dem og legen. Dette opplevdes som en trygghet for ambulansesjåførene fordi de i samråd med legen har kommet fram til en måte å behandle på. *"Det er en ekkel følelse når ingenting av det du har iverksatt som du trodde skulle hjelpe... Hvis ingenting av det hjelper så blir du litt frustrert og rådløs"*, forklarte en.

## Situasjonsforståelse

### Ulik forståelse

Samtlige informanter mente at i det lange løp har teamet en felles forståelse og en enighet om hva som foregår og hvilke tiltak man setter i gang. Likevel er det ikke til å unngå at erfaring spiller inn på kompetansenivået. Dette ble påpekt både av de med lite erfaring og med høy grad av erfaring. En som er ny har ikke samme forutsetninger for å vite det samme som en med masse erfaring, forklarte en informant med omtrent ti års erfaring.

*"Det er jo klart at en som har mer erfaring ser ting videre og ser ting fremover, og han ser andre ting enn en fersk en. Men som sagt, det er derfor vi er to. (...) Har du en fersk en og en med erfaring og blander disse to så får pasienten god behandling."*

Ulikheter i situasjonsforståelse vises blant annet i hvor mye tid en ønsker å bruke med pasienten før eventuell avreise, eller hvordan en vurderer alvorlighetsgraden. Det er viktig å ikke låse seg fast i den første oppfatningen man fikk om pasienten. Fulle folk kan være folk med føling<sup>15</sup>, og dette trakk flere informanter frem. Det kan være andre ting som ligger bak den tilsynelatende årsaken til symptomene som pasienten har, og det kan være farlig å gå i den fella ved å ikke tenke over det, sa en informant. Et annet eksempel er at en fersk eller ukonsentrert ambulansarbeider kan se på en pasient og tenke "jaja, han puster jo" selv om vedkommende er blek og har magesmerter. *"En som har masse erfaring kan da tenke at okei, dette kan ha noe med sirkulasjonen å gjøre, han kan ha en indre blødning. Han må vi ha fort"*

---

<sup>15</sup> Lavt blodsukker

ut.”, sa en informant. Dersom teamet har en uenighet, for eksempel om pasienten bør fraktes til legevakt eller sykehus så vil vanligvis den mest erfarne være fartøysjef, og som ansvarlig vil vedkommende dermed ta den endelige beslutningen.

I bilen på vei ut på et oppdrag vil AMK sende informasjon elektronisk som vises på en skjerm fremme i ambulansen. Informasjon om blant annet navn og alder på pasient, adresse, oppdragets art og pasientens tilstand er blant det som kan stå beskrevet. Hvordan en forholder seg denne informasjonen skjer på ulike måter. En informant beskrev det på følgende måte:

*”Vi er forskjellige, noen ønsker all mulig informasjon på veien ut, mens jeg ønsker egentlig å vite minst mulig og heller la meg selv danne et bilde av det jeg skal gjøre i stedet for at AMK har skrevet en stor avhandling om hva som er problemet og tidligere sykdommer. For meg er det nok å vite at det er en person som trenger hjelp og hva adressen er.”*

Dette ble trukket frem av mange av informantene med mer enn 15 års erfaring. De påstod at det var i størst grad de yngre som lot seg påvirke av informasjonen de fikk i forkant. Flere av de erfarne uttrykte en lettere frustrasjon over at enkelte skrev pasientens rapport ut i fra denne informasjonen – før de i det hele tatt hadde truffet pasienten. *”En subjektiv oppfatning fra AMK er det de skriver av. Da føler jeg du har tråkket et steg inn i en beslutningsfelle”*, sa en annen informant. En påpekte at det var greit å skrive brystmerter dersom det ble opplyst om i forkant, *«men for øvrig forklarer man pasienten best med egne ord»*. Det ble også sagt at selv om det som regel er samsvar mellom deres oppfattelse og informasjonen AMK har kommet med, så skal man ikke skrive før man har vurdert pasienten med egne ører og øyne.

### **Når man møter ting utenom det vanlige**

Under intervjuene ble informantene bedt om å gi eksempler på oppdrag som er ekstraordinært eller noe spesielt utover ”vanlige” oppdrag. Det som ble hyppigst nevnt var barn som pasient. På tross av gode prosedyrer er det enkelte sykdomsbilder og skader man sjeldent ser. Derfor mangler man rutiner, ble det påstått. Barn har ofte diffuse symptomer i forhold til voksne, og det kan være vanskelig å vurdere alvorlighetsgraden. I tillegg vil kroppen til barn kompensere for skader i en annen grad enn voksne, med det resultat at barn kan plutselig kollapse kort tid etter traumene. For øvrig ble det tillagt et menneskelig aspekt, hvor informantene uttalte hvor belastende det kunne være med alvorlig syke eller skadde barn. Det opplevdes som tøft for de som hadde vært i trafikkulykker hvor det var barn involvert. *”Det er så uvirkelig å være med. For det er ikke noe man gjør til daglig”*, sa en informant.

Trafikkulykker ble også trukket fram som et ekstraordinært oppdrag. Ingen trafikkulykker er like, og det blir aldri en rutine. Ved trafikkulykker gjør man seg ofte opp et inntrykk når man har ankommet skadestedet, og dette førsteinntrykket skjer før man har gått ut av bilen, forklarte en informant med omtrent tretti års erfaring.

*”Du kan mange ganger se på bilen, hvilke skader kjøretøyet har, hvordan de ser ut, hvilke type bil det er, fartsgrense... og da kan du nesten før du kommer bort se om pasienten er hardt skadd eller ikke. Ikke alltid, men mange ganger kan du det.”*

Paralleller kan trekkes til snøskred som informantene fra hjelpekorpsset trakk fram som ekstraordinære oppdrag. Prosedyrer og opplæring gir et godt grunnlag for redningsarbeidet, men det vil likevel ikke bli en rutine. *”Skredkortet<sup>16</sup> gir en prosedyre, og man bruker kortet for å ikke glemme det. Grunnprinsipper er likt, men en helikopterlandingsplass er ikke alltid lik”*, sa en informant fra hjelpekorpsset. Selv om man vet hva man skal gjøre så vet man ikke hvor mye energi som har vært involvert før man har kommet fram til ulykkesstedet. Flere ganger kom det fram at mange med lang erfaring kunne overdimensjonere hendelsene før de var kommet fram til pasienten eller skadestedet. Ofte fant de raskt ut at det var mindre alvorlig enn forventet. De mindre erfarne ambulansearbeiderne skilte seg ut i ved at de ikke nedjusterte hendelsene på samme måte. For dem opplevdes situasjoner mer alvorlig også mens de behandlet pasienter. Deres oppfattelse var at situasjonen var mer hektisk enn hva de godt erfarne mente.

Enkelte ganger har likevel intensiteten vært høyere enn forventet, uavhengig av erfaringsnivå. *”Du vet aldri hva som venter. Du danner deg et bilde av situasjonen, men noen ganger revner alt”*, ble det sagt av en informant med omtrent 20 års erfaring. Vedkommende hadde fått melding om en trafikkulykke på E39 som innebar en front-mot-front-kollisjon. Idet de kom fram viste det seg å være to personbiler og en minibuss som hadde krasjet. Det var to omkomne på stedet, og en person lå hardt skadd utenfor kjøretøyene etter å ha blitt kastet ut. En mor og datter satt fastklemt i en av personbilene, hvor én av dem var omkommet. *”Cirka åtte-ti-femten personer i minibussen, noen med bruddskader. Og da, å få oversikt når du er første bil... jesus...”*. Ideelt sett bør du ha to mann per pasient som er alvorlig skadd, sa en annen informant på generelt grunnlag. Å ha slike ressurser vil aldri skje umiddelbart etter en ulykke har funnet sted. *”Du kan ikke bare ta en pasient og reise”*, sa en informant om å være første bil på skadestedet. Ideelt sett skal lederen kunne utfylle rollen sin uten å ta seg av

---

<sup>16</sup> Norges Røde Kors' verktøy for innsats i skred

pasienter. I dette eksemplet kom brannvesenet raskt til skadestedet, samt en ny ambulanse. Å triagere uten å ha oversikt over situasjonen er utfordrende, og når temperaturen ble målt til ti minusgrader spiller tidsdimensjonen en viktig rolle. *”Jeg tenkte at han som var hevet ut av bilen måtte hvert fall gå først. Multitraume... eller i det minste høyenergi”*. Operativ leder fikk bistand av brannvesenet til å frigjøre en av de fastklemte, og den andre ambulansen tok seg av vedkommende som hadde blitt kastet ut i veien. Dermed var to av de hardest skadde tatt hånd om, og to ble erklært omkommet. Brannvesenet hadde skaffet en minibuss som fikk fraktet vekk mange av de med lettere skader. Under intervjuet ble informanten spurt om hvorfor han trodde dette gikk relativt effektivt. En kombinasjon av litt flaks og at vedkommende kjente teamet fra brannvesenet svært godt, svarte informanten. De hadde arbeidet sammen ved flere anledninger, og *”det gikk egentlig veldig på skinner”*, fortalte informanten.

Ikke alle trafikkulykker har vært preget av like godt samarbeid mellom nødetatene. Alle nødetatene kan ha hver sin agenda, sa en informant. Vedkommende hadde opplevd en trafikkulykke hvor de mistenkte rygg- og nakkeskade på en pasient. Mens ambulansepersonellet jobbet med frie luftveier og å sette på nakkekrage, opplevde de at brannvesenet gikk inn for å klippe av taket uten at dette var kommunisert ut til ambulansepersonellet. Selv om dette var en avgjørelse av brannvesenet som førte til oppvaskmøte og nye rutiner i etterkant, følte informanten at han måtte være påpasselig med dette i fremtiden. *”Det kan jo skje at det kommer en fersk brannkonstabel som bare hiver i gang og som ikke kjenner til rutinene”*, forklarte han.

### **Å ta ”en spansk en”**

Alle informantene hadde utallige eksempler på situasjoner som krevde omstilling og improvisering. Det praktiske vedrørende forflytning av pasient var stadig noe som krevde en vurdering først når man har kommet fram til pasienten. Enkelte pasienter må fraktes i liggende stilling, og gamle hus med smale trappeoppganger kan i slike tilfeller være utfordrende. Dette er vanskelig å forberede seg på ettersom man ikke vet slike detaljer på forhånd. *”Alt etter hvilken kategori pasienten er, så må du velge den beste løsningen for han. Men også den beste løsningen for oss”*, forklarte en informant. Det enkle er ofte det beste, og samarbeidet med pasienten selv er avgjørende. Vedkommende kan selv bidra til å gjøre forflytningen så skånsom som mulig. Dersom vedkommende er bevisstløs og ligger i en

vanskelig posisjon byr dette på utfordringer. *”Det er jo klart at A-en<sup>17</sup> er den viktigste, så du har jo ikke alltid korrekt forflytningsmetode eller stilling”*, sa en informant. De fleste informantene påpekte at slike brudd på prosedyrer ikke førte til avvik eller konsekvenser, og de forsvarte det med at det var nødvendig for behandling av pasienten.

For hjelpekorpsset påstod flere informanter at brudd på enkelte prosedyrer var nødvendig, dersom situasjonen var kritisk eller under tidspress. For å kunne bli scootersjåfør for hjelpekorpsset (spesielt for korps som inngår i denne studien) kreves det flere kvalifikasjoner. Utenom å ha sertifikat for scooter kreves det Røde Kors sitt eget scooterkurs og fullført ambulanspersonellkurs, i tillegg til å fullføre en aspirantperiode. En av informantene fortalte at han hadde kjørt ut på et oppdrag sammen med en annen sjåfør som ikke var godkjent scootersjåfør. Vedkommende var kjent i området og hadde sertifikat for scooter. Praktiske hensyn gjorde at de valgte å hente pasienten sammen, ettersom ingen andre godkjente scootersjåførere var til stede. Alternativet var å kjøre alene, noe som ikke er ønskelig. En annen utfordring som dukker opp er regelen om å få oppdraget formelt godkjent før man kjører ut, mye grunnet bestemmelser om kjøring i verneområder. *”I AMK sin prosedyre skal vi vente til vi får et AMIS-nummer, mens i vårt hode vil vi bare kjøre. Hvis han overlever fordi vi kommer tidligere så får vi heller ta den diskusjonen etterpå”*, sa en informant. Slike ting kan oppstå hvis hjelpekorpsset får en henvendelse fra publikum der det bes om hjelp. Dersom det regnes som et helseoppdrag må det meldes inn til AMK hvor de må informeres om hendelsen. Det blir gjort en vurdering om dette blir et oppdrag som skal utføres av hjelpekorpsset. I så fall får hjelpekorpsset kjøretillatelse i verneområder dersom det er aktuelt for oppdraget. Denne prosessen kan være tidkrevende, og informantene fortalte at de flere ganger hadde igangsatt oppdrag før de hadde mottatt bekreftelse på at oppdraget kan igangsettes. Dette gjaldt de tilfellene hvor tidsaspektet var tungtveiende for utfallet. En annen informant fortalte om en hendelse hvor Hovedredningsentralen tok kontakt med vakthytta en vinterdag og varslet om at AMK Sørlandet snart kom til å ta kontakt via AMK Stavanger på grunn av en skadd skiløper som lå langs en merket løype. Plassering av basestasjoner i enkelte av fjellområdene i Rogaland gjør at anrop fra mobiltelefon til medisinsk nødnummer 113 havner hos AMK Sørlandet. I dette tilfellet måtte informasjonen gå gjennom et ekstra ledd, noe som fører til at det hadde løpt enda mer tid før man kunne rykke ut. Informanten forklarte at de regnet med at de kom til å få dette oppdraget uansett, dermed satte de i gang før de fikk endelig bekreftelse. *”Hadde vi gjort akkurat sånn som reglene sa hadde mannen lagt der med*

---

<sup>17</sup> A: airways (ref. ABC-kjeden).

*hodeskade i førti minutter lengre enn det han gjorde”, mente han. Prosedyrene fører til at tiden går, og dette har ført til et behov for å finne omveier for at pasienten skal få hjelp raskere. ”Vi trenger ikke si det høyt. Dette handler om ansvarsforholdet vi har til hyttebefolkningen.”*

## **VI Drøfting**

Drøftingen vil organiseres lik empirikapittelets inndeling. Seksjonen i empirikapittelet som omhandlet bakgrunn vil flettes inn i underkapitlene i drøftingen etter hvert som det faller naturlig. Først vil team og samhandling drøftes mot struktur. Stress er et eksempel på et begrep som informantene tolket på en negativ måte. Denne utfordringen håndterte jeg ved å snakke generelt om team og samhandling, noe som avdekket aspekter ved struktur og stress. Etter denne seksjonen vil beslutningsprosesser drøftes, og til sist diskuteres situasjonsforståelse. Ved denne gjennomgangen blir det klart, i tråd med oppgavens problemstilling, hvilke premisser struktur, beslutningsprosesser og situasjonsforståelse setter for teamarbeid.

For hver seksjon vil det følge en kort oppsummering. Jeg gjør oppmerksom på at resultatene mine er kontekstuellet betinget og derfor ikke generaliserbare. Et overførbarhetspotensiale til andre kontekster kan likevel forsvares (jfr. formål i innledningen av oppgaven). Med grunnlag i at oppgaven triangulerer flere datakilder; intervju, observasjoner og feltsamtaler, i to kontekster (jfr. reliabilitet og validitet i kapittel IV), styrker dette tanker om overførbarhet.

### **Team og samhandling**

#### **Tilgjengeligheten av utstyr**

Ambulansetjenesten er, som tidligere nevnt, i høy grad prosedyrestyrt. Sjekklistene og pakkelistene preger både bilen og utstyersrom. Hver dag var det ulike rutiner for vedlikehold og sjekk av utstyr. Både hjelpekorpsene og ambulansetjenesten plomberte deler av utstyret etter gjennomførte sjekker, for eksempel førstehjelpsvesker og akuttsekken<sup>18</sup>. Plombering gir en bekreftelse på at utstyret er pakket korrekt, og det gir de som skal bruke utstyret en følelse av orden. Legger man til grunn Carne et al. (2012) ser man at dette kan bidra til en hurtigere respons fordi kjennskap til det fysiske miljøet er svært viktig. I tillegg vil kjennskap til tilgjengelige ressurser føre til en bedre individuell situasjonsmodell og felles mentale modeller i teamet (Mackintosh, Berridge & Freeth, 2007). Etersom ambulanspersonellet selv går jevnlig gjennom bilenes utstyr får de en grundig oversikt over hvor man finner hva. De ulike bilene på stasjonene er ikke identiske, men et logisk og tydelig merket system bidrar

---

<sup>18</sup> Sekk for akuttmedisinsk utstyr

til å effektivisere driften. utfordringer finnes for det første ved bruk av vikarer, lærlinger eller andre som kan kategoriseres som uerfarne. Mange vikarer skifter mellom flere stasjoner i regionen, og opplever ulike rutiner for hvert sted. Teamfølelse, som Eriksen (2011) beskriver som typisk for gode team, kan bli utfordrende å skape når deler av mannskapet er sjeldent tilstede eller engasjert på deltid. Noen arbeider som vikarer ved siden av annet arbeid, mens andre livnærer seg fullt og helt på vikartimer i hele regionen. De samme utfordringene ses i hjelpekorpsset. Etersom tilknytningen er basert på frivillighet, betyr det at man ikke nødvendigvis arbeider med utstyret på en jevnlig basis. Da danner man ikke alltid god kjennskap til utstyr og ressursene som Carne et al. (2012) forutsetter. I noen tilfeller kan det gå måneder mellom hver aksjon, og svært få av medlemmene stiller opp på samtlige aksjoner. Enkelte deltar hyppigere enn andre, men i løpet av et år tilsvarer ikke dette en jevn mengde, sett i forhold til de profesjonelles kontekst.

For det andre oppstår det stress i det man oppdager at utstyr som skal være plombert faktisk ikke er det. Det kan bety at noe utstyr har blitt brukt uten at det har blitt fylt på igjen. Dersom hastegraden ved et oppdrag er høy vil det ikke være tid til å gå igjennom utstyret bit for bit for å avdekke hva som eventuelt mangler. Dette trakk flere informanter fram som et irritasjonsmoment. I slike tilfeller får ikke prosedyrene den funksjonen Flin (1996) mener dem skal ha, nettopp å forebygge opplevelsen av stress. Derimot skaper det stress fordi det er et avvik fra normale rutiner. Det samme gjaldt utstyr som ikke måtte plomberes, men hvor man hadde en detaljert pakkelliste å forholde seg til, eksempelvis pakking av pulk. Problemer med utstyr kan føre til feil fokus. Både informanter fra ambulansetjenesten og hjelpekorpsset syntes å enes om dette. En informant forklarte at vedkommende hadde blitt stresset ved et tilfelle da han ikke fikk til å måle blodsukkeret. *"Jeg ville bare ha blodsuktermåleren til å funke igjen. Da fokuserer man mer på problemet, og fokuset går fra pasienten til blodsukkerapparatet"*. Catchpole et al. (2007) har beskrevet hvilke konsekvenser feil og problemer med utstyr kan gi. Både i ambulansetjenesten og i hjelpekorpsset var man avhengig av å kunne bruke utstyr som for eksempel blodsuktermåler for å få tilfredsstillende informasjon om pasienten. Dersom det ikke fungerte kunne dette forstyrre de normale rutinene. Flere av informantene med relativt kort erfaring (under ti år) trakk fram feil på utstyr som et stressmoment, men det var ikke utelukkende mannskap med mindre erfaring som lot seg påvirke. Begrepsbruken var likevel ulik mellom godt erfarne og relativt mindre erfarne. Situasjoner lignende eksempelet med blodsuktermåleren ble betegnet som stressende av informanter med mindre erfaring. Informanter med mer erfaring (lengre enn 15 år) brukte hovedsakelig begrepet irriterende i stedet for stress. Dette kan tyde på at de erfarne registrerer

at et avvik har funnet sted, som problemer eller feil med utstyr, men de blir ikke satt ut av spill i den grad de mer uerfarne blir. I følge LeBlanc et al. (2012) kan stress føre til svekket oppmerksomhet og evne til å ta beslutninger. Avvik på utstyr kan dermed få større konsekvenser enn først antatt.

### **Løsninger gjennom prosedyrer**

Regler, rutiner og prosedyrer er en grunnleggende del av hverdagen. Dette grunnlaget skaper en oppskrift for hvordan initiere responsarbeidet i en krise (Flin, 1996). Endringer i pasientens tilstand, både uforventede og mer forventede, kan føre til stress og følelsen av å være rådvill. Grunnleggende førstehjelp angir en oversikt over prioriteringer ved forkortelsen ABCDE<sup>19</sup> (Morgan-Jones & Hodgets, 1999). Denne prosedyren ga informantene en oppskrift på hvilke arbeidsoppgaver man skulle starte med, og oppskriften gjaldt uavhengig av konteksten. Informantene henviste stadig til denne prosedyren som bidro til å nullstille situasjonen for hver gang de foretok en pasientundersøkelse. Flere informanter refererte til ”å ta ABC-en” på pasienter, og denne gjennomføringen ga dem alltid en status på pasienten. Rasmussens (1983) andre nivå som beskriver adferd kaller dette en regelbasert tilnærming til handlinger og beslutninger. Regler som stammer fra opplæring har blitt til rutiner fordi man har selv erfart disse reglene i bruk. I følge Rasmussen (1983) tilhører dette nivå to ettersom man klarer å begrunne hvorfor man gjør jobben slik man gjør. På det laveste nivået, altså ferdighetsbasert, har man vanskeligheter med å forklare *hvorfor* man gjør slik man gjør. På dette nivået vil man tolke informasjon som tegn (Rasmussen, 1983). Når innsatsmannskap vurderer pasienter etter ABC skjer denne vurderingen etter regler som kontrollerer prosedyrer og rutiner. Tegn man ser etter hos pasienten vil aktivere eller modifisere bestemte handlinger. Oppdager man at A-en (luftveier) ikke er i orden, må man for eksempel gi frie luftveier og se etter fremmedlegemer i svelg. Med andre ord relateres tegn til enkelte trekk ved situasjonen og forhold som er avhengige av hverandre. I denne konteksten avhenger man normalt sett av at A-en er tilfredsstillende før man går videre til B (pust) og C (sirkulasjon). Rasmussens (1983) teori gir et inngående perspektiv på hvordan individer tolker situasjonen og deretter handler. Forekomsten av denne tolkningen og adferden samsvarer med oppgavens funn.

Regler og prosedyrer eksisterer i oppgavens kontekst som oftest relatert til akuttmedisinske prosedyrer og medisinerer. Improvisering er nødvendig fordi ingen situasjoner er like. Improvisering forekommer hyppig innenfor områder som eksempelvis

---

<sup>19</sup> Jfr. kapittel II om begrepsavklaringer

pasientforflytning. I utfordrende situasjoner med elementer som kan virke fremmede kreves det et nivå høyere enn regelbasert adferd (Rasmussen, 1983). I slike tilfeller må man benytte en kunnskapsbasert adferd. For å kunne resonnerer seg fram til å forstå eller forutse omgivelsene må informasjonen på dette nivået tolkes som symboler, i følge Rasmussen (1983). Disse symbolene er ikke det samme som tegn, ettersom tegn begrenser seg til en fysisk tilstedeværelse av fenomener. Symboler handler om meningsdanning av disse fenomenene, og det er en konstruksjon av forhold og prosesser som henger sammen. Eksempelvis hvorfor ikke B-en er i orden når A-en er tilfredsstillende, og når man har gjort tiltak som skulle hjelpe B. Da forsøker man, i følge Rasmussen (1983), å identifisere symboler som danner alternativer for måloppnåelse. Informantene opplevde normalt en trygghet under pasientundersøkelse og behandling, fordi de klarte som oftest å identifisere symboler som dannet et inntrykk av situasjonen. Dermed var det mulig å vurdere hvilke løsninger som passet situasjonen best for måloppnåelse. Et alternativ som ambulanspersonell kan benytte, er å kalle opp AMK-legen for å be om råd. Informanter med ulik bakgrunn og erfaringsnivå viste til dette, og det ble påstått at ordningen var en ekstra trygghet i hverdagen på jobb. Det ble også påpekt at ved å gjøre dette ble det registrert at de ba om hjelp eller råd fra legen, med andre ord har de erkjent at de trenger bistand fra "høyere hold".

Så fremt de frivillige i hjelpekorpsset har radio- eller telefondekning vil de ha mulighet til å få samme bistand som ambulansetjenesten, selv om det ikke er en ordning lik ambulansetjenesten sin. Det er riktignok ikke uvanlig at redningsoppdrag skjer utenfor områder med dekning, og når dette skjer er mannskapene mer overlatt til seg selv. Dersom de frivillige deltar på aksjoner på fjellet kan de i gå i timevis uten å kommunisere med KO<sup>20</sup> grunnet mangel på dekning for samband og telefon. Under slike aksjoner avhenger man i stor grad av hvert enkelt individs kompetanse og personlige egenskaper. Evnen til å gå fra regelbasert til kunnskapsbasert adferd vil være av stor betydning, nettopp fordi man blant annet må forstå sammenhengen mellom forhold og prosesser for å kunne vurdere og forutse situasjonen (Rasmussen, 1983). På det kunnskapsbaserte nivået henger adferd sammen med måloppnåelse. Mål vil variere ut i fra oppdragets art, enten det er fremdrift eller nøyaktighet i søk, eller transport eller behandling av pasient i terreng. Mannskapets vurderinger vil kunne bli begrenset av det regelbaserte nivået, ettersom målet blir implisitt uttrykt ved å finne regler som er basert på tidligere og vellykkede erfaringer med disse reglene (Rasmussen, 1983). Hvis man ikke har erfart en lignende situasjon tidligere må man som nevnt bevege seg mot et

---

<sup>20</sup> Kommandoområde, hvor aksjonsledelsen jobber

høyere nivå for å kunne takle situasjoner hvor man ikke kan benytte tidligere erfaringer. I de tilfeller hvor man er uten mulighet til å be om råd og hjelp vil denne evnen være avgjørende for utfallet.

### **Betydningen av teamsammensetning**

Weick (1990) påpekte hvor viktig det var at et team bestod av mer enn individer som arbeidet sammen. For at teamets funksjon skal kunne utøves må teamet stole på hverandre, samtidig som Weick (1990) påpekte at man må ha det særegne, funksjonelle forholdet som kreves når man arbeider i team. Informanter fra både ambulansetjenesten og hjelpekorpsset la mye vekt på hvor vanskelig det kunne være å forholde seg til vikarer eller nye kollegaer på grunn av en uvisshet om kompetansenivået deres. Informantene følte et press fordi de hadde et formelt ansvar og en følelse av at de måtte ha øynene på en uerfaren makker. Dette førte til flere oppgaver for den erfarne. Dersom makkeren ikke hadde delegering var de selv ansvarlige for medisinerer. Og dersom makkeren ikke var godkjent utrykningsjåfør måtte de selv kjøre gjennom hele skiftet. Måtte man jobbe med en fersk kollega var det likevel ikke ensbetydende at det ville oppstå problemer, og mange understrekte at det fantes dyktige vikarer. Likevel førte det til en viss usikkerhet når man ikke kjente vedkommende noe særlig godt. Støtte for dette finnes i Carne, Kennedy og Gray (2012). Kjennskap til kollegers grad av ekspertise er en variabel som påvirker samarbeidet. Årsaken til dette er at man vet hvilke kapasiteter makkeren sitter, og delegering av arbeidsoppgaver bør sees i sammenheng med disse kapasitetene (Carne, et al., 2012). Personell må inkluderes i teamet både formelt sett og psykologisk, i følge Westrum og Adamski (2009). Selv vikarer som er sjeldent på vakt må sees på som en del av systemet fordi en feil gjort av vedkommende vil kunne få store følger.

Denne tematikken er ikke begrenset til ens egne kollegaer. Redningstjenesten omfatter et samvirke mellom ulike etater og organisasjoner, og ved større hendelser vil man se andre uniformer enn sin egen. Eriksen (2011) påpeker at mannskap i den skarpe enden trenger under en hendelse å avklare blant annet hva som må gjøres og hva som er ressursbehovet. Aktører i redningstjenesten har et felles mål om å redde liv. Det kan eksistere ulike metoder for å nå målet. Det oppstår ofte kommunikasjonsproblemer når ulike aktører opererer sammen, og utveksling av taus kunnskap er viktig for å oppnå effektiv innsats, i følge Laakso og Palomäki (2012). *”Det var veldig greit å jobbe på ulykker med brannvesenet fordi vi kjente hverandre så godt. De visste våre behov og vi hadde veldig godt samvirke. Her er det annerledes, her kjenner jeg knapt en brannmann”*, sa en informant fra ambulansetjenesten, som tidligere

hadde jobbet ved en annen stasjon hvor samarbeid med andre nødetater forekom oftere enn hva som var tilfelle ved den nåværende stasjonen. Andre informanter uttrykte også lignende tanker. Mer om samarbeid på tvers av aktører vil diskuteres senere i kapittelet.

### **Effekten av fysiske påkjenninger**

En konsekvens av uforutsigbarheten som kan prege redningstjenesten, er utfordringer med å få i seg nok mat og drikke. Carne et al. (2012) påstår at planlegging som tar høyde for fremtiden kan bidra til at sult ikke blir en negativt påvirkende faktor på teamets ytelse. Ambulansepersonell påpekte at man lærer etter hvert at man må spise når man har anledning. Flere hadde med seg noe enkelt i bilen, eventuelt penger til å handle for mens man var ute. Erfaringslæring står sterkt innenfor området mat og drikke. *"Du går bare tissetrengt én gang"*, sa en informant. Mye av de samme funnene ble avdekket i hjelpekorpsets kontekst. Likevel er det en forskjell mellom oppgavens to utgangspunkt. Ved leteaksjoner utenfor byområder kreves det at medlemmene i hjelpekorpsset skal kunne ta vare på seg selv i 24 timer. Deltakere på slike leteaksjoner vil alltid bære med seg personlig utstyr som klær og mat, og dermed står de selv ansvarlige for å innta nok mat og drikke underveis. For ambulansetjenesten fungerer det ikke på samme måte. De står fritt til å ta pauser ved behov, når det er tid til det. Mange av informantene ordet seg med mat i løpet av skiftet, men derfor blir de sårbare ved langvarige oppdrag eller travle dager. Funn tyder på at både i ambulansetjenesten og i hjelpekorpsset fantes det en kultur som tilsa at det er viktig å spise når det er nødvendig. Det fremstod likevel som om terskelen for å be om pause var høy. Årsaken til dette fremstod som et individuelt ønske om å komme i gang med oppdrag fordi det er noen som venter på hjelp. Gruppesynergien (Weick, 1990) kan legge føringer på enkeltmedlemmers adferd, og disse føringene kan føre til undertrykkelse av behovet for hvile eller inntak av næring. En informant fortalte at distribueringen av oppdrag kunne bli preget av at AMK ikke alltid hadde oversikten over hvor mye en bil hadde vært ute på oppdrag i løpet av en dag. *"Vaktskiftet er klokka to i AMK, og de ser ikke hvor lenge du har kjørt. Så når de kommer på jobb så vet ikke de om du har vært ute hele dagen"*, sa vedkommende. Årsaken til at dette blir en stressende faktor er at AMK kan be biler fra én stasjon om å ta turer ved andre stasjoner for å hjelpe til hvis det er travelt. Dermed kan de dele gjøre enkle grep og dele på turene blant de som er på jobb på deres stasjon.

Oppgavens empiri har dannet et bilde av hvordan innsatspersonell i redningstjenesten vurderer påvirkningen av for eksempel trøtthet og sult. Som nevnt i kapittel fem deles disse

vurderingene i all hovedsak seg i to. Menn som har mer enn 20 års erfaring påstod at deres prestasjoner på jobb ikke blir påvirket av blant annet sult og/eller trøtthet. *”Sult er ikke et problem for meg. Jeg klarer meg på lite næring.”*, uttalte en informant. I både intervjuer og feltsamtaler ble det diskutert om informantene hadde opplevd behov for å ta over makkerens oppgaver. Sekvensen var ikke i sammenheng med hvordan sult og andre faktorer påvirket arbeidet. Flere av svarene var svært interessante. Blant menn med over 20 års erfaring bekreftet de at dette hadde funnet sted. De fleste henviste til eksempler hvor makkeren (som i disse tilfellene også hadde et betydelig antall år i tjeneste) ikke klarte å utføre jobben sin skikkelig. Forklaringer kunne være at ”vedkommende var sikkert litt sliten” eller ”han var nok litt ukonsentrert”. Biasen av denne typen er interessante fordi de aktuelle informantene har stolt på en feilaktig forenkling av situasjonen (Jones & Roelofsma, 2000), som fører til at de utelukker feil hos seg selv som de ser hos andre. Nettopp mangelen på et kritisk blikk på ens antakelser kan føre til feiltolkninger og misforståelser i informasjonsdelingen (Carne, et al., 2012). Konsekvensen av å utelukke at nevnte svakheter kan oppstå hos en selv kan være store. Følelsen av stress kan forsterkes dersom ens fysiske form er redusert (Kahneman, 2011; Paton & Flin, 1999). Det bør derfor tas høyde for hvilken effekt fysiske påkjenninger kan ha på utføringen av oppgaver som pasientundersøkelse, medisiner og kjøring. Det er ikke tilstrekkelig å anta at erfaring og kompetanse forhindrer effekten som en stressende situasjon kan gi (Mitchell, 1988). Det blir påpekt av samme forfatter at mangelen på retningslinjer for denne type stress og arbeidsbelastning kan føre til negative ettervirkninger.

### **Lange dager og netter**

Ambulansestasjonene hadde tidligere forsøkt en annen skiftordning enn dagens løsning med døgnvakter. Informantene selv ønsket å ha nåværende ordning, ettersom det var lettere å gjennomføre et vaktbytte uten forsinkelser tidlig om morgenen. Tidligere endte skiftene sent på ettermiddagen, og da var det høyere sannsynlighet for oppdrag av langvarig grad som førte til overtid. Flertallet av de ansatte uttrykte at de satt pris på en slik skiftordning fordi det lot seg lettere kombinere med familieliv og fritid. En fulltidsstilling tilsvarte syv døgnvakter i måneden. Når mannskapet var på vakt på stasjonen hadde de anledning til å sove mellom midnatt og klokken 06 om morgenen. Noen netter var rolige, mens andre kunne føre til lite eller ingen søvn. Informantene innrømmet at det kunne være krevende å få oppdrag midt på natten. En informant fra ambulansetjenesten uttalte følgende:

*”Jeg prøver jo alltid å ha fokus på at alle skal ha den rette behandlingen uansett tid på døgnet, men det er jo klart at hvis du hadde hatt noen som fulgte med deg så tror jeg nok at de kunne plukket deg på noe, uten at jeg vet hva det skal være. Men jeg satser jo på at jeg gjør samme jobb på natta som på dagen.”*

Svensson konstaterer i Flin, Salas, Strub og Martin (1997) at humør påvirker piloters ytelse, både i positiv og negativ forstand. Trøtthet og utmattelse kan føre til svingninger i humøret. Piloter må ta beslutninger i et dynamisk miljø som er under tidspress og psykologisk stress (Flin, et al., 1997). Man kan derfor se likhetstrekk mellom ambulanspersonell og piloter. Begge yrkene består av uunngåelig skiftarbeid. Trøtthet kan være vanskelig å unngå, til en viss grad. Disse trekkene er også funnet i forbindelse med hjelpekorpssets aksjoner. Svært få oppdrag er varslet på forhånd, og når alarmen går skal man møte så raskt som overhodet mulig, oftest innen en time. Medlemmene har normalt sett arbeid eller skole ved siden av, slik at leteaksjoner kommer i tillegg til en full arbeidsuke. Mange aksjoner kan også vare gjennom natten. En informant forklarte hvordan det var å arbeide om natten:

*”Sult klarer jeg greit å skyve til sides. Trøtthet er ikke så lett alltid. Jeg vet at hvis jeg må ut på natta etter jeg har sovnet, og jeg må utføre en pasientundersøkelse, så vet jeg at den undersøkelsen er preget av at jeg er trøtt og ikke helt opplagt, og at jeg ikke har så veldig lyst til å være akkurat der, akkurat da.”*

Erfarne redningsmannskap kan utgjøre en risiko dersom de er stresset eller trøtt (Westrum & Adamski, 2009). Trøtthet kan få eksperten til å gjøre feil som er typiske for en uerfaren person. Erfarne kan også øke opplevelsen av stress dersom vedkommende bekymrer seg for driften av arbeidsplassen (Westrum & Adamski, 2009). Begrensede ressurser var noe informantene i ambulansetjenesten var bekymret for, og dette ble nevnt ved flere tilfeller. Et oppdrag gjaldt en pasient i hjemmet som hadde pustebesvær. Det ble tatt EKG og en grundig pasientundersøkelse før det ble besluttet å kjøre til et nærliggende legekantor. Pasienten fikk hjelp til å gå på toalettet både i hjemmet og på legekantoret. Etter en undersøkelse hos legen ble det besluttet at pasienten måtte kjøres til SUS for videre undersøkelser. I etterkant fortalte ambulansarbeiderne at de ikke alltid har tid til å gjøre alt som ble gjort denne gangen. Hvis alle bilene er ute og det ligger flere turer på vent må det raskere avgjøres om pasienten skal til lege, legevakt eller sykehus. På travle dager blir det mindre tid på pasienten, fordi man må skynde seg og levere pasienten dit vedkommende skal, for så å kjøre videre til neste oppdrag.

*”Det går ut over pasienten. Og det synes jeg er dumt. At det er flere som trenger oss mer”.* Samtidig ble det uttrykt forståelse for at økonomien kunne sette begrensninger for økt bemanning. I tillegg påpekte informantene at mange dager faktisk var rolige, med få oppdrag på bilene som var bemannet. Likevel trakk de fram hva konsekvensene kunne være dersom det virkelig smalt:

*”Får vi en front-mot-front nå, så er vi alene til en bil fra en av nabostasjonene kommer. Alt annet (av ambulanser, anm.) er ute. Her kan vi faktisk risikere å bli sittende i tyve minutter alene. Så får vi se om vi får flere som kan komme å bistå. Det går som regel veldig godt, men det er som regel når det smeller at da... da er det alt for lite ressurser i området her.”*

## **Oppsummert**

Både de profesjonelle og de frivillige ambulansepersonellet har gode kunnskaper innenfor feltet de arbeider i. Kompetansen de besitter utgjør et solid grunnlag for å utføre arbeidet, og prosedyrer og regler skaper trygghet i hverdagen. Ambulansepersonell har høy grad av yrkesstolthet, og de uttrykte stor glede over jobben sin. Medlemmer fra hjelpekorpsset uttrykte et stort engasjement for å bidra i redningstjenesten, og de opplevde dette engasjementet som veldig givende.

Bruk av vikarer eller andre som har mindre erfaring fører til at de øvrige teammedlemmene opplever at de selv må ta mer ansvar enn det som er nødvendig og ønskelig. Samtlige informanter uttrykte en viss skepsis til kompetansen til enkelte uerfarne. Dette var hovedsakelig basert på at de ikke kjente vedkommende, og ikke en grunnleggende mistillit.

Individer med høy grad av erfaring viser tegn på å falle tilbake til nivået lik en uerfaren, gitt at de blir påvirket av fysiske påkjenninger, stress, eller når de får følelsen av å være rådvill. Erfaringsnivået legger store føringer på situasjonsforståelsen. De med mindre erfaring blir oftere forstyrret av avbrytelser, og i enkelte tilfeller kan de lettere bli overveldet av situasjonen.

## Beslutningsprosesser

### Når pasienter blir truende

Noen situasjoner kan oppleves som mer uforutsigbare og risikofylte enn andre. Oppdrag relatert til rus og/eller psykiatri anses som risikofylt av informanter fra både ambulansetjenesten og hjelpekorpsset. Flere uttrykte at de følte ens egen sikkerhet ikke var godt nok ivaretatt ved slike oppdrag. En betydelig del av hjelpekorpssets søksoppdrag er også relatert til psykisk syke. Informasjonsdeling i slike saker opplevdes som mangelfull. *”Vi får ikke all informasjonen som man skulle ønske at man hadde. Spesielt ustabile folk, suicidale... Jeg føler meg utrygg fordi jeg vet ikke hva jeg skal inn i”*, uttalte en informant fra hjelpekorpsset. Samtlige informanter trakk fram pasienter knyttet til rus og psykiatri som svar på spørsmål om risiko og usikkerhet i jobben eller i hjelpekorpsset. Slike situasjoner opplevdes som komplekse, uforutsigbare og potensielt farlige. Ambulansepersonell hadde mange ganger opplevd tilfeller hvor ressursene de hadde tilgjengelige ikke var tilstrekkelig for å løse situasjonen. Negativt stress vil da oppstå, i følge LeBlanc, et al. (2012). Løsningen var som oftest å ha evnen til å roe ned slike situasjonen, sa særlig informanter med lang erfaring (over 20 år).

Akutt stress oppstår når kroppen tolker en situasjon som farlig eller utfordrende (Flin, 1996). Hjernen forteller kroppen at man må flykte eller kjempe, og derfor aktiveres flere funksjoner, som nevnt i kapittel tre, for å hjelpe kroppen med å respondere (Flin, 1996; Kahneman, 2011; Weick, 1990, 1993). Når ambulanspersonell opplever pasienter som truende eller utagerende, blir det en forstyrrelse som hindrer fullføring av handlinger, tanker, planlegging eller prosesser (Weick, 1990). Teamet blir hindret i å utføre normale prosedyrer, og fokuset går fra pasientbehandling til sin egen sikkerhet. Selv om informantene forsøkte å forberede seg på situasjoner knyttet til rus og psykiatri, så kunne situasjonen raskt snu. Det ble vist til eksempler hvor enkelte personer som ble vekket fra overdoser kunne bli svært aggressive. Dette tar fokuset vekk fra alminnelige rutiner som skal gjennomføres ved pasientundersøkelser. Informasjonsbehandlingen blir redusert ved forstyrrelser (LeBlanc, et al., 2012; Weick, 1990). I følge LeBlanc et al. (2012) vil individer benytte seg av en kategorisering av kunnskap inn i mentale strukturer, og dette fører til et sett forventninger om hva man kan anta i en gitt situasjon. Det oppleves som vanskelig å forutse situasjoner med pasienter som er aggressive og/eller ruset, fordi ambulanspersonell ikke har kapasitet til å skape mentale strukturer hvor slike pasienter passer inn. Etter hvert som man har erfart flere

slike situasjoner, vil man utvikle et bredt repertoar av responser (Weick, 1990) som kan bidra til å styrke beslutningsprosessene.

### **Hindringer som stressende element**

Får man et rødt oppdrag kan sekundene være med på å avgjøre utfallet av situasjonen. Mens ambulanspersonellet kjører ut snakker de som oftest med makkeren sin om hva som kan møte dem. Det tas hensyn til informasjonen som blir gitt fra AMK, og som oftest blir det diskutert hva dette kan være, hva man skal gjøre og hvilket utstyr man skal ta med seg inn. Denne samtalen bidrar til skape en felles situasjonsforståelse (Seppänen, Mäkelä, Luokkala & VIRRANTAU, 2013). Det hjelper å være mentalt forberedt på det som kan møte deg, fortalte informantene. Praten i bilen på veien ut bidrar til å skape en forventning om pasients tilstand. Da kan situasjonen oppleves som stressende idet man kommer fram og ser at det er vanskelig å finne riktig ytterdør, eller at døren er låst og mangler ringeklokke. Forberedelser som har blitt gjort med tanke på pasientbehandling hjelper lite hvis man ikke får tilgang til pasienten. Flin (1996) påpeker at prosedyrer skal bidra til å redusere følelsen av stress fordi det kan fungere som en oppskrift for mannskaper i innsats. Prosedyrer og regler skal bidra til planlegging og utføring av arbeidet. Ikke alt kan planlegges i forkant. I mange tilfeller vil ambulanspersonellet ikke vite på forhånd hvordan det er å få kontakt med pasienten ved ankomst. Bor vedkommende i for eksempel en blokk, er man avhengig av å bli sluppet inn. De fleste informantene hadde opplevd noe lignende dette utsagnet:

*”Vi hadde en stans sist uke hvor vi bare får oppgitt en adresse og hvilken etasje. Når vi kommer opp i etasjen så er det mange leiligheter... Ikke står det navn på leilighetene, dørene er låste, og dette er litt tidlig om morgnen, og folk hadde kanskje ikke stått opp og folk hadde reist på arbeid.”*

Slike situasjoner var ikke uvanlige. Ved et annet tilfelle fikk ambulansen et rødt oppdrag til en institusjon knyttet til helse- og sosialsektoren. Ved ankomst til institusjonen ble ambulansen parkert, og teamet gikk inn hovedinngangen. Der var det ingen som møtte ambulanspersonellet, og det fantes ingen resepsjon eller andre naturlige steder å henvende seg til. Ambulanspersonellet hadde selv en formening om hvilken avdeling pasienten kunne finne seg på, ettersom kollegaene hadde rykket ut til samme pasient ved en tidligere anledning. Dette hadde blitt avdekket da oppkallingen fra AMK kom mens ambulanspersonellet var samlet på stasjonen. Inne på institusjonen var det vanskelig å finne

frem ettersom man trengte nøkkelkort for å komme inn både dører og inn i heisen. Tilfeldigvis traff teamet på noen ansatte i gangen, og de ansatte spurte om ambulansen var her for å hente Hilde (fiktivt navn, anm.). Dette bekreftet ambulanspersonellet, og personalet tok dem med til pasienten. Raskt ble det oppdaget at pasienten de var på vei til ikke var kategorisert som et akuttoppdrag. Det var altså ikke den riktige personen, og det viste seg at pasientene hadde samme fornavn. Årsaken til forvekslingen var at det var planlagt en transport med ambulanse for denne personen like etterpå. De ansatte forventet dermed en ambulanse den dagen. Pasienten som oppdraget opprinnelig gjaldt ventet fortsatt på en annen avdeling. Ambulanspersonellet ble raskt eskortert til den korrekte avdelingen og til rommet hvor pasienten befant seg. Forvekslingen av personene førte til en forsinkelse på noen få minutter. Dette kunne også oppstått i andre ledd, for eksempel i trafikken eller hvis mannskapet sov når meldingen kom. Utfallet i denne situasjonen ble ikke påvirket av forsinkelsen. Likevel kunne forsinkelsen potensielt sett gitt konsekvenser, i og med at dette var et rødt oppdrag. Informantene uttrykte i ettertid at det var svært frustrerende med slike misforståelser, også at ingen møter dem ved ankomst. Slike situasjoner forekom relativt ofte, særlig i forbindelse med institusjoner. Mangel på god kommunikasjon mellom de involverte aktørene; ambulansen, AMK og institusjonen, førte til forsinkelser i dette tilfellet. På grunn av svakheter ved informasjonshåndteringen skjer det som Seppänen, et al. (2013) beskriver som hull i informasjonen: for det første eksisterte det mangelfull informasjon om hendelsen. For det andre forekom det en uklar videreføring av informasjon mellom aktørene; ambulansen visste først ikke hvor de skulle, etterfulgt av å gå i feil retning. For det tredje opplever ambulanspersonellet at institusjonen opptre passivt, ettersom de ikke tar i betraktning at ambulansen trenger bistand for å finne fram. Disse faktorene kan gi katastrofale konsekvenser (Weick, 1990), fordi beslutningsprosessen blir forstyrret av avbrytelser og misforståtte samtaler.

I begge eksemplene svarte de involverte ambulansarbeiderne at de ikke følte seg nevneverdig stresset av situasjonen. Det ble likevel regnet som et irritasjonsmoment fordi det forstyrret arbeidet. Stress var et begrep som informantene for øvrig ikke ønsket å vedkjenne seg. Dette gjaldt særlig de med mer enn 15 års erfaring. Det var forbundet med noe negativt, og man viste svakheter dersom man var tydelig stresset. De yngre informantene var mer tilbøyelig til å innrømme at de kunne bli nokså stresset i enkelte situasjoner. Felles for alle informantene var at de vektla evnen til å roe ned situasjonen, både mentalt og i omgivelsene. Stressnivået var høyere i situasjoner hvor ankomsten til pasienten ble hindret av for eksempel mangel på ringeklokke eller navn på døra, enn hva som var tilfelle ved institusjonen.

Informantene svarte oppgitt at "sånn er det bare" når det gjaldt oppdrag til institusjoner. Det kan forstås slik at ved oppdrag til eksempelvis institusjoner, som er helt eller delvis lukket, vil improviseringen være begrenset ettersom man uansett avhenger av at personalet viser vei og åpner dører for ambulanspersonellet. Det oppstod mer frustrasjon rundt dårlig merkede hjem, selv om denne frustrasjonen ikke var rettet mot pasienten selv. Ved private boliger vil det være ulike muligheter for adgang, avhengig av ringeklokke, hvilken etasje man bor i, om det er låste dører, eller om man i det hele tatt finner den riktige inngangen. Det ble nevnt flere eksempler på slike hendelser hvor de involverte hadde kjent både sinnet og frustrasjonen øke fordi de ikke kommer seg fram til pasienten. *"Keep calm or you lose it straight away. You must have performed contingency plans in your own mind, i.e. thought out possible scenarios and responses before incidents occur"* (Flin, 1996, s. 117). Det finnes ikke prosedyrer for alle tenkelige situasjoner. Grad av improvisering som bidrar til problemløsning vil da være avhengig av konteksten og teamets evner til å improvisere. I følge Rasmussen (1983) må man ta i bruk kunnskapsbasert adferd, som er det øverste nivået han beskriver. Bare på dette nivået vil man være i stand til å tenke abstrakt og å improvisere med bakgrunn i fagkompetansen. Dette støttes av Flin (1996) som påpeker at man trenger evner utover å kunne prosedyrer og regler til punkt og prikke.

### **Krevende forhold på lete- og redningsaksjoner**

Også under lete- og redningsaksjoner hvor hjelpekorpsset bidrar, kan informasjon være svært mangelfull. Eksempler på informasjon som ofte kan være ufullstendig er: hvem er den/de savnede, hvor ble den/de sist sett, hvilke klær har den/de på seg, og hvilken vei kan den/de ha gått? Aksjoner kan planlegges og forberedes så godt som over hodet mulig før mannskapene går ut i søk, likevel vil utfordringer kunne dukke opp. For aksjonsledelser kan det være vanskelig å vite hvor krevende terrenget er i det aktuelle området, og været kan variere fra der hvor KO ligger til der hvor søket foregår. Mange forhold må tas hensyn til, og dette opplevdes som krevende for de medlemmene med mindre erfaring. Skiløpere med eksempelvis bruddskader og store smerter kan være utfordrende å hjelpe. På grunn av stor fare for nedkjøling henger tidspresset over mannskapet. Det må tas valg i forhold til pasientforflytning, behandling, og transportering, og det eksisterer en høy grad av usikkerhet blant alternativene. Samtidig må man ivareta teamet og dets medlemmer for å kunne beholde den lineære sammenhengen mellom stress og prestasjoner (Weick, 1990). Funksjonen til teamet er nettopp høy prestasjon under høyt stressnivå, og faren for å bli til en samling av individer er i høy grad tilstede i krevende, komplekse situasjoner.

For å kunne takle disse krevende omgivelsene påstår Weick (1990) at man må utvikle et godt repertoar av responser. Hvor kompleks responsene er gjenspeiles i erfaringen som individet besitter. Over tid utvikles repertoaret, og det som man har lært først vil sitte best. I denne konteksten betyr dette at et ferskt eller relativt uerfarent mannskap vil ha et begrenset repertoar. De vil med andre ord ikke ha samme forutsetninger som en med lang fartstid har. De erfarne oppnår sjeldent følelsen av å være rådvill, nesten uavhengig av hvor krevende en situasjon er. De arbeider heller ved å være klok, slik Weick (1993) beskriver som å være åpen for å tvile på sine egne oppfatninger og evner. En informant med omtrent 30 års erfaring uttalte:

*"I situasjoner som vi ikke har erfart tidligere forventer vi kanskje å gjøre feil, men vi har logikk som gjør at vi ikke gjør feil likevel. Selv om vi gjør feil gjør vi ikke avgjørende feil. Den tingen du tenker på først er sannsynligvis den riktige. Det som først slår deg er sannsynligvis rett, og hvis ikke så får du lære av det."*

Et fellestrekk for informanter med høy grad av erfaring (mer enn 20 år) var at de fokuserte på å løse situasjonen, men fokuset lå ikke nødvendigvis på å optimalisere valgene. *"Det trenger ikke være det rette, men jeg har gjort jobben min. Kanskje det var en liten feil som ble gjort. men den lille feilen blir ikke den avgjørende faktoren"*, sa en informant fra hjelpekorpsset. Andre informanter med mindre erfaring fokuserte i stedet på "å gjøre det rette", som de selv sa. Denne forskjellen tyder på at de mest erfarne har et bredere repertoar av responser, og at dette fører til en større ro i krevende situasjoner. Et medlem fra hjelpekorpsset med omtrent 30 års erfaring uttalte:

*"Min livserfaring tilsier at dette går greit. 99% av det jeg gjør gjøres ikke på grunn av kompetanse, men livserfaring. Jeg tror jeg skal klare å ta det meste, ikke fordi jeg er så jævli flink, men fordi det er lettere å ta det på strak arm. Bare å tenke fornuftig, og vri på det til du ser sammenhengen."*

Det kan tyde på at de med høy grad av erfaring er mer selvsikre på sine egne valg ettersom de har bedre forutsetninger for å vurdere konsekvensene idet de foretar en evaluering av hver enkel handling. Her ser man elementer fra RPD-modellen, som baserer seg blant annet på gjenkjennelse og serieevaluering (Klein, 1989). Informantene brukte ikke eksplisitt slike begrep, men likevel tyder det på at trekk fra denne beslutningsmodellen ble benyttet. Det er

tidligere argumentert for at oppgavens kontekst har likhetstrekk til krisesituasjoner. Dette betyr at beslutningstakingen er i høy grad preget av usikkerhet. I den grad team benyttes forventer man at teammedlemmene skal utføre sin funksjon, og Rake (2003) påpeker her at beslutningstaker på et ulykkessted må selv fatte en beslutning fordi ingen andre kan overta ansvaret som er gitt. Uansett hvor utfordrende situasjonen er, må det foretas valg. For mannskap med et godt repertoar av responser (Weick, 1990) vil dette fungere på en ofte tilfredsstillende måte. Det oppstår derimot stress for enkelte av mannskapet med et mindre utviklet repertoar, og dette var gjeldende for informanter med inntil ti års fartstid i ambulansen. Det samme kan sies om informantene fra hjelpekorpsset, riktignok var spredningen i alder og antall informanter lavere enn for ambulansetjenesten. Rake (2003) viser til kompetansenivåene til Dreyfuss og Dreyfuss som går fra nybegynner til erfaren, videre til kompetent, og til slutt ekspert. Etter hvert som man avanserer fra nybegynner vil man over tid ha dannet en forståelse for hva som bør gjøres i hvilke situasjoner. Etter hvert vil man arbeide intuitivt, mener Rake (2003).

### **Ulikhet blant teammedlemmene**

Hjelpekorpsets oppdrag i fjellheimen kan være fysisk krevende og langvarige. Dersom man benytter seg av scooter kan man kjøre sammen med en andremann og/eller flere scootere. Scooterførere uttrykte på den ene siden at de selv ønsket å utpeke hvem som skulle være andremann i stedet for å risikere og få tildelt en person som de ikke kjente. På den andre siden hadde de respekt for aksjonsleder eller vaktleder sine avgjørelser. Selv om man tilhører samme korps betyr det ikke at man kjenner alle tilhørende medlemmer, fordi medlemmene er engasjert på ulikt grunnlag. Hvem som var andremann var av stor betydning for mange scooterførere. De mente at det var en usikkerhet knyttet til teamet dersom de ikke kjente andremannen. De samme utfordringene ble avdekket i ambulansetjenesten. Informantene uttrykte at det kunne være vanskelig å arbeide med enkelte vikarer, særlig de som de ikke kjente, eller de med lite erfaring. Som medlem i et team betyr det at man har en spesiell kompetanse eller rolle, i følge Eriksen (2011). I både hjelpekorpsset og i ambulansetjenesten sin kontekst vil andremannen være formelt kvalifisert for å i det hele tatt inneha denne rollen. Likevel kan det herske en tvil rundt uerfarne medlemmer sin kompetanse, sett ut i fra de erfarnes øyner. Dermed oppfylles ikke karakteristikene som Eriksen (2011) beskriver for gode team. De erfarne vektla selv erfaringslæring og opplæring av ferske ambulansespersonell.

*”Gi folk en sjans til å starte på den erfaringslæringen. Folk må få sjans til å lære. Uansett hvor mange år de har vært med”.*

Når man arbeider med en makker man kjenner godt, foregår samhandlingen på en helt annen måte. En informant fra ambulansetjenesten uttalte følgende om å kjøre sammen med en kollega vedkommende kjente godt:

*”For jeg vet at hvis det er jeg som kjører og det er makker som har pasienten, så vet jeg veldig godt at skal vi ta en 12-avlednings EKG, så skal vi ha et blodtrykk og et pulsoxymeter på, og dette finner jeg frem, fordi han trenger ikke spørre.”*

Kommunikasjonen foregår på en annen måte når teamet består av personer som har vært kollegaer over lang tid og som kjenner hverandre godt. De skaper lettere felles mentale modeller og det oppstår sjeldnere problemer med informasjonsdeling, noe som i følge Carne, et al. (2012) karakteriserer effektiv kommunikasjon. Årsaken til dette er at ulikheter i språk har over tid blitt erstattet av eksplisitte regler, og dermed minker sannsynligheten for at det kan oppstå misforståelser (Laakso & Palomäki, 2012). Et samkjørt team handler etter en felles situasjonsforståelse, noe som er avgjørende for god beslutningstaking (Blandford & Wong, 2003). I eksempelet nevnt tidligere hvor en pasient med brystmerter ble hentet i hjemmet, fortalte den som hadde pasientkontakt i etterkant at teamarbeidet fungerte optimalt ved dette tilfellet. Han påpekte at de ikke trengte å forklare hverandre hva de skulle gjøre. *”For vi vet det, hva vi skal gjøre”*, sa han. Ettersom han hadde pasientkontakt, ba han makkeren om å hente oksygenet. *”Så hentet han oksygen og brillekateter. Han vet liksom gangen i det. Det stod på tre-fire liter, det er det man trenger, og det ordnet han fordi han vet hva som skal til”*. Dersom makkeren er lærling, vikar eller generelt ny må man fortelle mye mer, påpekte informantene. *”Du må ha mer forklaring på ting”*.

### **Om ting utenom planen**

For informantene var det enkelte prosedyrer som de hadde minimalt med erfaring med, for eksempel intubering og bruk av grov kanyle. Dette ble trukket fram av flere informanter i ambulansetjenesten med omtrent 20 års erfaring. Disse blir kategorisert som eksperter ettersom de har betydelig lang erfaring, slik Rake (2003) viser til kompetansenivåene fra Dreyfuss og Dreyfuss. Likevel er ikke denne beskrivelsen passende for situasjoner som ambulanspersonell kan komme opp i. En av informantene påstod at de utførte intubering én gang i året, noe som ikke fører til ekspert-nivå. I et av eksemplene ble det henvist til bruk av

grov kanyle ved trykkpneumothorax, noe informanten aldri hadde utført under nevnte omstendigheter. Det medfulgte et enormt press på teamet ettersom tilstanden er livstruende. Comfort (1988) viser til Herbert Simon som kaller beslutningstaking for en prøve-og-feile-prosess. Mange av situasjonene ambulanspersonellet kommer oppi i løpet av en dag gir ikke rom for å ”prøve og feile”. I følge Klein (1989) blir naturalistiske beslutningsmodeller ofte tatt i bruk under kritiske situasjoner. Men det blir påpekt at dersom man befinner seg i et relativt ukjent scenario, vil man ha nytte av en analytisk tilnærming til beslutningstakingen. Teamet hadde i dette eksempelet lært prosedyren, men ingen av dem hadde noen gang utført det. En analytisk tilnærming vil kunne bidra noe til problemløsningen, i følge Klein (1989). Dette forutsetter riktignok at mannskapet føler de har ressurser til å løse situasjonen. LeBlanc et al. (2012) påpekte at negativt stress kan oppstå når ressursene man har til rådighet ikke samsvarer med krav som stilles i situasjonen. Teoretisk kunnskap oppleves ikke som tilstrekkelig i møte med en krevende prosedyre som er ukjent for mannskapet.

### **Oppsummert**

Denne oppgaven har fokusert på hvordan beslutningstaking blir påvirket når ambulanspersonell blir utsatt for ulike stressende situasjoner. Oppdrag som er relatert til rus og/eller psykiatri fører til økt usikkerhet for både ambulanspersonell og medlemmene i hjelpekorpsset. Mange har opplevd at pasienter eller omgivelser blir truende og/eller utøver trusler eller vold. Dette påvirker fremtidige oppdrag som kan minne om tidligere, dårlige erfaringer, og informantene rapporterte om tilbaketrekking, nervøsitet og frustrasjon.

Hindringer og forstyrrelser påvirker beslutningstakingen til et uerfarent mannskap mer enn de mer erfarne. Tilsynelatende klarer de erfarne i større grad å overse forstyrrelser, og de har utviklet et bredere repertoar av responser som kan tas i bruk i krevende eller uforutsette hendelser. Ens kompetansenivå avhenger av trening og erfaring. Er det enkelte ting man sjeldent blir disponert for vil man være en nybegynner, selv etter 20 år i tjeneste. Dersom eksempelvis intubering skjer en gang i året eller sjeldnere, vil det ikke sitte i fingrene, selv ikke hos de som har vært lenge i tjenesten.

## Situasjonsforståelse

### Bakgrunn for ulike forståelser

For å skaffe seg et godt overblikk over situasjonen kreves det at man ikke låser seg fast i førsteinntrykket, påpekte informantene. Å gå inn med åpenhet for å finne mulige årsaker til symptomer hos pasienten var noe informantene vektla. Det kan være lett å anta at eksempelvis en full pasient med nedsatt bevissthet bare har drukket for mye alkohol, men det kan være andre årsaker enn rusen som forårsaker redusert bevissthet. Situasjonsforståelsen blir dårligere hvis oppmerksomheten ikke blir spredt (Carne, et al., 2012). Dette ble i større grad nevnt av informanter med mer enn ti års erfaring. Dette betyr ikke nødvendigvis at mannskap med kortere erfaring ikke er like observante, men de fremsto som mindre reflektert over fordeling av oppmerksomheten sin. Faren ved å ikke være observant er at kritiske hint som tilhører oppdrag av uvanlig eller sjelden art blir oversett. Det kreves årvåkenhet for å kunne forstå mulige utfall (Blandford & Wong, 2003) av krevende eller nye hendelser. Dersom oppmerksomhetsnivået er begrenset eller redusert (jfr. fysiske påkjenninger i empirikapittelet) vil også situasjonsforståelsen bli snever.

En annen kilde til ulikheter i situasjonsforståelsen er hvordan man forbereder seg på vei ut til et oppdrag. Flere av de eldste informantene uttalte hvor frustrert de kunne bli når de så kollegaer som begynte å fylle ut pasientjournalen basert på informasjonen fra AMK – før de hadde kommet fram til pasienten. *”Jeg har sett at mange skriver journal på veien ut og leser på problemfeltet på skjermen det som AMK skriver. Det mener jeg blir helt feil, fordi de skal gjøre seg opp en mening sjøl”*, fortalte en informant. I følge Seppänen et al. (2013) kan innholdet i informasjonen være en feilkilde som påvirker situasjonsforståelsen. Kommunikasjonen mellom AMK og innringer kan være preget av feiltolkninger og dårlig informasjonsdeling. Det kan gi feil melding til ambulanspersonellet idet de rykker ut. Dette ble også trukket frem blant medlemmene i hjelpekorpsset. En av informantene hadde opplevd å få melding om en suicidal person, men når de kom fram så viste det seg at det var ikke hovedproblemet. Det kan være vanskelig å omstille seg raskt, påpekte informanter fra både hjelpekorpsset og ambulansetjenesten. En informant uttrykte hvor frustrerende det var å få feil informasjon: *”Du klarer ikke helt å håndtere oppgaven fordi du har forberedt deg på noe helt annet. Å være klar for å ta i mot pasient med hodeskade, og så har han ikke hodeskade...”*. Situasjonsforståelsen er dermed sårbar for uforventede endringer. Konsekvensen av dette er at beslutningstakingen blir påvirket (Blandford & Wong, 2003; Weick, 1990).

## Beslutninger ved komplekse hendelser

Redningsarbeid ved trafikkulykker er et eksempel på situasjoner hvor god situasjonsforståelse spiller en viktig rolle. Grunnen til dette er at man ikke kan forberede seg på å arbeide hovedsakelig basert på rene rutiner, for ingen trafikkulykker er like. Hvor mye energi som har vært i bildet, hvilke type biler som er involverte og hvilke skader kjøretøyet/ene har, kan for eksempel gi et bilde på situasjonen, noe som ikke kan dannes på forhånd. Dette samsvarer med nivå én og to i Endsleys definisjon av situasjonsforståelse; forståelse og fortolkning av informasjon (i Blandford & Wong, 2003). Informantene fra ambulansetjenesten var delte i synet på hvordan de forberedte seg mentalt på vei ut til trafikkulykker. De med lengst fartstid, primært over 20 år, beskrev at de forsøkte å tenke hvilke scenario de kom til å møte allerede idet de gjorde seg klar for å rykke ut. *”Du må parkere ambulansen strategisk for å beskytte deg, samtidig som brannvesenet har tilgang på å komme fordi”*, fortalte en. Å se fremover harmonerer med Endsleys nivå tre av situasjonsforståelse; å kunne forutse mulige utfall av situasjonen (Blandford & Wong, 2003). Dette kan sees i sammenheng med de erfarnes evne til å nedjustere alvorlighetsgraden i en situasjon idet de får et overblikk. Informanter fra både ambulansetjenesten og hjelpekorpsset fortalte, uavhengig av erfaringsnivå, at de ofte tenkte *worst case* i forkant. De gangene man forventer en mindre alvorlig situasjon enn hva som blir tilfelle, havner man bakpå. Dette skaper stress, forklarte informantene. Forventningene som dannet seg på vei ut til oppdraget var ofte at hendelsen var omfattende og alvorlig. De mest erfarne dannet seg midlertidig raskere et overblikk over situasjonen som, i de fleste tilfeller, førte til en nedjustering av alvorlighetsgraden. En informant fra ambulansetjenesten forklarte det slik: *”Ofte er det sånn at det er mindre gale enn du forventet. Vet ikke hvorfor man egentlig dimensjonerer opp alltid”*.

Felles for de yngre informantene var vanskeligheter med å få overblikk over situasjonen. Dette uttalte de selv, og det ble støttet av de av som hadde oppnådd mer erfaring. En informant fortalte om en trafikkulykke de hadde rykket ut til. Han hadde gått bort til de som ble oppfattet som de hardest skadde. Først etterpå så han at det var flere kjøretøy som var involvert annet enn de to bilene som han først så. For en som er fersk kan være vanskelig å huske alt som skal gjøres. *”Hvem som skal prioriteres og hvem som skal først inn (av pasienter, anm.), tilbakemeldinger, tenke på å holde kontakt med politi og brann, og se litt fremover og lage en plan”*, svarte en informant på spørsmål om forhold som ikke var så lett for uerfarne (informanten selv hadde omtrent ti års erfaring). *”Vi vil aldri kunne se bildet likt. Men erfaring vil gjøre at du ser på det på litt samme måte”*, forklarte en informant fra hjelpekorpsset.

### **Begrensninger i situasjonsforståelsen**

Et uerfarent mannskap kan spesielt oppleve utfordringer med å få oversikten over hele situasjonen, og å se fremover. I følge Westrum og Adamski (2009) gjør de feil fordi: 1) de mangler kunnskap, de har ikke de samme mentale modellene som øvrig personell, og informasjonen kan bli fragmentert. Dette fører til et manglende oversiktsbilde, og beslutningsgrunnlaget blir også dårligere. Informantene med færre års erfaring uttrykte selv hvor vanskelig det kunne være de første årene når de var med på hendelser av alvorlig grad eller med et stort omfang. De kunne lett bli revet med av førsteinntrykket, og det viste seg ofte at uerfarne rangerte hendelsene som mer alvorlig enn hva som var tilfellet. Her finnes store likhetstrekk mellom ambulansetjenesten og hjelpekorpsset. 2) De nye på stasjonen er ikke nødvendigvis en del av den hverdagslige praten, og de kan lettere gå glipp av enkelte ting. Særlig kan dette gjelde vikarer som er innom stasjonen sjeldent eller for første gang. Dette kan også gi utslag i mindre eierskapsfølelse til arbeidsplassen. Det samme kan gjøre seg gjeldende for hjelpekorpsset, hvor deltakelse på aksjoner varierer stort. Dette gjelder også kjennskap til hverandre, prosedyrer og ressurser. 3) Den erfarne makkeren vil få mer ansvar, ergo økt arbeidsmengde. Som tidligere nevnt oppstår slike situasjoner ofte ettersom mange av de nye ikke har alle kvalifikasjoner som er nødvendig å ha. Dette fører til at den erfarne må gjøre mange oppgaver som normalt deles på to personer. Dette gjorde ikke like stort utslag i hjelpekorpsset, ettersom de erfarne ville naturlig inneha mer ansvar fra før av. 4) Det kan dannes en frykt for å havne i trøbbel, i følge Westrum og Adamski (2009). Denne frykten kan føre til at man ikke tør å rette opp feilen, med redsel for å bli avslørt. Det fremstod slik at både ambulansetjenesten og hjelpekorpsset hadde en åpen kultur, og oppgaven kan ikke gi støtte til at denne faktoren bidrar til at uerfarent personell gjør feil.

### **Situasjonsforståelsens påvirkning på samvirke**

Empirikapittelet inneholdt eksempler fra trafikkulykker med flere kjøretøyer involvert. Alle nødetater vil som oftest være involvert i ulykker av slikt omfang. Informasjon må gå på tvers av aktørene, noe som kan være utfordrende, i følge Laakso og Palomäki (2012). Situasjonsforståelsen bør ikke være identisk blant aktørene, fordi de har ulike oppgaver. Likevel oppstår kommunikasjonsproblemer ofte når ulike aktører opererer sammen (Laakso & Palomäki, 2012). Ved samarbeid på tvers av aktører bør visdom, definert av Weick (1993), være en utbredt holdning blant de involverte. Respekt for andre aktørers kompetanse er viktig,

og det går hånd i hånd med å være åpen for å betvile sin egen kunnskap og evne (Weick, 1993). Dette forutsetter god kommunikasjon og informasjonsdeling mellom aktører. En suksessfaktor er i følge Rake (2003) å være informasjonsøkende. I kritiske situasjoner preget av tidspress kan dette være utfordrende. Eksempler fra blant annet trafikkulykker bekrefter at dette. En av informantene opplevde at politiet enkelte ganger ved trafikkulykker ønsket at føreren skulle blåse promilletest mens ambulanspersonellet bedrev førstehjelp. Årsaker til at det kan være vanskelig å få en delt situasjonsforståelse, kan være aktører som opptrer passivt eller som bare fokuserer på sin egen oppgave (Seppänen, et al., 2013). En annen informant hadde opplevd dårlig samvirke ved en trafikkulykke hvor de ulike nødetatene ikke hadde delt situasjonsforståelse. Livredning stod i fokus hos alle de involverte, og det kan utføres på ulike måter. Misforståelsen oppstod da ambulanspersonellet fokuserte på livreddende førstehjelp mens brannvesenet fokuserte på frigjøring av pasienten. Situasjonen bar preg av mangel på både flyt i kommunikasjonen og mangel på et felles bilde av operasjonen man skal gjennomføre (Seppänen, et al., 2013). For å ha god kommunikasjon må innholdet i budskapet stige i hierarkiet fra ren data til å bli informasjon. Når informasjonen kan nyttiggjøres har budskapet nådd det øverste nivået; kunnskap, i følge Seppänen, et al. (2013). I dette tilfellet gikk aldri budskapet opp fra det laveste nivået, og konsekvensene kunne vært større ved en slik misforståelse.

### **Oppsummert**

Uerfarne låser seg lettere fast i førsteinntrykket uten å danne seg et overblikk over en situasjon. Både informanter med lengre og kortere fartstid antok at hendelser var mer alvorlig idet de rykket ut, og mange var bevisste på at de ønsket å forberede seg på *worst case*. Forskjellen viste seg å være at de mer erfarne fikk raskere et oversiktsbilde som bidro til å nedjustere alvorlighetsgraden på hendelsen. De uerfarne holdt på førsteinntrykket lengre. Dette gjaldt i like stor grad i både ambulansetjenesten og i hjelpekorpsset.

Det kan være vanskeligere å dele informasjon og ha åpen kommunikasjon, både mellom kollegaer og på tvers av for eksempel øvrige nødetater. Jo bedre man kjenner hverandre, jo bedre flyter kommunikasjonen. Dette gjelder innad i teamet og mellom for eksempel politi eller brannvesenet. Samarbeid mellom kollegaer og samvirke blant aktører kan bli skadelidende av dårlig kommunikasjon og informasjonsdeling.

## VII Konklusjon

Formålet til oppgaven har vært å avdekke faktorer som påvirker teamarbeid i redningstjenesten. Utgangspunktet lå i ambulansetjenesten hos Stavanger Universitetssykehus og i Røde Kors Hjelpekorps. Oppgaven har avdekket at de frivillige og de profesjonelle aktørene i redningstjenesten opplever i stor grad de samme utfordringene. Som nevnt i innledningen er det et gap i forskningen på teamarbeid innenfor redning og akuttmedisin. Ved å belyse synergieffektene til faktorene som oppgaven fokuserer på, bidrar denne oppgaven til å dekke noe av dette gapet. Oppgavens problemstilling er som følger:

*Hvilke premisser setter struktur, beslutningsprosesser og situasjonsforståelse for teamarbeid i redningstjenesten?*

### **Struktur**

Ambulansepersonell og medlemmene i hjelpekorpsset er jevnt over kompetente og svært engasjerte i rollen de har. Det ble vist stor respekt for prosedyrer, rutiner og utstyr, og informantene fra begge aktørene uttrykte en etablert oppriktighet for både formelle og uskrevne regler. I ambulansetjenesten var den utstrakte bruken av vikarer et potensielt stressmoment for de faste ansatte. Ansvarsfølelsen til de erfarne økte ved bruk av vikarer, det ga de flere arbeidsoppgaver, og det satte press på den som blir makkeren til den uerfarne. I hjelpekorpsset sin kontekst var særlig de erfarne medlemmene bekymret dersom teamet var preget av uerfarne og/eller ukjente medlemmer. Det opplevdes som utrygt dersom en leder måtte benytte mannskap som han selv ikke kunne gå god for.

Uforutsette problemer førte til økt følelse av stress, og dette var felles for både profesjonelle og frivillige ambulansepersonell. Fysiske påkjenninger kunne dessuten påvirke teamarbeidet. Grunnleggende prosedyrer bidrar i høy grad til å redusere følelsen av stress. Når ambulansepersonell opplevde stress eller andre utfordringer, falt de tilbake til gamle rutiner, for eksempel å vurdere pasientens ABC. Dette bidro til at få personer rapporterte om følelsen av å være rådvill. Fallgruven er dersom beslutningsgrunnlaget blir redusert på grunn av en begrenset situasjonsforståelse.

### ***Beslutningsprosesser***

De erfarne fremstår som mer selvsikre på sine egne beslutninger enn de uerfarne. De evner å foreta tilfredsstillende valg som kan løse situasjonen, mens de uerfarne søker etter ”det rette svaret”. Tidligere erfaringer bidrar til å løse situasjoner. Hvordan man takler forstyrrelser er av stor betydning for beslutningstakingen. Uforventede hindringer kan dukke opp, og det påvirker også informasjonshåndteringen, som igjen vil gi utslag i et dårligere beslutningsgrunnlag. Etter hvert som man har tilegnet seg erfaring vil beslutningstakingen nå et høyere nivå hvor man evner å tenke abstrakt og å improvisere med bakgrunn i fagkompetansen. Dette er nødvendig for å håndtere krevende situasjoner og/eller skiftende omgivelser.

Menn med betydelig lang erfaring viser liten ydmykhet i forhold til hvordan fysiske påkjenninger kan påvirke deres egne vurderinger og beslutningstaking. Samtidig påstår de at kollegaer med lignende forutsetninger som dem selv, har i enkelttilfeller hatt redusert ytelse på grunn av eksempelvis fysiske påkjenninger. Det må skapes rom og bevissthet for å vurdere hvilken påvirkning stress, trøtthet, sult og lignende faktorer har på utførelsen av arbeidet.

### ***Situasjonsforståelse***

Mennesker er sårbare for forstyrrelser, stress og høy arbeidsbelastning. Konsekvensen av det kan være en reduksjon i kapasiteten for informasjonsbehandling. Dette fører til at krevende situasjoner kan blir håndtert på en mindre effektiv måte. Ambulansepersonell kan lettere begå feil når de føler seg påvirket av nevnte faktorer, uavhengig av erfaringsnivået. For de mer uerfarne opplevdes det som utfordrende å skaffe et overblikk og å roe seg ned under alvorlige situasjoner. Dette gjaldt for informanter med inntil ti års erfaring. De erfarne uttalte at det var vanskelig å ha samme situasjonsforståelse som en uerfaren eller ukjent. Kjennskap til hverandre, både innad i teamet og på tvers av aktører var noe som var hensiktsmessig for godt samarbeid og samvirke. Erfaring gjør at du ser det litt på samme måte, i følge informanter.

### ***Oppsummert***

Oppgaven har vist at uerfarne har forutsetninger for å gjøre feil dersom de blir påvirket av for eksempel forstyrrelser, stress og høy arbeidsbelastning. Det er viktig å forstå at personell med lang erfaring (over 20 år) er disponibel for å gjøre samme feil som de uerfarne dersom de blir stresset eller er ukonsentrerte. Informanter som hadde fra tre til ti års erfaring rapporterte at de syntes det var tryggere å la de mer erfarne ta styringen i krevende situasjoner. Teamet er sårbare for fysiske påkjenninger, uforventede hindringer og stressende situasjoner. Det som

gjør at teamet klarer å utføre jobben sin er hvorvidt de har etablert gode, grunnleggende rutiner som sitter i fingrene, og at de samarbeider godt. Struktur, beslutningsprosesser og situasjonsforståelse belyser dermed på en høyst relevant måte hvordan teamarbeid fungerer i redningstjenesten.

### **Videre anbefalinger**

Trening innenfor beredskap og krisehåndtering handler ofte om å unngå feil ved å vite hva man skal gjøre i en gitt situasjon. Svakheten med dette er at man ikke avdekker om det var godt teamarbeid eller flaks. Man får heller ikke avdekket hvorfor teamet tok riktige beslutninger, eller om de arbeidet optimalt, i følge Eriksen (2011). For å oppnå god og effektiv pasientbehandling, og gode resultater for øvrig, må man forstå hvordan teamarbeid foregår.

Økt fokus på trening av mannskap, inspirert av for eksempel CRM og lignende metoder, er å anbefale spesielt for mannskap som er engasjert på deltid. Det er også av stor betydning at man kjenner hverandre i teamet. Dette er relevant for både ambulansetjenesten og de frivillige i redningstjenesten. Mannskap trenger evner utover å kunne prosedyrer og regler til punkt og prikke. Evnen til å tenke abstrakt og improvisere stammer fra erfaring og gode fagkunnskaper, og er av stor betydning for å kunne håndtere krevende situasjoner. Både ambulanspersonell og ledere innenfor prehospitale tjenester og redningstjenesten for øvrig bør forberedes mer på hvordan stress og andre fysiske påkjenninger kan påvirke utførelsen av jobben.

Historikken tilsier at ambulansetjenesten og bruken av de frivillige i den norske redningstjenesten fungerer bra. Oppgaven har avdekket at hendelser, både små og større, blir håndtert på en svært god måte. Det må likevel tas i betraktning at det som oftest går fint dagen før det går galt. Derfor bør teamtrening optimaliseres ved å inkludere blant annet synergieffekter som oppgaven har vist påvirker teamarbeid.

## Referanser

- 'T Hart, P., Rosenthal, U. & Kouzmin, A. (1993). Crisis decision making. The centralization thesis revisited. *Administration & Society*, 25(1), 12-45.
- Baker, D. P. & Salas, E. (2006). Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. *Health Services Research*, 41, 1576-1598.
- Blaikie, N. (2010). *Designing social research* (2nd Edition). Cambridge, UK: Polity Press.
- Blandford, A. & Wong, W. (2003). Situation awareness in emergency medical dispatch. *International Journal of Human-Computer Studies*, 61, 421-452.
- Bruun, S. (2014). AMK- og LV-sentralene. Lastet ned 09.04.14, fra <http://www.beredskap.org>
- Carne, B., Kennedy, M. & Gray, T. (2012). Review article: Crisis resource management in emergency medicine. *Emergency Medicine Australia*, 24, 7-13.
- Catchpole, K., Giddings, A. E. B., Wilkinson, M., Hirst, G., Dale, T. & De Leval, M. R. (2007). Improving patient safety by identifying latent failures in successful operations. *Surgery*, 142(1), 102-110.
- Comfort, L. K. (red.). (1988). *Managing disaster. Strategies and policy perspectives*. London, England: Duke University Press.
- Definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjede. (2012). Helsedirektoratet (2 utg.).
- Eriksen, J. (2011). *Krise- og beredskapsledelse. Teamtrening*. Norge: Cappelen Damm Akademisk.
- Flin, R. (1996). *Sitting in the hot seat: Leaders and teams for critical incident management*. UK: John Wiley and Sons Ltd.
- Flin, R., Salas, E., Strub, M. & Martin, L. (1997). *Decision making under stress. Emerging themes and applications*. Aldershot, England: Ashgate Publishing Ltd.
- FORF. (2014). Medlemsorganisasjoner. Lastet ned 28.05.14, fra <http://www.forf.no>
- Forskrift om kommunal beredskapsplikt. (2011). *FOR-2011-08-22-894 §7*. Lastet ned 10.02.14, fra [http://www.lovdato.no/dokument/SF/forskrift/2011-08-22-894?q=kommunal beredskapsplikt](http://www.lovdato.no/dokument/SF/forskrift/2011-08-22-894?q=kommunal%20beredskapsplikt)
- Fylkesmannen i Rogaland. (2013). Evalueringsrapport: Kraftig snøfall i Rogaland 12.-15. desember 2012. I Fylkesmannen i Rogaland (red.).
- Høyesterett. Dom etter hendelsen i Sofienbergparken. Lastet ned 09.04.14, fra <http://lovdata.no/dokument/HRSIV/avgjorelse/hr-2014-445-a?q=sofienberg>

- Høyland, S. (2013). *Safe work practices in interdisciplinary surgical teamwork. Model development and validation*. Ph.D. thesis, University of Stavanger.
- Jones, P. E. & Roelofsma, P. H. M. P. (2000). The potential for social contextual and group biases in team decision-making: Biases, conditions and psychological mechanisms. *Ergonomics*, 43(8), 1129-1152.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. London, England: Penguin Books.
- Klein, G. A. (1989). Recognition-primed decisions. *Advances in Man-Machine Systems Research*, 5, 47-92.
- Leach, L. S., Myrtle, R. C., Weaver, F. A. & Dasu, S. (2009). Assessing the performance of surgical teams. *Health Care Management Review*, 34, 29-41.
- LeBlanc, V., Regehr, C., Tavares, W., Scott, A. K., Macdonald, R. & King, K. (2012). The impact of stress on paramedic performance during simulated critical events. *Prehosp Disaster Medicine*, 27(4), 369-374.
- Lyndon, A. (2006). Communication and teamwork in patient care: How much can we learn from aviation? *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35, 538-546.
- Laakso, K. & Palomäki, J. (2012). The importance of a common understanding in emergency management. *Technological Forecasting & Social Change*, 80, 1703-1713.
- Mackintosh, N., Berridge, E.-M. & Freeth, D. (2007). Supporting structures for team situation awareness and decision making: Insights from four delivery suites. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15, 46-54.
- Mitchell, J. T. (1988). *The impact of stress on emergency service personell: Policy issues in emergency response*. United States of America: Duke University Press.
- Morgan-Jones, D. & Hodgets, T. (1999). A unified emergency care system for the early management of emergencies in medicine. *J R Army Med Corps*, 145, 61-68.
- NOU 1998:9. *Hvis det haster... faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*. Lastet ned 02.04.14 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1998/nou-1998-9.html?id=141301>.
- Paton, D. & Flin, R. (1999). Disaster stress: An emergency management perspective. *Disaster Prevention and Management*, 8(4), 261-267.
- Patterson, D. P., Weaver, M. D., Weaver, S. J., Rosen, M. A., Todorova, G., Weingart, L. R., Krackhardt, D., Lave, J. R., Arnold, R. M., Yealy, D. M., & Salas, E. (2012). Measuring teamwork and conflict among emergency medical technician personnel. *Prehosp Emerg Care*, 16(1), 98-108.

- Rake, E. L. (2003). Emergency management and decision making on accident scenes: Taxonomy, models and future. *International Journal of Emergency Management*, 1(4), 397-409.
- Rasmussen, J. (1983). Skills, rules and knowledge: Signals, signs and symbols, and other distinctions in human performance models. *IEEE Transactions on systems, man and cybernetics*, 13, 257-267.
- Seppänen, H., Mäkelä, J., Luukkala, P. & Virrantaus, K. (2013). Developing shared situational awareness for emergency management. *Safety Science*, 55, 1-9.
- Stavanger Røde Kors. (2014) Lastet ned 23.04.14, fra [http://lokal.rodekors.no/Distrikt\\_hjemmesider/Rogaland\\_rode\\_kors/rogaland\\_lokalfor eninger/Stavanger\\_Rode\\_Kors/aktivitet\\_bb/](http://lokal.rodekors.no/Distrikt_hjemmesider/Rogaland_rode_kors/rogaland_lokalfor eninger/Stavanger_Rode_Kors/aktivitet_bb/)
- Thagaard, T. (1998). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Utenriksdepartementet. (2009). Annerkjennelse av Norges Røde Kors som støtteaktør for norske myndigheter. Pressemelding lastet ned 28.05.14, fra [http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/ud/Nyheter-og-pressemeldinger/pressemeldinger/2009/statsraad\\_rodekors.html?id=574248](http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/ud/Nyheter-og-pressemeldinger/pressemeldinger/2009/statsraad_rodekors.html?id=574248)
- Vollebæk, L. E. (2011). Norsk luftambulansse. Månedens forskningsprosjekt. Lastet ned 23.04.14, fra <http://www.norskluftambulansse.no/manedens-forskningsprosjekt/>
- Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur. En innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: SEEK A/S.
- Weick, K. E. (1990). The vulnerable system: An analysis of the Tenerife air disaster. *Journal of Management*, 16(3), 571-593.
- Weick, K. E. (1993). The collapse of sensemaking in organizations: The Mann Gulch disaster. *Administrative Science Quarterly*, 38, 628-652.
- Westrum, R. & Adamski, A. J. (2009). Organizational factors associated with safety and mission success in aviation environment. *Handbook in Aviation Human Factors 2ed*, 5.1-5.37.
- Williams, B., Boyle, M., Brightwell, R., Mccall, M., McMullen, P., Munro, G., O'Meara, P., & Webb, V. (2012). A cross-sectional study of paramedic's readiness for interprofessional learning and cooperation: Results from five universities. *Nurse Education Today*, 33, 1369-1375.
- Yin, R. K. (2014). *Case study research. Design and methods*. (5 utg.). London, England: Sage Publications Ltd.

Aase, T. H. & Fossåskaret, E. (2007). *Skapte virkeligheter. Om produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.

# Vedlegg 1 - Informasjonsskriv

## **Bakgrunn og hensikt**

Dette semesteret skriver jeg en masteroppgave ved Universitetet i Stavanger for å fullføre Master i Samfunnssikkerhet. Oppgavens tema er hvordan teamarbeid og samhandling fungerer i ambulansetjenesten. Mitt engasjement i Stavanger Røde Kors Hjelpekorps har gitt meg et lite innblikk i denne verdenen, og jeg har svært lyst å fordype meg i dette fagområdet.

Ambulansepersonell arbeider og tar beslutninger i et system preget av krevende forhold, uforutsigbare omgivelser, tidspress og tverrfaglige sammensatte team. Oppgavens fokus ligger på hvordan slike betingelser påvirker teams planlegging, kommunikasjon, koordinering og beslutningstaking. Det er ønskelig å utforske forholdet mellom 1) systembetingelsene og nevnte faktorer og 2) teamarbeid, da denne konteksten er (per i dag) lite utforsket. Oppgavens hensikt er ikke å rangere eller å finne ”den rette” måten å organisere seg på – for forskningsspørsmålet er interessant i seg selv. Oppgavens foreløpige problemstilling er: *Hvilke føringer legger systemet på beslutningstaking hos ambulanspersonell?*

For å kunne besvare denne problemstillingen er det ønskelig med et samarbeid med ambulansetjenesten i Stavanger. Hovedsakelig vil dette innebære intervju og samtaler med ansatte, men dersom det lar seg gjøre vil observasjon også være interessant.

## **Hva innebærer det å være informant?**

Informasjonen vil samles inn ved hjelp av samtaler og intervjuer, med muligheter for både individuelle møter og gruppemøter.

## **Hva skjer med informasjonen?**

Informasjonen som blir samlet inn vil kun bli brukt til denne studien. Oppgavens fokus vil ikke ligge på pasient, og studien har ikke til hensikt å samle inn informasjon som kan føre til identifisering av pasient. Det er samtidig anledning til å anonymisere informantene selv.

## **Personvern**

Informantene har krav på innsyn i data som er registrert om seg selv. Man har anledning til å trekke seg underveis uten å begrunne hvorfor. Eventuell grad av anonymisering kan avtales skriftlig på forhånd.

## **Kontaktperson**

Studien utføres av Ida Perander som en avsluttende del av Master i Samfunnssikkerhet ved Universitetet i Stavanger. Tlf: 416 27 567. E-post: [ida@perander.no](mailto:ida@perander.no). Veileder er Sindre Høyland. E-post: [sindre.hoyland@uis.no](mailto:sindre.hoyland@uis.no)

## **Vedlegg 2 - Intervjuguide**

### **Bakgrunn**

Fortell om din bakgrunn og nåværende arbeidsoppgaver/ansvar.

Hvordan vil du beskrive din rolle i tjenesten?

Hvilke usikkerhetsmomenter opplever du i din hverdag?

Hvilke risikoer opplever du finnes i din jobb?

Har du opplevd friksjon/spenning/utfordringer i arbeidet ditt?

### **Team og samhandling**

Hvordan tror du faktorer som for eksempel sult, sinne, forsinkelse, stress og utmattelse påvirker jobben?

Hvilken betydning mener du følgende faktorer har for samhandling mellom kollegaer:

- Ledelse
- Regler/prosedyrer
- Tillit
- Erfaring

Har du opplevd situasjoner hvor du ikke forstår hva makkeren din trenger/mener/sier? Utdyp.

Har du opplevd behov for å gå inn og ta over andres oppgaver/rolle? Bruk eksempler.

Hva hindrer at du/dere går inn og tar over hverandres oppgaver? Har du trent eller øvd på å ta over andres oppgaver?

Synes du det er forskjell i samarbeidet ved en rutinehendelse og ved en større hendelse?

Hvordan vil du beskrive godt samarbeid?

Synes du beskrivelsen skiller seg fra virkeligheten? Hvorfor tror du det finnes et skille mellom de?

Har du opplevd at du har blitt forstyrret av følgende faktorer:

- problemer med utstyr
- distraheret av omgivelser
- mangel på kommunikasjon
- usikkerhet

### **Problemløsning og beslutningstaking**

Har du opplevd at noe forstyrrer og tar vekk fokus fra primæroppgaver/pasientbehandling?

Har du opplevd at det er vanskelig å få korrekt eller tilstrekkelig med informasjon? Hvordan påvirker dette dine valg underveis?

Har du opplevd at du mangler informasjon fordi den stopper opp underveis?

Har du opplevd at det du har lært ikke er tilstrekkelig for å kunne løse en situasjon? Utdyp.

Har du bevisst brutt gjeldende regler/prosedyrer for å kunne håndtere en vanskelig/utfordrende situasjon? Eksempelvis forflytning av pasient og lignende. Eksemplifiser.

Opplever du at rutiner/prosedyrer etc. ikke alltid er tilstrekkelig? Fortell om situasjoner hvor du måtte improvisere.

Er enkelte situasjoner mer utsatt enn andre for feil (for eksempel i vurdering, behandling, ressurser)?

Kan det være utfordrende å prioritere oppgaver som *konkurrerer* mot hverandre? Dersom flere nødetater er involvert i en hendelse, har du opplevd at dere har ulike mål og prioriteringer? Har dette påvirket utførelsen av din jobb?

Har du opplevd å kommet fram til en situasjon hvor du ikke visste hva som ventet? Hva gjorde du da du kom fram?

### **Situasjonsforståelse**

Hvordan forbereder du deg på vei ut på oppdrag, eventuelt scenarioet som du tror møter deg?

Kan du gi eksempler på oppdrag som du anser som ikke-rutine? Når forstår du at oppdraget er ekstraordinært?

Har du opplevd at det er utfordrende å se samme situasjonsbilde som for eksempel nye, uerfarne eller (for deg) ukjente vikarer?

Kan du gi eksempler på oppdrag som brått ble mer krevende eller vanskelig enn først antatt. Følg opp.

Har du noen ganger opplevd uforventede problemer med pasient/pasientens tilstand? Hvordan endret det utføring av oppdrag?

Har du noen gang følt at du ikke aner hvordan du skal løse en situasjon, for eksempel enten ved ankomst eller underveis? Utdyp.