

Universitet i Stavanger

Pandemiberedskap i Bergen kommune

Masteroppgave i Teknisk Samfunnssikkerhet

VÅR 2019

30 Studiepoeng


Øyvind Storsveen Dale



Universitetet
i Stavanger

DET TEKNISK-NATURVITENSKAPELIGE FAKULTET

MASTEROPPGAVE

| | |
|---|--|
| Studieprogram/spesialisering: Teknisk Samfunnsikkerhet | Vårsemesteret, 2019 Åpen / Konfidensiell |
| Forfatter: Øyvind Storsveen Dale |  (signatur forfatter) |
| Fagansvarlig: Bjørn Ivar Kruke Veileder: Christian Alexander Kuran | |
| Tittel på masteroppgaven: Pandemiberedskap i Bergen kommune Engelsk tittel: Pandemic preparedness in Bergen municipality | |
| Studiepoeng: 30 | |
| Emneord: pandemisk influensa, Bergen kommune, kommunal beredskap, sosial og helsemessig beredskap, beredskapsplanlegging, beredskapsdimensjonering spørreundersøkelse, tjenestekontinuitet, planlegging | Sidetall: 92 + vedlegg/annet: 61 Frekhaug, 15.06.19 dato/år |

Forord

Denne oppgaven markerer slutten på to lærerike år på masterstudiet i Teknisk Samfunnssikkerhet ved Universitetet i Stavanger.

Jeg ønsker å starte med å takke min veileder, Christian Alexander Kuran, for svært god oppfølging gjennom hele skrivningsprosessen. Du har gitt meg mange gode innspill og ideer underveis, og du har alltid vært tilgjengelig når jeg trengte det. Uten deg ville det ikke vært mulig å gjennomføre oppgaven!

Jeg har også vært så heldig å få ha kontor ved Seksjon for samfunnssikkerhet og beredskap i Bergen kommune, og jeg ønsker å rette stor takk til alle som jobber der og alle andre i kommunen som har hjulpet meg i denne perioden. Spesielt ønsker jeg å takke Jørgen Gullestad og Ivar Lunde for gode rettleddninger, innspill, diskusjoner og kommentarer i forbindelse med oppgaven.

En stor takk må også bli gitt til alle respondentene som besvarte spørreundersøkelsen. Tusen takk skal dere ha!

Sist, men ikke minst, ønsker jeg å takke familie og venner for støtte og gode ord under stressende perioder. Jeg vil rette en spesiell takk til mine foreldre for gjennomlesning og korrekturlesing, samt for å ha tilrettelagt for at arbeidsdagene mine skulle være så lite stressende som mulig.

Øyvind Storsveen Dale

Frekhaug, 15.06.2019

Sammendrag

Temaet for denne oppgaven er pandemiberedskap i offentlig sektor. Jeg ønsker å studere hvordan ansatte innenfor helsetjenesten i Bergen kommune vurderer beredskapsarbeidet som er gjort for å sørge for tjenestekontinuitet under en pandemisk influensa. Problemstillingen jeg har arbeidet med er: *I hvilken grad er det ulik tiltro innad i byrådsavd., helse og omsorg i Bergen kommune, til evnen til å sørge for tjenestekontinuitet under en influensapandemi?*

I *Analyse av krisescenario 2019* (DSB, 2019) fremkommer det at en pandemi er det scenariet som har høyest samlet risiko. Scenariet vil påføre helsetjenesten betydelige utfordringer – deriblant å sørge for tjenestekontinuitet. Bergen kommunen er i en prosess hvor de ønsker input fra sine ansatte angående forbedringsområder, da de erkjenner at det eksisterer kunnskapsmangler i forbindelse med pandemiplanleggingen. På bakgrunn av dette ble det utarbeidet fire faktorer med betydning for evnen til å sørge for tjenestekontinuitet. Disse faktorene er 1) om de ansatte har tiltro til sin egen og andres kompetanse, 2) om det er en konsensus i kommunen om hvor omfattende beredskapsarbeidet skal være, 3) om kommunikasjon og kommunikasjonskanaler blir vurdert som tilstrekkelige, 4) vurderinger og kjennskap til planverk.

For å få innsikt i vurderingene av disse faktorene blant de ansatte, ble det gjennomført en kvantitativ tverrsnittstudie ved bruk av spørreundersøkelse. Undersøkelsen er delt i fire; basert på hvilket organisatorisk nivå man jobber.

Resultatet fra spørreundersøkelsen ble diskutert i sammenheng med teorier knyttet til å drive god beredskapsplanlegging. Generelt var det ikke mulig å avdekke signifikante forskjeller mellom ansatte på ulike organisatoriske nivå angående vurderinger av faktorene, med unntak av «tiltro til egen kompetanse». Samtidig var det trender i datasettet, basert på den samlede svarfordelingen til respondentene, som ga grobunn for utarbeidelse av mulige punkter som kan være til nytte for kommunen i forbindelse med beredskapsarbeidet knyttet til pandemisk influensa. Hovedsakelig omhandler disse punktene involvering av ansatte på lavere nivå i planleggingsprosessen, kompetansekartlegging, tydeliggjøring av sentrale punkter i planverket og evaluering av kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten.

INNHOLDSLITE

| | |
|---|-----------|
| 1. INNLEDNING | 1 |
| 1.1 PROBLEMSTILLINGEN | 2 |
| 1.2 FAKTORER MED TILHØRENDE FORSKNINGSSPØRSMÅL OG HYPOTESER | 3 |
| 1.2.1 Tiltro til egen og andres kompetanse | 3 |
| 1.2.2 Konsensus om hvor omfattende beredskapsarbeidet skal være | 4 |
| 1.2.3 Vurdering av kommunikasjon og etablerte kommunikasjonskanaler | 5 |
| 1.2.4 Planer | 5 |
| 1.2.5 Vurdering av tjenesteområder | 6 |
| 1.2.6 Oppsummert..... | 6 |
| 1.3 AVGRENSNINGER OG ANTAKELSER | 7 |
| 2 BEGREPSAVKLARING | 8 |
| 3 BAKGRUNN | 10 |
| 3.1 KRISE | 10 |
| 3.2 HVA ER EN PANDEMI? | 11 |
| 3.2.1 Influenza | 12 |
| 3.3 BEREDSKAP | 12 |
| 3.3.1 Bergen kommune og ansvarsområder..... | 13 |
| 3.3.2 Beredskapsprinsippene | 15 |
| 3.3.3 Lovverk opp mot kommunal beredskap..... | 16 |
| 3.3.4 ROS- analyse og Veileder til helhetlig ROS-analyse i kommunen..... | 17 |
| 3.3.5 Overordnet ROS-analyse i Bergen kommune | 18 |
| 4 TEORETISKE BETRAKTNINGER | 19 |
| 4.1 PLANLEGGINGSPROSESSEN | 19 |
| 4.2 RISIKO OG RISIKOPERSEPSJON | 20 |
| 4.2.1 Kompetanse i lys av risikopersepsjon..... | 22 |
| 4.3 RELEVANTE FAKTORER FOR Å UTØVE GOD BEREDSKAPSPLANLEGGING | 23 |
| 4.3.1 Forankring | 25 |
| 4.3.2 Organisering, samordning og kommunikasjon | 27 |
| 4.3.3 Kommunikativ planlegging | 28 |
| 4.3.4 Fordeling av beslutningsmakt | 29 |
| 4.3.5 Beredskapsplaner | 31 |
| 4.3.6 Trening og øvelser..... | 33 |
| 5 METODE | 35 |
| 5.1 DATAINNSAMLING: SPØRREUNDERSØKELSE | 35 |
| 5.3 PILOTUNDERSØKELSE | 37 |
| 5.4 UTVALG | 38 |
| 5.5 STATISTISK ANALYSE..... | 39 |
| 5.5.1 Trinn en: Utvikling av målebegrep..... | 39 |
| i) Tiltro til andres kompetanse..... | 39 |
| ii) Tiltro til egen kompetanse | 40 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| iii) | Konsensus av hvor forberedt kommunen skal være på å håndtere en influensapandemi | 40 |
| iv) | Kommunikasjon og etablerte kommunikasjonskanaler | 41 |
| v) | Planverk | 41 |
| vi) | Tjenesteområder | 42 |
| 5.5.2 | Trinn to: Validitet | 42 |
| 5.5.3 | Trinn tre: Reliabilitet | 43 |
| 5.5.4 | Trinn fire: Deskriptiv Statistikk | 43 |
| 5.5.5 | Trinn fem: Valg av test for analyse | 44 |
| 5.6 | ETISKE HENSYN | 46 |
| 6 | RESULTAT | 47 |
| 6.1 | UTVALG | 47 |
| 6.2 | KORRELASJONSANALYSE | 48 |
| 6.3 | INTERN KONSISTENS | 50 |
| 6.4 | FREKVENNS OG DESKRIPTIV STATISTIKK | 51 |
| 6.4.1 | Tiltro til andre sin kompetanse | 51 |
| 6.4.2 | Tiltro til egen kompetanse | 53 |
| 6.4.3 | Om det er konsensus om hvor omfattende beredskapsarbeidet skal være | 54 |
| 6.4.4 | Kommunikasjon og kommunikasjonskanaler | 56 |
| 6.4.5 | Planverk og planlegging | 58 |
| 6.5 | AVDELINGER | 60 |
| 6.6 | SIGNIFIKANTE FORSKJELLER OG HYPOTSETESTING | 62 |
| 6.6.1 | Tiltro til andre sin kompetanse | 62 |
| 6.6.2 | Tiltro til egen kompetanse | 63 |
| 6.6.3 | Konsensus om hvor omfattende beredskapsarbeidet skal være | 65 |
| 6.6.4 | Kommunikasjon og kommunikasjonskanaler | 65 |
| 6.6.5 | Planer og planlegging | 66 |
| 6.7 | OPPSUMMERING AV HYPOTESER | 67 |
| 7 | DISKUSJON | 68 |
| 7.1 | HOVEDFUNN | 68 |
| 7.2 | GOD TILTRO TIL ANDRE SIN KOMPETANSE | 68 |
| 7.3 | HØYERE TILTRO TIL EGEN KOMPETANSE BLANT ANSATTE PÅ HØYERE ORGANISATORISK NIVÅ | 70 |
| 7.4 | KONSENSUS OM HVOR OMFATTENDE BEREDSKAPSARBEIDET SKAL VÆRE | 71 |
| 7.5 | INFLUENSAPANDEMI BLIR TATT ALVORLIG AV ANSATTE I KOMMUNEN | 73 |
| 7.6 | KOMMUNIKASJON OG KOMMUNIKASJONSKANALER | 75 |
| 7.7 | PLANER OG PLANLEGGING | 77 |
| 7.8 | PRAKTISKE BETRAKTNINGER | 79 |
| 7.8.1 | Planlegging | 79 |
| 7.8.2 | Planer | 81 |
| 7.8.3 | Øvelser | 85 |
| 7.9 | METODISKE BETRAKTNINGER | 87 |
| 7.9.1 | Validitet | 87 |
| 7.9.2 | Reliabilitet | 87 |
| 7.9.3 | Svakheter og styrker ved bruk av spørreundersøkelse | 88 |

| | |
|---|------------|
| 8 KONKLUSJON | 91 |
| 9 LITTERATURLISTE..... | 93 |
| VEDLEGG 1: TILTRO TIL ANDRES KOMPETANSE | 104 |
| VEDLEGG 2: TILTRO TIL EGEN KOMPETANSE..... | 110 |
| VEDLEGG 3: KONSENSUS OM HVOR OMFATTENDE BEREDSKAPEN SKAL VÆRE..... | 115 |
| VEDLEGG 4: KOMMUNIKASJON OG KOMMUNIKASJONSKANALER | 121 |
| VEDLEGG 5: PLANER OG PLANLEGGING | 126 |
| VEDLEGG 6: KORRELASJONSMATRISER..... | 132 |
| VEDLEGG 7 LOVVERK..... | 134 |
| VEDLEGG 8: SPØRREUNDERSØKELSE (TATT FRA NETTET)..... | 136 |
| VEDLEGG 9: EKSEMPLER PÅ TESTER..... | 152 |

Figurliste

| | |
|--|----|
| FIGUR 1. 1: OVERSIKT OVER HVA DE ULIKE FAKTORENE HAR SOM HENSIKT Å UNDERSØKE | 6 |
| Figur 3. 1: FASEINDELING I WHO'S «PANDEMIC INFLUENZA RISK MANAGEMENT»..... | 11 |
| FIGUR 3. 2: ORGANISASJONSKART FOR BYRÅDSAVDELINGEN FOR HELSE- OG OMSORG | 14 |
| FIGUR 3. 3: RISIKOMATRISER FOR EN INFLUENSAPANDEMI I BERGEN KOMMUNE | 18 |
| FIGUR 4. 1: FASER I BEREDSKAP SARBEIDET..... | 19 |
| FIGUR 4. 2: KRISEFASER SOM EN SIRKULÆR PROSESS | 23 |
| FIGUR 4. 3: LIVSLØPET TIL EN HYPOTETISK ORGANISASJON SETT I LYS AV MOTSETNINGENE PRODUKSJON/SIKKERHET | 26 |
| FIGUR 4. 4: SOSIOTEKNISK MODELL AV ET SYSTEM SOM VISER SAMMENHENG MELLOM AKTØRNIVÅ, VIRKEMIDDEL OG RAMMEBETINGELSER | 30 |

Diagramliste

| | |
|---|----|
| DIAGRAM 6. 1: TOTAL SVARFORDELING PÅ SPØRSMÅLENE RELATERT TIL «TILTRO TIL ANDRES KOMPETANSE» | 51 |
| DIAGRAM 6. 2: TOTAL SVARFORDELING PÅ SPØRSMÅLENE RELATERT TIL «TILTRO TIL EGEN KOMPETANSE» | 53 |
| DIAGRAM 6. 3: TOTAL SVARFORDELING PÅ SPØRSMÅLENE RELATERT TIL «KONSENSUS AV HVOR OMFATTENDE BEREDSKAP SARBEIDET SKAL VÆRE» | 55 |
| DIAGRAM 6. 4: TOTAL SVARFORDELING PÅ SPØRSMÅLENE RELATERT TIL ETABLERT KOMMUNIKASJON OG KOMMUNIKASJONSKANALER | 56 |
| DIAGRAM 6. 5: TOTAL SVARFORDELING PÅ SPØRSMÅLENE RELATERT TIL ETABLERT PLANVERK | 58 |
| DIAGRAM 6. 6: TOTAL SVARFORDELING FOR SPØRSMÅL RELATERT TIL PLANVERK FOR HELSEFAGLIGE ANSATTE | 59 |
| DIAGRAM 6. 7: SVARFORDELING AV HVILKET TJENESTEOMRÅDE MAN MENER VIL HA STØRST PROBLEMER UNDER EN INFLUENSAPANDEMI | 61 |
| DIAGRAM 6. 8: SVARFORDELING FOR «JEG VET HVA SOM ER FORVENTET AV MEG UNDER EN INFLUENSAPANDEMI» MELLOM ETATENE..... | 64 |

Tabell-liste

| | |
|---|---------|
| TABELL 6. 1: OVERSIKT OVER RESPONDENTER OG I HVILKEN GRAD SPØRREUNDERSØKELSE HAR BLITT BESVART | .47 |
| TABELL 6. 2: ANTALL ANSATTE VED RESPONDENTENES ARBEIDSPASS I ETAT FOR HJEMMEBASERTE TJENESTER | ...48 |
| TABELL 6. 3: ANTALL ANSATTE VED RESPONDENTENES ARBEIDSPASS I ETAT FOR SYKEHJEM |48 |
| TABELL 6. 4: SAMLEDE OG INDIVIDUELLE GJENNOMSNITTSVERDIER FOR DE ORGANISATORISKE NIVÅENE ANGÅENDE SPØRSMÅLENE/VARIABLENE SOM SKAL MÅLE TILTRO TIL ANDRES KOMPETANSE (I) |52 |
| TABELL 6. 5: SAMLEDE OG INDIVIDUELLE GJENNOMSNITTSVERDIER FOR DE ORGANISATORISKE NIVÅENE ANGÅENDE SPØRSMÅLENE/VARIABLENE SOM SKAL MÅLE TILTRO TIL EGEN KOMPETANSE (II) |53 |
| TABELL 6. 6: SAMLEDE OG INDIVIDUELLE GJENNOMSNITTSVERDIER FOR DE ORGANISATORISKE NIVÅENE ANGÅENDE SPØRSMÅLENE/VARIABLENE SOM SKAL MÅLE «KONSENSUS AV HVOR OMFATTENDE BEREDSKAP SARBEIDET SKAL VÆRE» (III) |55 |
| TABELL 6. 7: SAMLEDE OG INDIVIDUELLE GJENNOMSNITTSVERDIER FOR DE ORGANISATORISKE NIVÅENE ANGÅENDE SPØRSMÅLENE/VARIABLENE SOM SKAL MÅLE «KOMMUNIKASJON OG KOMMUNIKASJONSKANALER» (IV) |57 |
| TABELL 6. 8: SAMLEDE OG INDIVIDUELLE GJENNOMSNITTSVERDIER FOR DE ORGANISATORISKE NIVÅENE ANGÅENDE SPØRSMÅLENE/VARIABLENE KNYTTET TIL PLANVERK (V) |58 |
| TABELL 6. 9: OPPSUMMERING AV HYPOTESER |67 |

1. INNLEDNING

«Halve Norge kan dø i en pandemi».

Det overstående sitatet er overskriften på en artikkel publisert på nrk.no i 2007 (NRK, 2007). En pandemi er global spredning av et nytt virus som få eller ingen er immun mot. Historisk sett blir vi rammet av en ny pandemi med intervall på 10-40 år, og Norge ble sist rammet av pandemisk influensa i 2009 (DSB, 2014, s.67). Viruset ble på folkemunne omtalt som «svineinfluensaen», og førte til betydelige utfordringer i samfunnet. Da NRK-artikkelen ble publisert, hadde ikke «svineinfluensaen» nådd Norge. Dødeligheten blant smittede i andre deler av verden var betydelig, og det eksisterte ingen vaksine.

Etter hvert kom svineinfluensaen til Norge også. Det er estimert at opp mot 900000 nordmenn kan ha vært smittet av influensaen, og noen ble hardt rammet. Influensaen fikk ikke de konsekvensene man fryktet på forhånd, men likevel var helsetjenesten under et stort press (Folkehelseinstituttet, 2018b).

I første omgang er det denne sektoren som blir belastet under en pandemi. Helse- og omsorgstjenesten kan oppleve overbelastning, og behandlingsskapiteten kan bli kraftig redusert (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014, s. 6). Samtidig vil det sannsynligvis være problemer med å opprettholde tilgangen på nødvendige og etterspurte tjenester og varer, eksempelvis legemiddel og helsepleiemateriell.

I «Analyse av krisescenario» (DSB, 2019, s. 13) blir scenarioet «Pandemi i Norge» sett på som den uønskede hendelsen som har høyest samlet risiko. Bakgrunnen for at DSB mener sannsynligheten for et nytt pandemiutbrudd i Norge er så høy, skyldes den historiske frekvensen av influensapandemier, samt en reell økning i tilfeller av sykdommer og infeksjoner forårsaket av resistente bakterier (ibid.). Et ytterligere moment er at man globalt sett har blitt mer mobile sammenlignet med tidligere tider. Dette kan igjen medføre at det som hadde vært lokale epidemier tidligere, nå kan få et pandemisk preg (Saunders-Hastings & Krewski, 2016).

Så langt har et velfungerende smittevernregime forhindret større utbrudd av andre smittsomme sykdommer, men den høye sannsynligheten for utbrudd tilsier at man må være forberedt på at

Norge vil bli rammet av en ny pandemi i nær fremtid (DSB, 2014, s. 68-71) Derfor er det viktig at man bedriver godt kontinuerlig beredskapsarbeid i helse- og omsorgstjenesten og andre samfunnssektorer for å være forberedt på å håndtere en eventuell influensapandemi. Håndteringen omhandler å redusere smittespredning, behandle smittede og opprettholde nødvendige funksjoner i samfunnet så langt det lar seg gjøre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

1.1 Problemstillingen

Helsedirektoratet har utarbeidet en *Veileder for pandemiplanlegging i kommunehelsetjenesten* (Helsedirektoratet, 2016). Veilederen har som formål å gi kommunen og kommunelegen¹ et verktøy for å utarbeide en kommunal pandemiplan slik at kommunen er best mulig rustet til å håndtere et fremtidig pandemiscenario (ibid.). Selv om det er vanskelig å forutsi omfanget av en kommende pandemi, har *Nasjonal Beredskapsplan Pandemisk Influensa 2014* (NPBI) simulert spredning av influensa ved bruk av en dynamisk modell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014, s. 78-84). NPBI har gjennom modellen beskrevet et anbefalt planleggingsnivå som samfunnet bør ha kapasitet til å kunne møte. Veilederen til helsedirektoratet tar for seg det samme scenarioet, og scenarioet anbefaler at enhver kommune skal være forberedt på at 25 % av befolkningen blir syk og får symptomer i løpet av pandemiens varighet. Ca. 20% av disse vil være syke samtidig under uken hvor pandemien er mest utbredt (toppuken). Selv om helsetjenestene kan anses som robuste, er det grunn for å undersøke hvorvidt et slikt forventet sykefravær, kombinert med økt etterspørsel etter tjenester, vil påføre helsetjenesten utfordringer som vil gå utover forsvarlig praksis.

Temaet for oppgaven vil være pandemiberedskap i Bergen kommune, og valget av oppgavens tema ble tatt etter initiativ fra representanter for kommunen. Kommunen erkjenner at det eksisterer kunnskapsmangler i forbindelse med pandemiplanlegging, og er derfor i en prosess hvor de ønsker input fra sine ansatte angående den gjeldende evnen til å håndtere en pandemi. Ivar Lunde, beredskapssjef i Bergen kommunen, nevner blant annet at:

¹ Smittevernoverlege i Bergen kommune

«Resultatene fra kommunens pågående arbeid med pandemiplanlegging tilsier at en må forvente å bli betydelig rammet av en pandemi. Utfordringene vil ses på tvers av kommunens sektorer, men med et betydelig fokus rundt helse- og omsorgssektoren. Å kvalitetssikre våre egne vurderinger rundt evnen til å håndtere en pandemi er derfor svært viktig» (personlig kommunikasjon, 11. juni 2019).

Jeg avgrensner til hvordan ansatte ved avdelinger innenfor Byrådsavdelingen for helse- og omsorg i kommunen vurderer beredskapsarbeidet som er gjort i forhold til pandemisk influensa, og i hvilken grad det er ulike oppfatninger av tiltro til evnen til å sørge for tjenestekontinuitet, basert på scenarioet beskrevet over.

På bakgrunn av dette har jeg laget følgende problemstilling:

I hvilken grad er det ulik tiltro innad i byrådsavd., helse og omsorg i Bergen kommune, til evnen til å sørge for tjenestekontinuitet under en influensapandemi?

Evnen til tjenestekontinuitet vil ta utgangspunkt i ulike faktorer som jeg, basert på teorier som blir beskrevet i teorikapittelet, mener har betydning for hvor forberedt kommunen vil være på å håndtere et krisescenario - i dette tilfellet et pandemiscenario med høyt personellfravær. Påfølgende delkapittel vil nevne faktorene og de tilhørende forskningsspørsmålene. Enkelte av forskningsspørsmålene blir også spesifisert ved bruk av tilknyttede hypoteser.

1.2 Faktorer med tilhørende forskningsspørsmål og hypoteser

1.2.1 Tiltro til egen og andres kompetanse

Evnen til å sørge for tjenestekontinuitet er helt avhengig av kompetent personell, da de ansatte er den viktigste ressursen i forbindelse med håndteringen (Dreeschm et al., 2005). Samtidig vil selve tjenesteproduksjonen av omsorgstjenester skje i resultatenheter, ved den «skarpe enden»². Jo lengre opp i de organisatoriske nivåene man kommer, jo større avstand er det til det

² «Sharp end individuals are in direct contact with the human-system interface. In health care, sharp end individuals administer care to patients..... Blunt end individuals take actions and/or make decisions that affect technical and organization policy and procedures and allocate resources. Their actions and decisions may result in latent conditions. Examples of such decisions include those related to staffing and resource allocation» (Battles & Lilford, 2003: ii5).

fysiske arbeidet som blir gjort i kontakt med pasientene (Battles & Lilford, 2003). Derfor vil det være av interesse å undersøke hvorvidt det eksisterer forskjeller til tiltro til både egen og andres kompetanse.

Forskningsspørsmål 1: I hvilken grad er det ulik tiltro blant ansatte til egen og andres kompetanse?

Tilknyttede hypoteser:

H1: Ansatte på høyere nivå har større tiltro til andre sin kompetanse

H2: Ansatte på lavere nivå har mindre tiltro til egen kompetanse

H3: Ansatte i etat for sykehjem har større tiltro til både sin egen kompetanse og til andre ansatte sin kompetanse i egen etat, enn det ansatte på ulike organisatoriske nivå i etat for hjemmebaserte tjenester har.

1.2.2 Konsensus om hvor omfattende beredskapsarbeidet skal være

En oppnådd konsensus på tvers av nivåene om hvor forberedt kommunen skal være, kan tyde på god kommunikasjon, samhandling og tillit mellom de ansatte (J. Rasmussen, 1997; Aven et al., 2016, s. 50-52). Dette kan blant annet føre til at implementering av tiltak og utarbeidelser blir gjennomført på en mer effektiv måte, eksempelvis ved at en unngår ulike målkonflikter i å oppstå (ibid.)

Forskningsspørsmål 2: I hvilken grad er det ulik oppfattelse av konsensus blant de ansatte på de ulike organisatoriske nivåene om hvor omfattende beredskapsarbeidet skal være?

Tilknyttede hypoteser:

H4: Det er lik oppfattelse i kommunen knyttet til hvor mye tid og ressurser som bør brukes på beredskap for en influensapandemi.

H5: Ansatte på høyere nivåer opplever at influensapandemi er et scenario som blir tatt på alvor i kommunen i større grad enn ansatte på lavere nivå.

1.2.3 Vurdering av kommunikasjon og etablerte kommunikasjonskanaler

God kommunikasjonen og samarbeid mellom interne og eksterne aktører er en sentral faktor for hvor forberedt en organisasjon er på å møte et krisescenario (Helsedirektoratet, 2016). Mange relevante aktører, både interne og eksterne, skal samhandle, og dermed er det viktig med god kommunikasjon for å være mest mulig forberedt på å håndtere et pandemiscenario.

Forskningsspørsmål 3: I hvilken grad er det er ulik oppfattelse av kommunikasjonen og etablerte kommunikasjonskanaler som eksisterer per dags dato i kommunen i forbindelse med pandemiberedskap?

Tilknyttede Hypoteser

H6: Ansatte på høyere nivåer har tiltro til at den nåværende kommunikasjonen mellom interne og eksterne aktører er tilstrekkelig i større grad enn ansatte på lavere nivå.

H7: Kommunikasjonen med spesialisthelsetjenesten blir vurdert som mindre tilfredsstillende enn kommunikasjon internt i primærhelsetjenesten.

1.2.4 Planer

Arbeidet med pandemiplanlegging er et kontinuerlig arbeid. Likevel er det stort behov for planverk for å ha oversikt over den gjeldende virkeligheten i kommunen og i hvilken grad beredskapen som er utarbeidet, reflekterer de truslene man står ovenfor (Engen et al., 2016, s. 291).

Forskningsspørsmål 4: I hvilken grad er det er ulike oppfattelser av planer, rutiner og retningslinjer som eksisterer i kommunen per dags dato i forbindelse med pandemiberedskap?

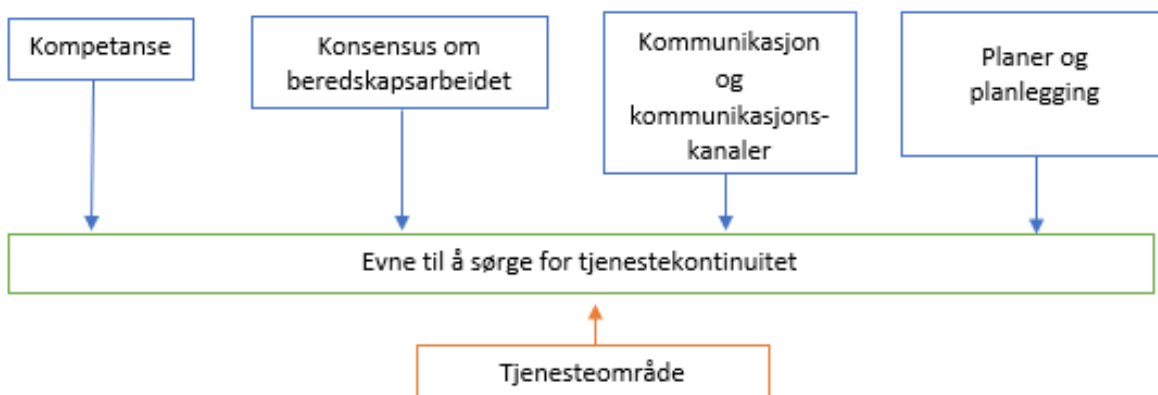
1.2.5 Vurdering av tjenesteområder³

Resultatenhetene i etatene utøver ulike tjenester. Noen arbeidsplasser tar hånd om pasienter som krever lite pleie og oppfølging, mens andre arbeidsplasser tar hånd om krevende pasienter som trenger oppfølging og behandling av personell med spesialkompetanse døgnet rundt. Ved en influensapandemi er det dermed nærliggende å tenke seg at enkelte avdelinger vil oppleve mer trykk enn andre.

Forskningsspørsmål 5: I hvilken grad det er ulike oppfatninger av hvilke tjenesteområder som er mest sårbare for en influensapandemi, og hvilke faktorer blir vektlagt som de viktigste for om et tjenesteområde vil klare å sørge for kontinuitet under en influensapandemi med et høyt personellfravær?

1.2.6 Oppsummert

Vurderingen av faktorene har som formål å resultere i en oversikt om i hvilken grad de ansatte har tiltro til at helsetjenesten evner å sørge for tjenestekontinuitet under et pandemiscenario med høyt personellfravær, jf. figur 1.1



FIGUR 1. 1: OVERSIKT OVER HVA DE ULIKE FAKTORENE HAR SOM HENSIKT Å UNDERSØKE

³ Dette punktet er ikke regnet som en faktor, men et punkt jeg ønsker å studere for å få et mer reflektert bilde over vurderingene til de ansatte.

1.3 Avgrensninger og antakelser

Det må nevnes at helsepersonell er i direkte kontakt med smittede, og dermed mer utsatt enn andre for smitte. Samtidig blir smitteeksponert personell i helsetjenesten prioritert først for vaksine (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2014). Likevel har jeg, basert på tallene fra NBPI og gjennom samtaler med fagpersonell, valgt å ta utgangspunkt i et scenario hvor 20% av personellet er fraværende fra jobb samtidig under toppuken ved en influensapandemi.

Scientific Pandemic Influenza Group on Modelling⁴, som NBPI og veilederen til helsedirektoratet har hentet data fra, beskriver hvordan man skal planlegge for et «worst case scenario». Det blir beregnet at smittede uten komplikasjoner i gjennomsnitt vil være vekke fra jobb i syv dager, mens foreldre med barn kan være vekke opptil 10 dager (Department of Health & Social Care, 2018). Jeg kommer ikke til å ta med dette i denne oppgaven, og jeg kommer heller ikke til å ta med om ansatte har fått komplikasjoner eller ikke. Det som er av relevans for denne oppgaven, er at ansatte ikke stiller på jobb. Dette understrekes ved at jeg har valgt å bruke uttrykket «personellfravær» fremfor «sykefravær» (DSB, 2009, s. 11).

Behovet for pleie vil øke, men gjennom litteratursøk og samtaler med fagpersonell, har jeg funnet ut at det eksisterer svært få og varierende kilder om det økte pleiebehovet under en influensapandemi. Dermed kommer oppgaven til å fokusere i større grad på fraværet av helsepersonell enn det økte antallet pleietrengende.

Jeg ønsker å sammenligne ansatte på forskjellige organisatoriske nivå (både samlet sett og innad i hver etat), og jeg vil også sammenligne etatene. I oppgaven har jeg valgt å ta for meg Byrådsstabsnivå (Seksjon for kvalitet, mestring, voksne og eldre (SKM)), etatsnivå og resultatenhetsnivå. Resultatenhetsnivået kommer jeg også til å dele i opp i to ulike nivå, henholdsvis leder- eller administrativt nivå og (helsefaglig) ansattnivå. Jeg kommer også til å avgrense oppgaven til å kun gjelde etat for sykehjem og etat for hjemmebaserte tjenester.

⁴ Ekspertpanel for helsedepartementet og regjeringen i Storbritannia

2 Begrepsavklaring

Akseptkriterier: Uttrykk for risikonivået i risikoanalysen som blir vurdert som akseptabel i en gitt periode eller fase (Aven, Boyesen, Njå, Olsen & Sandven, 2016, s. 152)

Angrepsrate: Del av befolkningen, i dette tilfelle befolkningen i Bergen kommune, som blir smittet over en spesifikk tidsperiode. **Klinisk angrepsrate** er proporsjonen som viser symptomer etter å ha blitt smittet (Helse og omsorgsdepartementet, 2014, s. 27)

Effektivitet: Uttrykk for hvor god ytelsen av barrierer er, gitt at de fungerer (Aven et al., 2016, s. 122)

Forankring: Forankring «peker på en nødvendighet om at viktige aktører må ha kunnskap, interesse og opplevelse av forpliktelse knyttet til gjennomføringen av et arbeid» (Kommunetorget, u. å.)

NBPI: Nasjonal Beredskapsplan Pandemisk Influensa 2014 (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2014)

NRB (2014): Nasjonalt Risikobilde 2014 (DSB, 2014)

Pålitelighet: Evnen en har til å utføre en tiltenkt funksjon. I driftssituasjoner måles dette ved å studere om barrierer virker eller ikke virker (Aven et al., 2016, s. 124)

Risiko: Aven og Renn (2010)⁵ definerer risiko som «usikkerheten om og alvorligheten av hendelser og konsekvenser (eller resultater) av en aktivitet med hensyn til det mennesker verdsetter».

Samfunnssikkerhet: «*Samfunnssikkerhet er den evne samfunnet har til å opprettholde viktige samfunnsfunksjoner og ivareta borgernes liv, helse og grunnleggende behov under ulike former for påkjenninger* (Justis og Politidepartementet, 2002).

⁵ Tatt fra Engen mfl. (2016, s. 80)

Sikkerhetsmål: «En tilstand eller et sikkerhetsnivå som for eksempel samfunnet, virksomheter eller bedrifter ønsker å oppnå, på lang eller kort sikt» (Aven et al., 2016, s. 71).

SKM: Seksjon for kvalitet, mestring, voksne og eldre (Hovland, 2018).

Sårbarhet: Sårbarhet er «et uttrykk for de problemene et system får med å fungere når det utsettes for en uønsket hendelse, samt de problemer systemet får med å gjenoppta sin virksomhet etter at hendelsen har inntruffet» (DSB, 2016). Kvantitativ kan sårbarhet bli uttrykt ved pålitelighet (omtales gjerne som tilgjengelighet) og effektivitet (kapasitet og tid) (Aven et al., 2016, s. 124).

Tillit: Positiv oppfatning av andres kompetanse til å gjøre det som må gjøres (Engen, Kruke, Lindøe, K. H. Olsen, O. E. Olsen & Pettersen, 2016; Newell & Swan, 2000). Synonym til **Tiltro** (Det norske akademis ordbok, u. å.).

Tiltro: «Følelse av, overbevisning om en saks eller en persons dugelighet, pålitelighet, troverdighet eller av et foretagendes mulighet til å lykkes» (Det norske akademis ordbok, u. å.).

Usikkerhet: Knyttet til grad av prediksjonsevne, vanskeligheten med å finne frem til passende og representativt størrelser som sier noe om godheten til systemer, personer eller grupper som vurderer usikkerhetene (Aven et al., 2016, s. 187)

Ytelseskrav: Krav til respons som beredskapen skal møte (Engen et al., 2016, s.285)

3 Bakgrunn

For å kunne besvare problemstillingen er det viktig å forstå konteksten av beredskap og rammeverk for kommunens ansvar når det gjelder å drive beredskapsarbeid, samt hva pandemi og kriser er.

3.1 Krise

En krise medfører en endring fra normaltstanden. Endringen er uønsket, og man vil ikke klare å løse den ved hjelp av ordinær organisering (Engen et al., 2016, s. 260). Det finnes en rekke definisjoner om hva kriser er, og i dette delkapitlet vil jeg ta for meg noen av dem. Karakteristikkene som de ulike definisjonene har til felles er: en trussel, forvirring, usikkerhet, uventet og manglende kontroll, tidspress og informasjonsutfordringer (ibid.).

En eldre definisjon som skiller seg ut fra øvrige definisjoner er Thomas & Thomas (1928) sin fremstilling av kriser: «hvis det oppleves som en krise, så er det en krise». Denne definisjonen skiller seg ut ved at den i stor grad omtaler kriser som en subjektiv oppfatning av situasjonen som har oppstått.

Rosenthal mfl. (1989, s. 10) har utarbeidet en definisjon som peker mer på trussel, tidspress, usikkerhet og beslutningstaking:

«En alvorlig trussel mot strukturer, verdier og normer i et sosialt system som under tidspress og usikkerhet gjør det nødvendig å foreta kritiske beslutninger»

Sårbarhetsutvalget har i NOU 2000:24 utviklet en annen definisjon som baserer seg på en organisasjons evne til å utføre viktige funksjoner:

«En krise er en hendelse som har potensiale til å true viktige verdier og svekke en organisasjons evne til å utføre viktige funksjoner» (NOU 2000:24, s. 19)

Denne er i tråd med regjeringen sin definisjon av kriser fra 2016, som er definisjonen jeg vil bruke i oppgaven:

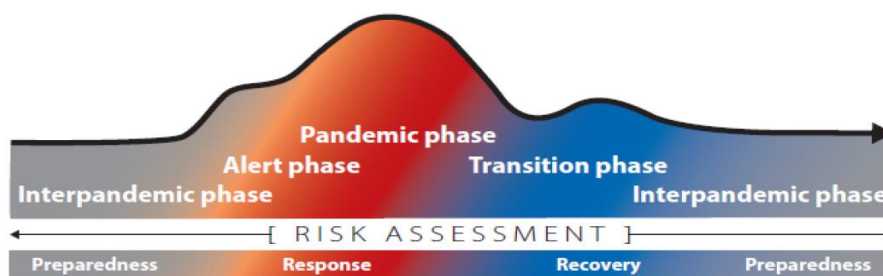
«Med kriser menes en situasjon som truer eller kan true en organisasjons kjernevirksomhet og/eller troverdighet. Ikke alle hendelser er kriser – det er først når hendelsen krever en annen måte å organisere arbeidet på enn ved en normalsituasjon at man kan snakke om en krise.» (Regjeringen, 2016)

Definisjonen kategoriserer ikke krisesituasjonene, men baserer seg på organisasjonens egen vurdering av hva som oppfattes som en krise. Pandemi er en krise har potensiale til å påføre helsesektoren betydelige utfordringer. Samtidig vil den enkeltes oppfatning av eventuell krise påvirke hvordan man tilrettelegger beredskapsplanleggingen. I denne oppgaven vil jeg ta for meg en influensapandemi, som er en krise preget av moderat grad av samlet usikkerhet (NRB, 2014, s. 73).

3.2 Hva er en pandemi?

En pandemi er en naturhendelse innenfor risikoområdet man definerer som «smittsomme sykdommer», og innebærer sykdomsutbrudd som sprer seg internasjonalt og rammer svært store deler av befolkningen, fordi få eller ingen er immune (Folkehelseinstituttet, 2018b).

Verdens Helseorganisasjon (WHO) (2017, s. 13) har delt inn utviklingen av en ny pandemi i faser, jf. Figur 3.1. Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for å bekrefte overgangen fra en fase til den neste.



FIGUR 3. 1: FASEINDELING I WHO'S «PANDEMIC INFLUENZA RISK MANAGEMENT» (2017, S. 13).

Den første fasen, *interpandemisk fase*, er perioden mellom influensapandemier. *Høyner beredskapsfase* starter når det er påvist en ny type virus blant mennesker. Det er viktig at man da

er årvåken og utfører grundige risikovurderinger på ulike nivå i samfunnet. Dersom man finner ut at viruset ikke er alvorlig, og at det ikke er fare for utvikling til pandemisk fase, vil aktivitetsnivået og oppmerksomheten knyttet til viruset nedskalere. Dersom det oppstår en global spredning blant mennesker av en ny subtype av viruset, vil den *pandemiske fasen* inntreffe. *Overgangsfasen* inntreffer etter at toppen av pandemibølgen er nådd. Risikoen vil minske, og det vil være muligheter for å redusere tiltak og heller rette fokuset mot gjenoppbyggingsfasen.

I denne oppgaven vil jeg ta for interpandemisk og høynet beredskapsfase, da det er der beredskapsplanleggingen foreligger («preparedness» i figuren).

3.2.1 Influensa

Denne oppgaven vil ta utgangspunkt i et virus ved navn *influensa*, som er en infeksjon forårsaket av influensavirus. Et spesielt trekk ved influensavirus er at de stadig endrer seg. Slike endringer kan enten oppstå når et virus angriper en celle, eller ved at to ulike influensavirus angriper samme celle. Det oppstår ulik grad av endringer i arvestoffet, og svært få vil ha beskyttelse mot det nye muterte viruset, selv om de var immune mot det opprinnelige viruset. Dette gjelder spesielt ved større endringer (Folkehelseinstituttet, 2015, s. 7-8)

Normalt dør ca. 900 personer under en influensasesong (viruset opptrer som oftest på vinterhalvåret), og hovedsakelig er det eldre over 65 år det går hardest utover (Folkehelseinstituttet, 2018c). Under en normal influensasesong, får 5-10% av befolkningen (20-30% av alle barn) påvist smitte (Folkehelseinstituttet, 2018a).

3.3 Beredskap

Beredskap er et begrep som har blitt tolket og forklart på en rekke ulike måter, men grovt sett betyr det «å være forberedt» (Engen et al., 2016, s. 280). Formålet med beredskapsarbeidet er å identifisere mulige utfordringer og trusler, for deretter å finne effektive måter å håndtere dem på. I dette kapittelet vil jeg ta for meg noen definisjoner og hvilke elementer de fokuserer på.

Sårbarhetsutvalget definerer beredskap som «*tiltak for å begrense eller håndtere kriser eller andre uønskede hendelser på best mulig måte*» i NOU 2000:24 (NOU 2000:24, s. 20)

Definisjonen retter søkelys på førkrisefasen og forebygging, men også på å forberede seg på å håndtere en uønsket hendelse som har manifestert seg. Forebyggende tiltak og forberedelser omhandler utvikling av beredskapsplaner, rutiner, kartlegging av ressurser, øke kompetanse og gjennomføring av øving og trening av personell.

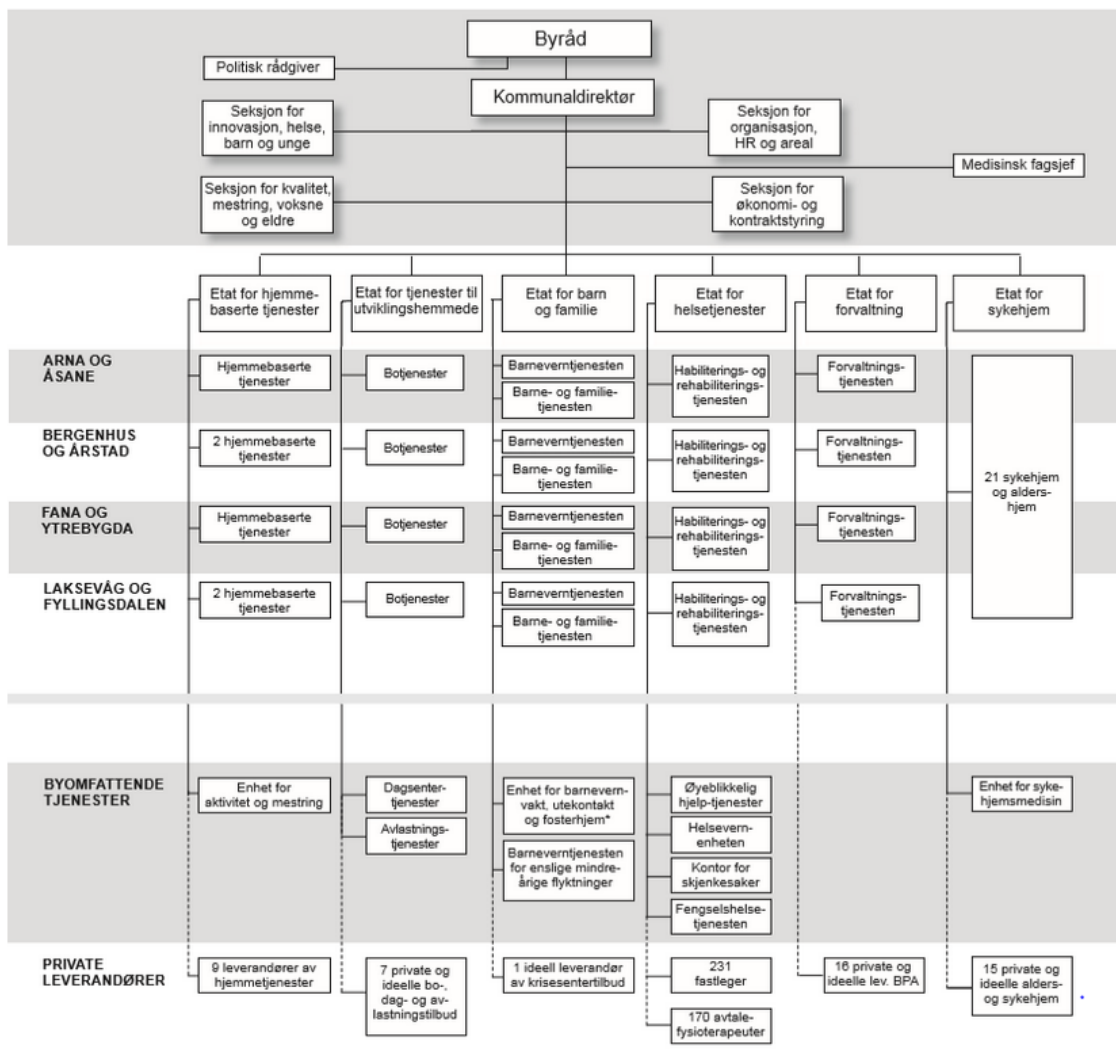
Aven mfl. (2016, s. 17) relaterer beredskap til «tiltak som skal bidra til å hindre at farlige situasjoner får utvikle seg til ulykker, eller til tiltak for å redusere konsekvensene når noe først har gått galt». Denne definisjonen tar for seg å forhindre følgene av en krise dersom den allerede har fått utfolde seg. Definisjonen fokuserer mer enn sårbarhetsutvalgets definisjon på å bruke planlagte ressurser dersom krisen allerede har oppstått og har dermed mer fokus på reaktivitet.

Jeg vil ta for meg definisjonen til sårbarhetsutvalget i denne oppgaven. Definisjonen ligger vekt på førkrisefasen og faktorer som bidrar til en god planleggingsprosess. I denne oppgaven vil jeg se på hvorvidt arbeidet i førkrisefasen blir vurdert som godt nok av de ansatte i Bergen kommune til å sørge for en god nok respons i den akutte krisefasen. Videre i dette kapittelet vil jeg ta for meg prinsipper og ansvarsforhold i forhold til beredskapen og beredskapsplanleggingen, før jeg går gjennom ulike teorier for beredskapsplanlegging i teorikapittelet.

3.3.1 Bergen kommune og ansvarsområder

Bergen kommune er den nest mest folkerike kommunen i landet, og hadde per 3. kvartal 2018 et innbyggertall på 281 445. Kommunen er delt i åtte bydeler fordelt på ca. 465 kvadratkilometer. 85 % av befolkningen bor utenfor Bergen sentrum (Loodtz, 2018a). I 2018 hadde etat for hjemmebaserte tjenester 4263 brukere/pasienter, mens det var 1444 brukere/pasienter ved etat for sykehjem (inkludert brukere av dagsenter) (Bergen kommune, 2019c).

Organisasjonskartet under viser hvordan byrådsavdelingen for helse- og omsorg er organisert:



FIGUR 3. 2: ORGANISASJONSKART FOR BYRÅDSAVDELINGEN FOR HELSE- OG OMSORG (BERGEN KOMMUNE, U.Å.)

Til sammen er det ca. 80 resultatenheter underlagt de ulike etatene innenfor byrådsavdelingen for helse og omsorg (ibid.). Resultatenheten utøver tjenester som utgjør kjernevirksomhetene i Bergen kommune. Etatene har ansvar for at resultateneheten utfører tjenestene i henhold til gjeldende lovverk, økonomiske rammer og retningslinjer utarbeidet av byrådsavdelingen (ibid.).

I beredskapssituasjoner beholder byrådsavdelingene, etatene og resultateneheten i Bergen kommune sine ansvarsoppgaver (jf. ansvarsprinsippet i 3.4.2), og har som ansvar å etablere og bemanne de beredskapsressursene som ivaretar dette ansvarsområdet i beredskapsorganisasjonen.

Lederne ved resultatenehetene er ansvarlige for å utarbeide og årlig revidere egne beredskapsplaner, som gjelder for den enkelte resultatenehet. Dette gjelder også planer som er temaspesifikke. Planene skal minimum inneholde varslings- og mobiliseringsplaner, funksjonsbeskrivelser, tiltakskort og oversikt over øvrige hjelpemiddel i forbindelse med håndtering. Den skal også inneholde en driftskontinuitetsplan. Beredskapssjefen har ansvar for å utarbeide og tilby resultatenehetene en generisk plan, og det er opp til den enkelte resultatenehetslederen å bestemme om det skal utarbeides en egen plan for resultatenehetene (Bergen kommune, 2018). Byrådsavdelingene og resultatenehetslederne er deretter også ansvarlige for å gjennomføre øving og opplæring i forbindelse med funksjonene som beskrives i planverket. Som et minimum skal det øves en gang i året på alle beredskapsplanverkene i kommunen.

3.3.2 Beredskapsprinsippene

For å få til et effektivt beredskapsarbeid og tilstrekkelig planverk, er det helt nødvendig at sentrale og ansvarlige aktører fra forskjellige sektorer samarbeider på en god måte. Det er viktig at fordelingen av ansvar og roller er så entydig avklart som overhodet mulig for hver relevant instans. I sammenheng med dette ligger fire ulike prinsipper til grunn for alt sikkerhets- og beredskapsarbeid i Norge: ansvars-, likhets-, nærhets og samvirkeprinsippet (St. meld. Nr. 29 (2011-2012)).

Ansvarsprinsippet går ut på at myndighet, etat eller virksomhet, som har ansvaret for et spesifikt område i en normalsituasjon, også skal ha ansvaret for det samme området i beredskapssituasjoner. I beredskapssituasjoner der tid, effektiv beslutningstagning og kommunikasjon kan være kritiske faktorer, vil det være bedre dersom ansvarsområdet fortsatt er på samme sted. Det vil da være enklere å finne og forholde seg til de riktige funksjonene og enhetene.

Likhetsprinsippet går ut på at organiseringen skal være mest mulig lik den daglige organiseringen. Samtidig må prinsippet bli sett i samsvar med ansvarsprinsippet, ved at ansvarsforholdet innad i en organisasjon og mellom organisasjoner ikke må endres under arbeid med krisehåndtering.

Ifølge *nærhetsprinsippet* skal kriser håndteres på lavest mulig organisatorisk nivå. Det er på dette nivået man er nærmest krisen, og vil ha størst forutsetning for å forstå og håndtere situasjonen. Dette prinsippet må også ses i sammenheng med ansvarsprinsippet. Det er i utgangspunktet kommunens eller virksomhetens ansvar å håndtere kriser innenfor deres områder. Samtidig må det nevnes, som påpekt i St. meld. Nr. 29 (St. meld. Nr. 29, 2011-2012), at nærhetsprinsippet ikke må gå utover ansvarsstrukturene som ligger til grunn i ansvars- og likhetsprinsippet.

Det siste, og nyeste, prinsippet er *samvirkeprinsippet*. Dette prinsippet stiller krav til at myndigheter, etater og virksomheter har et selvstendig ansvar for å sikre best mulig samvirke med andre relevante aktører i arbeidet med beredskap, forebygging og krisehåndtering. For eksempel har primærhelsetjenesten i kommunene og spesialisttjenesten et ansvar for å samordne sine planer.

3.3.3 Lovverk opp mot kommunal beredskap

Kommunen er en helt sentral aktør i sikkerhets- og beredskapsarbeidet i Norge. Arbeidet skal blant annet sørge for at sikkerhet «integreres i den løpende planleggings- og beslutningsaktiviteten som til enhver tid foregår i kommunene» (Aven et al., 2016, s. 45). Kommunen har ansvaret for å håndtere influensapandemien lokalt, og skal gjennomføre nødvendige forebyggende tiltak. I tillegg skal kommunen sikre at alle som oppholder seg i kommunen, har tilgang på nødvendig pleie, omsorg og medisinsk behandling og undersøkelse. (DSB, 2009, s. 7)

Lovverket er relevant å bruke i denne oppgaven, blant annet fordi det forteller oss noe om minimumskravet for beredskapen kommunene er pålagt å ha. Lover og forskrifter er juridisk bindende regler, og veiledere og standarder skal gi utfyllende opplysninger om kravene i lovverket, samt gi eksempler på løsninger for hvordan man oppfyller kravene. Valg som avviker fra veiledere, håndbøker, normaler eller standarder, er akseptert, men man må dokumentere at man har nådd tilsvarende eller høyere sikkerhetsnivå. (Aven et al., 2016, s. 29). Lovgrunnlaget pålagt kommunen i forbindelse med beredskap knyttet til pandemisk influensa er oppgitt under, og blir nærmere gjennomgått i **vedlegg 7**.

- [Lov om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og Sivilforsvaret](#)
- [Forskrift om kommunal beredskapsplikt](#)
- [Helse og omsorgstjenesteloven](#)
- [Lov om helsemessig og sosial beredskap](#)
- [Lov om vern mot smittsomme sykdommer](#)

3.3.4 ROS- analyse og *Veileder til helhetlig ROS-analyse i kommunen*

I forbindelse med loven og forskriften om kommunal beredskapsplikt, har DSB (2014) utarbeidet en veileder som skal hjelpe kommunene å etterleve sin lovpålagte rolle i utarbeidelsen av en overordnet risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse).

Risiko- og sårbarhetsanalyse er en vurdering av:

- 1) *hvilke uønskede hendelser som kan skje.*
- 2) *Sannsynligheten for at uønskede hendelser inntreffer.*
- 3) *Sårbarheten til system som påvirker sannsynlighet og konsekvensene.*
- 4) *Konsekvenser hendelsene eventuelt vil få.*
- 5) *Usikkerheten knyttet til vurderinger. Med denne usikkerheten mener vi hvor god kunnskap vi har om fenomener som skal undersøkes.*

Det er viktig å få frem bakgrunnen for tallene man får for sannsynlighet og konsekvens, samt usikkerheten knyttet til vurderingene (ibid.). I *Analyse av Krisescenarioer 2019* (DSB, 2019, s. 68-71) ble det utført en ROS-analyse på statlig nivå knyttet til et pandemiscenario (det samme scenarioet som ble beskrevet i *Veileder for Pandemiplanlegging i Kommunehelsetjenesten* (Helsedirektoratet, 2016)). På bakgrunn av funnene fra analysen er det blitt dannet en risikomatrix, som viser samlet vurdering av risikoen på bakgrunn av produktet av sannsynligheten og konsekvensene. Begge variablene er delt inn i fem kategorier⁶, og sannsynligheten blir vurdert som «høy» (verdi 4), mens konsekvensene blir vurdert som «svært store» (verdi 5). En sannsynlighetsverdi på 4, gir en frekvens på «en gang i løpet av 50-100 år».

⁶ Sannsynlighet: 1- Svært lav, 2-Lav, 3-Middels, 4-Høy, 5-Svært høy
 Konsekvens: 1- Svært små, 2- Små, 3- Middels, 4- Store, 5- Svært store

Konsekvensene er oppjustert fra «store» i forhold en tidligere risikoanalyse, NRB 2014 (DSB, 2014, s.71). Det må nevnes at dette gjelder samlet vurdering av konsekvens, og at konsekvensene knyttet til «liv og helse» blir vurdert som «svært store» i begge analysene. Konsekvensvurderingen gir et scenario på rundt 8000 dødsfall (ca. 6000 av pandemien og 2000 grunnet manglende behandling av andre sykdommer), og over 35000-40000 innleggelse på sykehus (ca. 10000 på intensivavdelingene)

Usikkerheten knyttet til risikovurderingene blir vurdert som moderat (DSB, 2014, s. 73; DSB, 2019, s. 71). Generelt var det enighet blant ekspertene som har deltatt i arbeidet med risikoanalysene, og kunnskapsgrunnlaget baserer seg på erfaringen fra tidligere pandemier i Norge. En influensapandemi er et fenomen som er kjent og utforsket, men det er moderat usikkerhet knyttet til egenskaper ved viruset som smitter over på mennesker. Det er også moderat usikkerhet knyttet til konsekvensvurderingen.

3.3.5 Overordnet ROS-analyse i Bergen kommune

Bergen kommune utarbeidet en overordnet ROS-analyse i 2014 og det ble dannet en risikomatrix basert på vurdering av scenarioet epidemi/pandemi, jf. Figur 3.3.

| HENDELSE | | SANNSYNLIGHET | VERDI | LIV OG HELSE | YTRE MILJØ | MATERIELLE VERDIER/ ØKONOMI | TJENESTE-PRODUKSJON | OMDØMME/ TILLIT |
|--|-----------------|------------------|---------|--------------|------------|-----------------------------|---------------------|-----------------|
| H-501 | Epidemi/Pandemi | Meget sannsynlig | 4 | 4 | 1 | 2 | 3 | 2 |
| | | | Risiko: | 16 | 4 | 8 | 12 | 8 |
| <p><i>En epidemi eller pandemi er vurdert som meget sannsynlig, og vil kunne få meget alvorlige konsekvenser for liv og helse og alvorlige for tjenesteproduksjon. Konsekvensene for økonomiske verdier og omdømme er mindre alvorlige, mens de er ubetydelige for miljø. Risikoen er svært høy for liv og helse og høy for tjenesteproduksjon. For øvrig er den moderat og lav for miljø.</i></p> <p>Tiltak: - Gjennomføre en mer detaljert og fagspesifikk vurdering av hendelsens risikobilde, sammen med relevante aktører. - Sikre forsvarlig oppfølging og vedlikehold av eksisterende tiltak, herunder beredskapstiltak knyttet til generelt smittevern og spesielle sykdomsutbrudd.</p> | | | | | | | | |

FIGUR 3. 3: RISIKOMATRISSE FOR EN INFLUENSAPANDEMI I BERGEN KOMMUNE (BERGEN KOMMUNE, 2014, s. 45)

Rød farge knyttet til risiko betyr at risikoen blir vurdert som uakseptabel. At risikotallet (produkt av sannsynlighet og konsekvens) er 16 for liv og helse, tyder på at begge faktorene har fått tildelt en verdi på 4 (også for konsekvens knyttet til «liv og helse»). En gitt verdi på 4 knyttet til sannsynlighet i Bergen kommunes ROS-analyse, gir scenarioet en frekvens på «en gang mellom hvert år og hvert 10 år» (Bergen kommune, 2014, s. 10-11).

En verdi på 4 tilknyttet konsekvens i ROS-analysen i Bergen kommune, gir et scenario med alvorlig sykdom og en økt dødsrate på 20-30%. (Jeg antar at 5 til 10 døde og/eller 10-20 alvorlig skadet er relatert til enkeltstående hendelser).

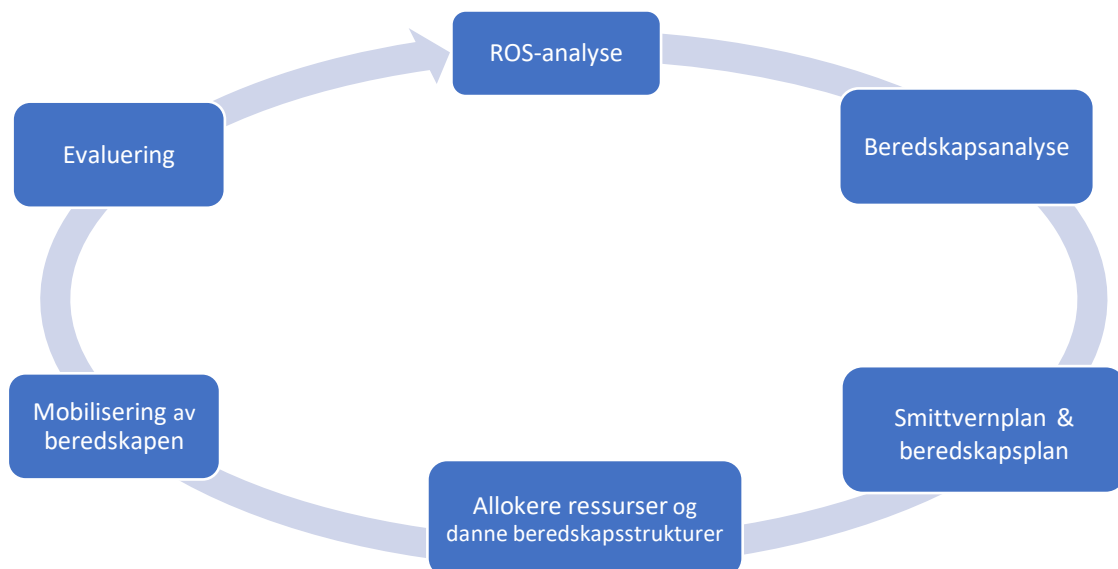
4 Teoretiske betraktninger

Jacobsen (2005, s. 377) beskriver teoretiske perspektiver som «en forenkling av en komplisert virkelighet, en slags skissemessig oversikt» I denne oppgaven vil nevnte teorier i påfølgende delkapitler forsøke å plassere funn i oppgaven inn i en større sammenheng, og på den måten koble sammen funnene mot tidligere forskning innenfor risikostyring og beredskap. Teorikapittelet har ikke som formål å gi en fullstendig redegjørelse av samtlige teoretiske perspektiver relatert til oppgavens tema. Kapittelet vil derimot gjøre rede for teoretiske bidrag som anses som sentrale i forbindelse med oppgavens problemstilling, forskningsspørsmål og hypoteser.

4.1 Planleggingsprosessen

“Plans are worthless, but planning is everything!” – Dwight D. Eisenhower (1957, s. 818)

Overstående sitat beskriver hvor viktig det er å sette søkelys på planleggingsprosessen mer enn selve produktet – beredskapsplanen. God beredskap blir oppnådd gjennom planlegging, trening og øving, samt tilegning og fordeling av ressurser (Gillespie & Colignon, 1993; Perry & Lindell, 2003). Generelt kan beredskapsprosessen deles inn i faser slik som vist i figur 4.1.



FIGUR 4. 1: FASER I BEREDSKAP SARBEIDET (ENGEN ET AL., 2016, s. 284)

En stor del av planleggingen foregår fordi lovverket pålegger det (Aven et al., 2016, s. 47), slik som det står beskrevet i kapittel 3, men det er også ulike teoretiske bidrag til hvordan man kan utøve

god beredskapsplanlegging. Aerkjente forfattere/forskere innenfor dette fagfeltet er blant annet: Quarantelli (1998), Alexander (2002 & 2005), Dynes (1994) og Perry og Lindell (2003). Påfølgende delkapitler vil hovedsakelig ta utgangspunkt i relevante prinsipper for hvordan man kan drive planlegging, utarbeidet av Quarantelli og Perry og Lindell, men jeg vil også trekke inn andre forfattere for å øke den teoretiske relevansen.

Jeg innleder dette kapitlet med å gå gjennom risikopersepsjon sett i forbindelse med beredskapsarbeidet, da persepsjonen påvirker hvordan man oppfatter usikkerheten og arbeidet rettet mot mulige fremtidige hendelser. De individuelle oppfatningene av risikobildet tilknyttet en mulig krise kan spille en stor rolle for hvilken beredskap som blir utarbeidet (Engen et al., 2017, s. 97)

Et av prinsippene til Quarantelli (1998) er skillet mellom planlegging og krisehåndtering. Dette prinsippet ligger også til grunn i denne oppgaven. Planlegging er en del av arbeidet med beredskapen, og målet er å forberede seg. I denne delen identifiserer og kartlegger man ulike aspekter ved farer i samfunnet. Kriseh ndteringen iverksetter tiltakene som er utarbeidet, og involverer også det å respondere og tilpasse responsen på krisen ved behov. Aktivitetene henger med andre ord nøye sammen, og krisehåndteringen blir resultatet av planleggingsprosessen som er utarbeidet (ibid.).

4.2 Risiko og risikopersepsjon

Det er mange synspunkter om hva risiko dreier seg om, og hvordan begrepet bør defineres. Tradisjonelt sett defineres begrepet på basis av to dimensjoner, 1) sannsynlighet for at en uønsket hendelse skal hende, og 2) konsekvens av den uønskede hendelsen (Rausand & Øien, 2004). Andre forfattere peker på at den tilhørende usikkerhetsdimensjonen ved en risiko er vel så viktig. *Usikkerheten* er knyttet til problemer med å forutse en hendelse og tilhørende konsekvenser (Engen et al., 2016, s.84). Eksempelvis definerer Aven & Renn (2010, s.80) risiko som «usikkerheten om og alvorligheten av hendelser og konsekvenser (eller resultater) av en aktivitet med hensyn til det mennesker verdsetter». Denne definisjonen blir brukt videre i oppgaven.

Menneskers atferd styres hovedsakelig ikke av fakta, men av persepsjon. (Renn, 2008, s. 93). Risikopersepsjon handler om den subjektive forståelsen av risiko og farer, både opplevelsen og

håndteringen (Aven et al., 2016). Thomas & Thomas (1928) sin definisjon av krise, beskrevet i kapittel 3.1, sier at hvordan man forholder seg til risiko, avhenger av hvordan man opplever situasjonen som har oppstått. Fokuset på individets opplevelse gjør at denne definisjonen må ses i sammenheng med synspunktene til Sheila Jasanoff (1986). Hun hevder at risiko er det samme som risikopersepsjon, og at kulturelle og samfunnsmessige faktorer utelukkende bestemmer risikovurderinger og risikooppfatninger fremfor rasjonelle og kalkulerte vurderinger.

Definisjonen til Aven og Renn (2010) baserer seg på at usikkerhetsdimensjonen tilknyttet en risiko må ses på utover en talfestet sannsynlighet, og at risikovurderingen blir påvirket av hvilke verdier, holdninger, erfaringer og egenskaper hver enkelt har (Engen et al., 2016, s 81-82). Samtidig skiller definisjonen mellom risiko og risikopersepsjon. Dette er på bakgrunn av at beregning av risiko blir gjort av metoder og teorier som er allment aksepterte som gode, mens risikopersepsjon baserer seg på individers virkelighetsoppfatninger. På den måten vil ikke risikoen være uavhengig av den som vurderer, men vurderingene vil heller ikke være uavhengig av metoder og teorier.

Ved hendelser og/eller aktiviteter oppstår mentale prosesser, og disse prosessene påvirker vår oppfatning av alvorlighet og sannsynlighet, samt om en hendelse kan ses på som akseptabel eller ikke (Engen et al., 2016, s. 94). Risikopersepsjon viser til slike prosesser, og begrepet tar for seg hvordan vi som individer selekterer, vurderer og utveksler informasjon om usikkerhet knyttet til hendelser og konsekvenser. De mentale prosessene er internalisert gjennom sosial og kulturell læring, og blir konstant moderert av media, gjennom gruppepress og av andre kommunikasjonsprosesser (Renn, 2008, s 98; Aven et al., 2016, s. 40).

Beredskapsplanleggingen bør baseres på kunnskap om sannsynlige menneskelige reaksjoner, da risikoforståelsen blant ansatte er et viktig punkt når det gjelder å avdekke og håndtere risiko. Felles risikoforståelse i en organisasjon er, ifølge Quarantelli (1998), en viktig forutsetning for en god planleggingsprosess. Det er eksempelvis viktig at man har oversikt over mulige reaksjoner som kan oppstå blant ansatte som har direkte kontakt med smittede pasienter. En spørreundersøkelse blant over 300 ansatte i hjemmehjelpen i Maryland, USA, indikerte at ca. 54% ville møte på jobb under en pandemisk influensa (Balicer, Omer, Barnett & Everly, 2006). Flere forskningsartikler har vist at det er forskjell på hvordan ansatte oppfatter sin egen evne til å møte

på jobb, og sin egen vilje til å møte på jobb. Faktorer som påvirker viljen, vil gå på risikopersepsjon (mangel på effektive beskyttelsestiltak og alvorlighetsgraden til viruset) og hvor forpliktet organisasjonen man jobber for er til å ivareta de ansatte sin sikkerhet (eksempelvis vaksinevedtak og prosedyrer). Ansatte som også oppfatter at de har en betydelig rolle i arbeidet, vil ha en høyere respons til å møte på jobb. (Quresh et al., 2005; Balicer et al., 2006; Gershon et al., 2007).

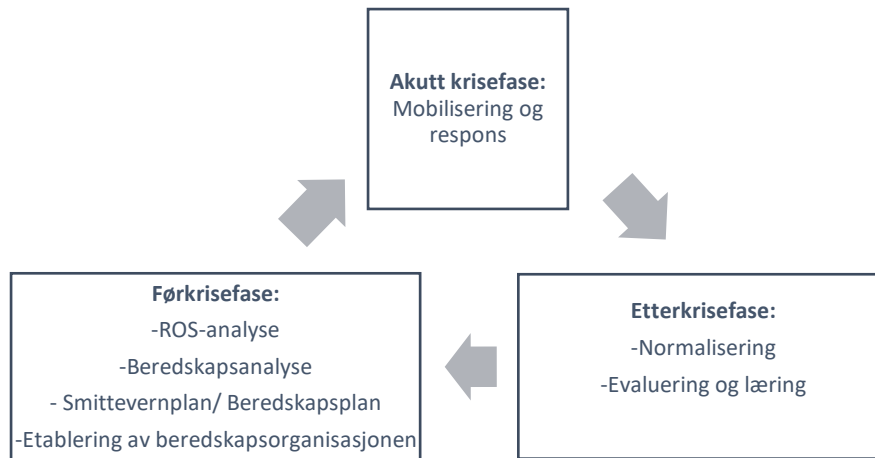
4.2.1 Kompetanse i lys av risikopersepsjon

Myndighetenes forventninger til kompetanse blant ansatte i helsetjenesten er samlet sett ambisiøse, og det viser seg å være stor forskjell mellom hvilken kompetanse som er forventet og hva som faktisk er tilgjengelig (Bing-Jonsson, Bjørk & Foss, 2016). Det er forventet at helsepersonell skal være kompetente innenfor en rekke fagfelt, og et stadig mer komplekst helsetilbud fører til at det er vanskelig for helsepersonell å tilfredsstille de høye forventningene fra myndighetene. (Hughes, 2008). Samtidig blir kravet om forventet kompetanse påvirket av hva ansatte selv, samt brukere/pasienter og pårørende, vurderer som viktig (Bing- Jonsson, 2017). Den individuelle oppfatningen av kompetanse er dermed en viktig dimensjon for å skape tiltro til en organisasjon (Mishra 1996; Peters et al., 1997).

Ved god kompetanse forventer man effektiv ledelse, men også at organisasjoner evner å levere produkt av kvalitet – i denne oppgaven betyr det tjenestekontinuitet (Collins & Porras, 1994; Christensen, C. M. 1997; Shockley & Winograd, 2000). Helsedirektoratets veileder (Helsedirektoratet, 2016) har et vesentlig fokus på samordning, kommunikasjon og samarbeid, og Grimen (2009, s. 80) argumenterer for at godt samarbeid i stor grad er avhengig av hvorvidt man stoler på kompetansen til de man samarbeider med. Samtidig nevner også Engen mfl. (2016, s. 327) at oppfatningen av andres kompetanse er et sentralt punkt for om man har tiltro til kommunikasjonen og informasjonsflyten i forbindelse med håndteringen av en krise. Under en influensapandemi med betydelige utfordringer knyttet til å sørge for et kontinuerlig og forsvarlig helsetilbud, er det derfor svært sentralt at man oppfatter både seg selv og andre som kompetente nok.

4.3 Relevante faktorer for å utøve god beredskapsplanlegging

Ulike forskere deler kriser inn i ulike faser, men felles for dem alle er at de inneholder en eller annen form for inndeling slik som vist i figur 4.2.



FIGUR 4. 2: KRISEFASER SOM EN SIRKULÆR PROSESS (KRUKE, 2012)

Vanligvis beskriver man faseinndelingen som en lineær prosess fra førkrisefase til etterkrisefase. Andre forfattere omtaler krisefasene som en sirkulær prosess, jf. Figur 4.2 (Olsson 2000, Kruke 2012, Perry & Lindell 2003). Begrunnelsen for å behandle den som en sirkulær prosess, er å rette fokuset mot læring etter en krise i forbindelse med beredskap og krisehåndtering. Forhåpentlig vil man være mer forberedt til å møte neste krise. Ved å rette søkelys på at man ligger i en førkrisefase, kan man opparbeide seg et proaktivt tankesett og rette oppmerksomhet mot signaler som tyder på at en krise er i ferd med å bevege seg fra en førkrisefase til en akutt krisefase (Weick, Sutcliffe et al., 1999; Weick, 2001; Weick & Sutcliffe 2001; Kruke, 2012).

Beredskapsplanen skal sørge for at man prioriterer liv og helse, samt at man møter prioriterte behov med relevante ressurser. Samtidig er det ikke nødvendig slik at man vil få en rask og effektiv kriserespons ved god planlegging. Quarantelli (1998, s.2) skriver hvor viktig det er å fokusere på selve planleggingsprosessen fremfor produksjon av et nytt planverk. Ved å ha et for stort fokus på selve planverket, vil man sannsynligvis ikke oppfatte kritiske og nødvendige aktiviteter som er sentrale for å utøve god beredskapsplanlegging. Kriser kommer som oftest som en overraskelse, og uforutsette situasjoner kan oppstå. Derfor er det viktig at man ikke handler umiddelbart, fordi konsekvensene kan bli alvorlige dersom man handler raskt uten gode nok forkunnskaper (Engen

et al., 2016, s. 289). Quarantelli & Dynes (1977) påpeker at det er viktigere å danne seg et så korrekt bilde som mulig over situasjonen som har oppstått. En influensapandemi er ikke et scenario som kommer som en overraskelse. Viruset oppstår vanligvis i andre deler av verden, før det gradvis sprer seg globalt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Derimot er det nødvendig å knytte dette punktet opp mot alvorlighets- og usikkerhetsgraden i forbindelse med en influensapandemi. Når pandemien er i startfasen, vil det gjerne ta måneder før pålitelig data blir tilgjengelig, og det vil være svært viktig å tilegne seg så god informasjon som mulig så tidlig som mulig (ibid.).

Det vil være vanskelig å tilegne seg «korrekt» kunnskap om en fremtidig krise, da man vurderer hendelser i fremtiden. Kriser er sjeldent like i oppbygningsfasen. Kunnskap om risiko er likevel svært sentralt for å drive god beredskapsplanlegging (Quarantelli, 1998, s.13; Perry & Lindell, 2003), og må tilegnes for å forsøke å redusere krisenes tilhørende usikkerhet så godt det lar seg gjøre. Det er viktig at kompetent og oppdatert fagpersonell leder arbeidet, og at man er kjent med gjeldende praksis, både lover, regler og metodikk. Planleggingen bør integrere alle tilgjengelige ressurser og personell med kompetanse, både private, offentlige og frivillige.

Under meningsdannelsen i beredskapsarbeidet vil det gjerne oppstå konflikter mellom aktørene, eksempelvis i forhold til økonomisk overskudd og sikkerhet. Det samme vil gjelde for ambisjonsnivået for sikkerheten. Kriser gjelder fremtiden, og det er vanskelig å vite hvilken krise man skal forberede seg på. Skal man forberede seg på «worst case» når dette kan føre til at man taper store økonomiske verdier? (Kruke, 2012). Quarantelli (1998) beskriver at det ikke er uvanlig at organisasjoner planlegger for scenarioer som passer dem best, og at man heller bør planlegge for mulige hendelser som virksomheten kan bli utsatt for. Bjørn Ivar Kruke (2012) påpeker at ambisjonsnivået for beredskapen i det norske samfunnet har lagt på relativt lavt nivå over flere år. Scenarioet i veilederen til helsedirektoratet er basert på et scenario med moderat til alvorlig alvorlighetsgrad (Helsedirektoratet, 2016, s. 11). Dagens smittevern gjør at sannsynligheten for å måtte håndtere en svært alvorlig pandemi, slik som «Spanskesyken» i 1918-1920, er svært liten (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2014, s. 78).

4.3.1 Forankring

Selv om man har kunnskap om hvilke forutsetninger som må innfris for å drive god beredskapsplanlegging og krisehåndtering, er det ikke dermed sagt at det er enkelt å overføre det til praksis (Quarantelli, 1998).

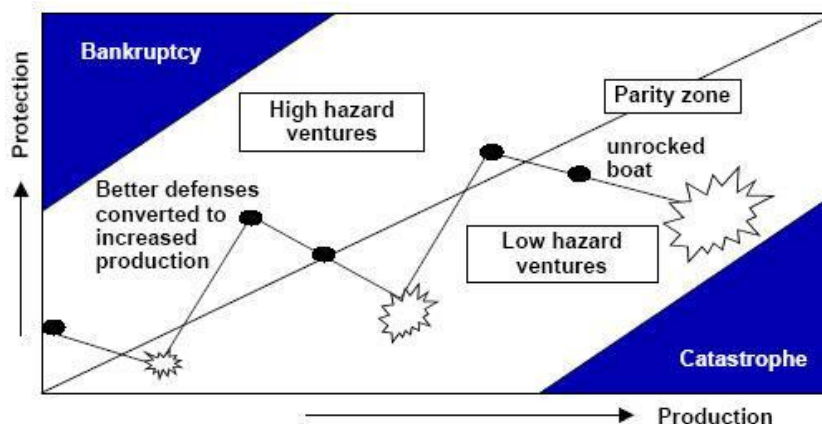
Weiseth & Lyngren (2007) understreker hvor viktig det er at ledelsen tar initiativ til planleggingsprosessen for å vise at det blir tatt på alvor. Dette understreker også Boin & Lagadec (2000, s. 189), som skriver at «personal involvement in preparatory and learning process tends to change completely when the «boss» is personally engaged in the case».

Endring i holdninger i organisasjonen starter med ledelsen, og det er viktig at aktørene blir involvert og interessert i arbeidet med forebygging så tidlig som mulig. Ledelsen bør jobbe aktivt for å oppnå en konsensus på tvers av organisatorisk nivå for hva man ønsker å oppnå i planleggingsprosessen (Engen et al., 2016, s.220). Dette må ses på i sammenheng med kommunikativ planlegging, som er beskrevet i et senere delkapittel. Dersom det er store forskjeller mellom ansatte på ulike organisatoriske nivå, kan det få betydning for implementering av tiltak og forpliktelse blant de ansatte. Dette gjelder ikke bare tjenestekontinuitet rettet mot pleie av pasienter, men også at de ansatte på lavere nivå opplever at deres personlige sikkerhet blir tatt vare på. (Qureshi et al., 2005, s. 378–388). Det er nærliggende å anta at det vil være aktører innad i organisasjonen med ulik form og grad av oppfattet risiko, eksempelvis nærhet til farekilde (Engen et al., 2016, s. 214). Dersom aktørene i planleggingsprosessen klarer å se hverandres verdier og oppfatning av risiko, vil man trolig også kunne se verdien av samordning for å forbedre beredskapsarbeidet som blir gjort i kommunen (Weick, 1993)

I praksis er ikke alltid like lett for ledelsen å sørge for endringer og konsensus. Ledelsen opplever gjerne et press for å utføre effektiv drift samt sørge for overskudd, og da blir gjerne ikke arbeidet med kontinuerlig beredskap prioritert (Olsen et al., 2008). Det er også flere andre grunner til dette.

En av grunnen er at *sannsynligheten* for at en krise skal oppstå, er relativt liten, og dermed kan man risikere å bruke store summer på noe som gjerne ikke kommer til å skje (McConnell & Drennan, 2006, s. 62). Selv om et krisescenario blir regnet som sannsynlig på basis av ROS-

analysen, er det fortsatt et scenario som hører til i fremtiden med en tilhørende usikkerhetsverdi. Derfor utvikles det i mange instanser en holdning à la «det kunne aldri ha skjedd her», og en opplevelse av falsk trygghet. Dette kan også ses i sammenheng med James Reason (1997, s. 5) sin modell «dangers of the unrocked boat», jf. figur 4.3.



FIGUR 4. 3: LIVSLØPET TIL EN HYPOTETISK ORGANISASJON SETT I LYS AV MOTSETNINGENE PRODUKSJON/SIKKERHET (REASON, 1997, s.5)

Figuren illustrerer hvordan en organisasjon navigerer i skjæringspunktet mellom forhold tilknyttet produktivitet og forhold tilknyttet sikkerhet i sitt livsløp. Organisasjonen starter med sikker drift, men fraværet av uønskede hendelser fører til at man tar større og større sjanser helt til det oppstår en uønsket hendelse. Det er kun da - for en kort periode - at sikkerhet får den høyeste prioriteringen i organisasjonen. Etter hvert blir god praksis tilknyttet sikkerhet igjen ofret for produktive fordeler (ibid.).

McConnell og Drennan (2006, s. 62) nevner også at det spesielt er vanskelig å «tenke det utenkelige», samt forberede seg på «worst case- scenario», dersom ressursene er knappe. Dette problemet er sentralt i helsetjenesten under en influensapandemi. *Veilederen for kommunal pandemiplanlegging* (Helsedirektoratet, 2016, s. 4) skriver at «omsorgssektoren i kommunen har i utgangspunktet svært liten reservekapasitet og kan under en pandemi få store kapasitetsproblemer. Dette er en utfordring som bør vies stor oppmerksomhet under planleggingen.»

4.3.2 Organisering, samordning og kommunikasjon

Perry & Lindell (2003) beskriver hvor viktig organiseringen på bakgrunn av formelle og uformelle planleggingsprosesser er for kvaliteten på selve planleggingsprosessen. Formelle prosesser er hovedsakelig fremtredende i store organisasjoner, der en egen avdeling har ansvaret for arbeidet med sikkerhet og beredskap. En slik organisering fører med seg stabilitet i forhold til respons, mindre sjanse for systemiske sammenbrudd og en høyere suksessrate for respons mot en gitt trussel (ibid.). I mindre organisasjoner med uformell organisering, avhenger prosessen mer av personlige forhold og utydelige ansvarsforhold.

Ansvarsforholdene mellom alle relevante aktører skal stå klart og tydelig i beredskapsplanene (Engen et al., 2014 s 289). Beredskapsplanen skal samkjøres med planer for andre organisasjoner på samme og forskjellig nivå i responshierarkiet. Det er dermed behov for koordinering, både innad og mellom de organisatoriske nivåene, men også på tvers av grensene for organisasjonene. God samordning mellom aktørene er en viktig suksessfaktor for å håndtere kriser, og beredskapsprosessen har som formål å tilegne kunnskap om organisasjonene og hvordan de er avhengige av hverandre (Quarantelli 1998; Boin, 't Hart, Stern & Sundelius, 2005). Det er utfordrende å skape et tilstrekkelig samarbeid mellom eksterne aktører i det daglige arbeidet, og undergraver man viktigheten av å utvikle god kommunikasjon og godt samarbeid i normale tider, kan dette få innvirkninger på kommunikasjonen ved kriser basert på kulturelle og organisatoriske forskjeller. Dette må ses i sammenheng med prinsippene for samfunnssikkerhet og beredskap beskrevet i kapittel 3. Samvirkeprinsippet baserer seg på at de involverte partene klarer å kommunisere med hverandre (Engen et al., 2016, s. 324), og god kommunikasjon er helt nødvendig for koordinering og informasjonsutveksling. Eksempelvis ble det i kjølvannet av terrorangrepet 22.juli 2011 rettet hard kritikk mot den ufullstendige kommunikasjonen mellom sentrale aktører i krisehåndteringen (Kruke, 2012; NOU, 2012, s. 14), og at effekten av kriseresponsen ble redusert fordi tilgjengelige ressurser ikke samhandlet i tilstrekkelig grad.

Leonard, Graham & Bonacum (2004) understreker hvor essensielt det er med effektiv kommunikasjon og teamarbeid, og at utilstrekkelige kommunikasjon kan føre til utilsiktet pasientskade. Medisinsk behandling er kompleks (prosedyrer, organisering, pleie (Hughes, 2008)), og ulike aktører er ofte opplært til å kommunisere på forskjellige måter - eksempelvis

leger og sykepleiere. Det er derfor behov for standardiserte kommunikasjonskanaler (Leonard et al., 2004). Slike kanaler vil øke opplevelsen av situasjonsforståelse og felles tilhørighet, samt at individuelle aktører også kan legge frem sine egne bekymringer og synspunkter (ibid.)

4.3.3 Kommunikativ planlegging

Dette delkapittelet går gjennom kommunikativ planlegging, som beskriver planleggingsprosessen som en meningsutvekslings- og meningsdanningsprosess. Denne formen for rasjonell planlegging har vært et sentralt tema i forbindelse med planpolitikk og medvirkning de siste årene (Aarsæther, Falleth, Nyseth & Kristiansen, 2012, s. 264), og er et ideal som kan anvendes for å oppnå konsensus blant ansatte angående beredskapsarbeidet. Relevante aktører med ulike interesser, verdier og mål bør inkluderes i debatten fra starten av (Engen et al., 2016, s. 201-206). Aktørene som deltar i prosessen, skal også kunne endre mål og verdier underveis.

Beredskapen i kommunene kan bli håndtert av ulike fortolknings- og planleggingsprosesser. Ved at alle relevante aktører og interessenter er forpliktet til å delta i diskusjon på en felles plattform, vil det være mulig å oppnå felles meningsdannelsesprosesser (Aven et al., 2016). I kommunene vil det gjerne være mangel på ekspertise innenfor planlegging og sikkerhet, og dermed vil det være behov for å dra inn eksterne aktører (ibid.). Alle aktører med spesifikk kompetanse og arbeidsoppgaver bør derfor innlemmes i planprosessen, og det bør være et uklart skille mellom eksperter og beslutningstakere.

Idealet baserer seg på dialog mellom partene, og at det «det gode argumentet» skal vinne frem for å danne best mulige tiltak. Engen mfl. (2016, s. 81) skriver at «risikovurderinger blir påvirket av hvilke verdier, holdninger, erfaringer og egenskaper man har». I forbindelse med planleggingsprosessen vil det være ulike aktører med forskjellige vurderinger av risikoen, jf. delkapittel 4.2. Derfor er det viktig at dialogen er preget av 1) gjensidig respekt, 2) forpliktelse og gjensidig tillit, 3) at man aksepter konflikt (ibid. s. 205).

Planleggingsprosessen vil ha større betydning dersom aktørene oppnår en konsensus gjennom meningsutvekslings- og meningsdannelsesprosess for hva som er best praksis knyttet til beredskapen (Aven et al., 2016, s. 50-53).

4.3.4 Fordeling av beslutningsmakt

Christensen mfl. (2010) understreker at handlinger og beslutninger i forbindelse med beslutningsprosesser i forvaltning blir påvirket av de ansattes bakgrunn (ses i sammenheng med risikopersepsjon, jf. delkapittel 4.2), hvordan organisasjonen er utformet og strukturen samt grad av institusjonalisering. Organisasjonskartet i delkapittel 3.4.1 illustrerer generelt den formelle organisasjonsstrukturen, og fordelingen av oppgaver, autoritet, koordinering og styring. Ledere, politikere og andre aktører som er involvert i arbeidet med sikkerheten i et system, kontrollerer aktiviteten i systemet ved hjelp av ulike lover, regler, retningslinjer og instruksjoner. Lovene nevnt i kapittel 3 og [vedlegg 7](#) er eksempler på dette. Lederne ønsker også å motivere, lære opp og lede ansatte til å yte sikkert arbeid. (ibid.). Aktører på høyere nivå påvirker lavere nivå eksempelvis gjennom eksplisitte instruksjoner, ved å etablere insentivsystemer eller ved å bestemme hvordan man skal fatte beslutninger. Samtidig vil lavere nivå som regel bruke skjønn når de tolker og implementerer instruksene fra høyere nivå. Lavere nivå kan også kontrollere informasjonsflyten til høyere nivå (Rosness et al., 2010, s. 83).

I forbindelse med beredskapsarbeidet er det sentralt at en organisasjon kjenner sin egne og andre organisasjoners kapasitet og begrensninger (Engen et al., 2016, s. 290). I en kompleks organisasjon⁷ foregår det en rekke aktiviteter parallelt, og aktører i organisasjonen har ikke fullstendig kunnskap om tilstanden i systemet og hvilke aktiviteter som foregår. Charles Perrow (1984) argumenterer for at et universitet er et komplekst system, og derfor er det nærliggende å omtale helsetjenesten i Bergen kommune som kompleks. Et system er preget av fordelt beslutningstaking, og hver beslutningstaker har som oftest bare kunnskap om en liten del av et problem. Det finnes ikke en sentral beslutningstaker med fullstendig oversikt som tar alle beslutninger, og dermed kan beslutningstaker(e) påvirke ansatte på andre nivå sin mulighet for å yte sikker drift, uten å være klar over det (Rosness et al., 2010, s. 93). Jens Rasmussen (1997) sin modell, «flernivåmodellen», illustrere dette (tabell 4.4).

⁷ I komplekse systemer er det nærhet mellom deler og enheter som normalt ikke hører sammen (Perrow, 1984) Uforutsette interaksjoner kan oppstå.

| Aktørnivå | Virkemiddel | Rammebetingelser |
|---|---|--|
| <p>Regjering/politisk ledelse</p> <p>↓</p> <p>← Analyse</p> <p>Lov</p> | <p>Verdivurdering</p> <p>Statsbudsjett</p> <p>Lovforslag</p> <p>Utredninger</p> | <p>Mediemakt</p> <p>Folkeopinion</p> <p>Internasjonale betingelser</p> |
| <p>Direktorater og tilsyn</p> <p>Statlige Forvaltningsorganer</p> <p>↓</p> <p>← Analyse</p> <p>Lov og forskrift</p> | <p>Lover og forskrifter</p> <p>Veiledere og standarder</p> <p>Tilsyn</p> <p>Rådgiving og stimulering</p> | <p>Politisk makt</p> <p>Forskningsfront</p> <p>Budsjetter</p> |
| <p>Regionale myndigheter og forvaltningsorganer</p> <p>↓</p> <p>← Analyse</p> <p>Regional regulering</p> | <p>Verdivurderinger</p> <p>Regionale forskrifter og reguleringer</p> | <p>Lover og forskrifter</p> <p>Veiledere og standarder</p> <p>Tilsyn</p> <p>Budsjett</p> |
| <p>Lokale myndigheter og forvaltningsorganer</p> <p>↓</p> <p>← Analyse</p> <p>Lokal regulering</p> | <p>Verdivurderinger</p> <p>Lokale reguleringer</p> <p>Tilsyn</p> <p>Rådgiving og stimulering</p> <p>Planlegging</p> | <p>Lover og forskrifter</p> <p>Veiledere og standarder</p> <p>Tilsyn</p> <p>Stimulering</p> <p>Offentlige planer og krav</p> |
| <p>Bedrifter og virksomheter</p> <p>↓</p> <p>← Analyse</p> <p>Mål og visjoner</p> | <p>Konkurransetilpasning</p> <p>Produkt og tjenestetilbud</p> <p>Interne krav og rutiner</p> <p>Kontroll</p> <p>Organisering</p> <p>Planlegging</p> | <p>Lover og forskrifter</p> <p>Veiledere og standarder</p> <p>Tilsyn</p> <p>Stimulering</p> <p>Offentlige planer og krav</p> |
| <p>Ledelse</p> <p>↓</p> <p>← Analyse</p> <p>Planer</p> | <p>Kunnskap og ferdighet</p> <p>Innovasjon og produktutvikling</p> <p>Organisering</p> <p>Planlegging</p> | <p>Lover og forskrifter</p> <p>Veiledere og standarder</p> <p>Kontrollrutiner</p> <p>Ressurser og stimulering</p> <p>Offentlige planer og krav</p> |
| <p>Ansatte, befolkning</p> <p>↓</p> <p>← Analyse</p> <p>«Risikofylt aktivitet»</p> <p>Handling</p> | <p>Kunnskap og ferdighet</p> <p>Motivasjon</p> | <p>Lover og forskrifter</p> <p>Veiledere og standarder</p> <p>Kontrollrutiner</p> <p>Planer og ressurser</p> |

FIGUR 4. 4: SOSIOTEKNISK MODELL AV ET SYSTEM SOM VISER SAMMENHENG MELLOM AKTØRNIVÅ, VIRKEMIDDEL OG RAMMEBETINGELSER⁸

Modellen viser sammenhengen mellom aktører på ulike nivå og hvordan nivåene påvirker hverandre i styringen av en «risikofylt aktivitet» (Engen et al., 2014, s. 149). Modellen viser også informasjons- og beslutningsflyten mellom aktørene på ulike nivå, og avhengigheten mellom virkemidler og rammebetingelser på de ulike nivåene (J. Rasmussen, 1997, s. 184-185; Aven et al., 2016, s. 69). Generelt forplanter en beslutning seg fra et organisatorisk nivå og nedover i systemet, mens informasjon, rapportering og erfaringer beveger seg oppover (fra personell som styrer prosesser, til ledere og andre ansatte på høyere nivå) (ibid.). Sikkerhetsstyring er dermed

⁸ (J. RASMUSSEN & SVEDUNG 2000; AVEN ET AL., 2016, s. 70).

avhengig av både aktiviteter på ulike organisatoriske nivå og interaksjonen mellom nivåene (Vicente & Christoffer, 2009).

Selv om modellen gjerne ikke passer helt inn med oppgaven i forbindelse med fokuset på hvordan ulykker kan oppstå internt i et system (pandemien er en ekstern trussel), viser den hvordan sårbarhet potensielt kan oppstå ved at aktører begrenser muligheten til å drive et forsvarlig sikkerhetsarbeid på lavere nivå uten å være klar over det. Jens Rasmussen (1997) beskriver hvordan det eksisterer konkurrerende mål for hva som skal prioriteres i organisasjonen, og at sikkerhetsstyringen vil være et av flere konkurrerende mål, selv om det blir identifisert som viktig. Dette punktet må ses i sammenheng med James Reasons «dangers of the unrocked-boat» (Reason, 1997, s.5) beskrevet tidligere, og sikker drift vil derfor bli påvirket av ledelsens produktivetskrav eller rammevilkår i forbindelse med ressurskrav. De ansattes ønske om en mindre stressende arbeidsdag er også en faktor som kan bidra til målkonflikter. Det siste punktet er særdeles relevant innenfor helsetjenesten. Mange ansatte i helsetjenesten strekker seg svært langt for å møte pasientenes behov, og mange opplever at arbeidsdagen er preget av stressende og komplekse aktiviteter (Kroken, 2006). Figuren kan dermed fungere som et verktøy til å avdekke hvor man finner store avstander mellom nivåer, og hvordan ulike press- og stressfaktorer påvirker den daglige driften.

4.3.5 Beredskapsplaner

Å drive god og effektiv beredskapsplanlegging er et kontinuerlig arbeid. Ny informasjon og forandringer skal dokumenteres i oppdaterte beredskapsplaner, og man skal være kapabel til å møte nye utfordringer. Planene skal til enhver tid reflektere de faktiske truslene man står overfor, og den skal sørge for at beredskapen er dimensjonert i henhold til de ytelseskravene som blir stilt. Man kan dermed omtale beredskapsplanen som et levende dokument som oppdateres fortløpende (Quarantelli, 1998, s.2). For å sikre at beredskapsplanverket er relevant, er det nødvendig at relevante aktører deltar i selve prosessen, og at planene oppdateres som følge av læring etter trening, øvelser og tidligere hendelser. Som nevnt er det samtidig viktig å være klar over forskjellen på planlegging og en skreven plan. Planlegging er en kontinuerlig prosess, mens planen er en «snap-shot» av prosessen ved et spesifikt tidspunkt (Perry & Lindell, 2003).

Det må også nevnes at det kan være svært vanskelig å holde komplekse og detaljerte planer oppdaterte, og behovet for oppdateringer vil avta dess mindre detaljnivået er. I tillegg vil en detaljrik plan gjøre det vanskelig å prioritere, fordi alle nødvendige funksjoner tilsynelatende fremstår som like viktige. Planen vil da være vanskelig å bruke som arbeidsverktøy. Det er viktig at responsaktørene kan tilpasse seg behov og endringer i en krisesituasjon, og derfor er det sentralt at beredskapsprosessen fremmer fleksibilitet i håndteringen. Dette vanskeliggjør detaljerte planer (McConnell & Drennan, 2006; Dynes 1993, s.178)).

For å håndtere mange ulike trusler, er det derfor viktig at man integrerer alle planer for enkelthendelser i en større helhetlig plan. Dette gjør man for å kunne håndtere en rekke type trusler, og at man dermed baserer beredskapsplanleggingen på generelle prinsipper istedenfor detaljer. Samtidig nevner Engen mfl. (2016 s. 292) at man ikke kan legge til siden at det vil være spesifikke forhold som må ivaretas ved enkelte kriser, og derfor bør man utarbeide mer spesifikke aksjonsplaner i tillegg til den overordnede planen. Eksempelvis vil dette gjelde prioriteringer innad i tjenestetilbudet som blir utøvd ved hver enkelt resultatenheter (DSB, 2009, s.12).

Clarke og Perrow (1996) hevder at dokumentene man danner seg fra planleggingsprosessen, gjerne ikke reflekterer virkeligheten. Organisasjonene mangler nok praktisk erfaring, og dette fører til at man overdimensjonerer tilgjengelige ressurser. I forbindelse med denne oppgaven er dette punktet sentralt, og planene må reflektere bevisstheten og oversikten de ansvarlige aktørene har knyttet til beredskapen i kommunen.

Fowler, Kling & Larson (2007, s. 93) understreker at beredskapsplaner ofte ikke blir kommunisert eller institusjonalisert på tvers av nivåer i en organisasjon, selv om de eksisterer på internett eller ved organisasjonens sikkerhetsdepartement. Dette resulterer ofte i at de ansatte i organisasjonen ikke er godt nok forberedt på å respondere på kriser dersom de skulle oppstå. Litteraturen angående beredskapsplanlegging klargjør viktigheten av at alle i organisasjonen har kjennskap til gjeldende planverk og at det har blitt gjennomført øvelser basert på planverket (ibid.).

4.3.6 Trening og øvelser

Trening og øving er arena for læring, og en sentral aktivitet i beredskapsarbeidet (Quarantelli 1998, Perry & Lindell, 2003) Gjennom trening og øving får de ansvarlige tilbakemelding på planen som er utarbeidet, samt tilbakemeldinger på forutsetningene som er lagt til grunn, og kriseledelsen vil også bli tryggere på sine oppgaver (Perry & Lindell, 2003). Dersom en øvelse blir gjennomført uten problemer, er det tegn på at den enten er for enkel eller at evalueringen er for dårlig (ibid.).

Øvelsene vil fungere som kontaktflater mellom aktører som vanligvis jobber for seg selv, og de vil kunne fungere som en plattform der profesjonelle kan informere sivilbefolkningen om beredskapsarbeidet og forventninger i en krisesituasjon. Peterson & Perry (1999) har rapportert at deltakere på øvelser har opplevd endringer i oppfatningen rundt det å håndtere risiko som en organisasjon, både når det gjelder teamarbeid, responsnettverk, hva som trengs av ressurser osv. Derfor er det viktig at det er læringseffektene som er i fokus, og ikke økonomi og ressurser når man planlegger øvelser (Weiseth & Kjeserud 2007).

Jo mer realistiske øvelser, desto større blir læringsutbyttet blant øvingsdeltakerne (Engen et al., 2016, s. 366). Øvingsscenarier bør planlegges for å gi deltakerne en gjenkjennelsesmulighet, samtidig som det trekker inn uventede sider for å teste deltakernes evner. Det er også viktig å planlegge øvelsene godt for å øke opplevelsen av stress og tidspress. Ved å inkludere uventede hendelser i scenarioet man planlegger for, øker man gjenkjennelsesevnen og reportaret til deltakerne. Samtidig er det mange forskere som mener at man ikke baserer øvelsene nok på «utenkelige scenarioer», og at tenkelige scenarioer vil gi en uheldig rutinepreget respons (Boin, Kofman-Bos & Overdijk 2004; Weiseth & Kjeserud 2007).

En annen utfordring er å øve på hvordan man skal ta best mulige beslutninger. Ut ifra definisjonen av kriser beskrevet i kapittel 3.1, kommer det frem at krisen er preget av mye usikkerhet. Engen mfl. (2016, s. 367) skriver at man i en realistisk verden aldri vil ha nok tilgjengelige ressurser til å ha et optimalt beslutningsgrunnlag, og man må ta beslutninger på mangelfullt grunnlag. Planleggingsprosessen bør fremme fleksibilitet, slik at relevante aktører klarer å tilpasse seg, dersom den aktuelle situasjonen som oppstår plutselig endrer seg. Et slikt tankesett vil rette

fokuset mer mot ressurskoordinering enn en kommando- og kontrollmodell (ibid., s.289). Det er som nevnt tidligere en betydelig grad usikkerhet knyttet til et pandemiscenario, og dette gjør at det er svært vanskelig å både planlegge og øve på en realistisk situasjon.

Det er samtidig verdt å merke seg at godt planlagte og gjennomførte øvelser gjerne ikke resulterer i god læring (Peterson & Perry 1999; Alexander 2003; Sommer & Njå 2011; Sinclair et al., 2012), og øvelser kan aldri alene erstatte god beredskapsplanlegging (McConnell & Drennan, 2006). En av grunnene til dette er at store øvelser er kostbare, og det er sjeldent at alle relevante aktører vil være til stede samtidig ved en øvelse. Det er også, som nevnt tidligere, problemer med å skape realistiske scenarioer, deriblant gjengi følelsen av adrenalinkick og høyt stressnivå når man ikke har «kniven på strupen».

5 Metode

Jacobsen (2005, s. 24) skriver at metode er «en måte å gå fram på for å samle inn empiri, eller det vi kaller data om virkeligheten. Metoden er da et hjelpemiddel til å gi en beskrivelse av den såkalte virkeligheten». Det er med andre ord en måte å løse problemer på, og en måte å tilegne seg ny kunnskap. Metoden brukt i denne oppgaven er brukt for å besvare problemstillingen på best mulig måte.

I dette kapittelet vil jeg beskrive hvilke metoder jeg har brukt for å ta steget fra det jeg ønsker å studere, til hvordan jeg skal gå frem for å analysere dataen som blir samlet inn. Jeg kommer til å gå gjennom valg av metode, utvalgsprosessen, datainnsamling og analyse av dataen. Til slutt vil jeg gå gjennom etiske aspekter ved studien.

I denne oppgaven har jeg valgt å anvende kvantitativ metode ved bruk av spørreundersøkelse.

5.1 Datainnsamling: Spørreundersøkelse

Ian Dey (1993, s. 10) omtalte kvantitative data som følgende:

«Mens kvantitative data opererer med tall og størrelser, opererer kvalitative data med meninger. Meninger er formidlet i hovedsak via språk og handlinger»⁹

Problemstillingen i denne oppgaven omhandler hvor forberedt de ansatte på ulike nivåer i kommunen opplever at de er på det tidspunktet datainnsamlingen skjer. Det vanligste studiedesignet som blir brukt når problemstillingen er skissert som i denne oppgaven, er det som blir omtalt som *tverrsnittstudie*. I dette undersøker man virkeligheten på kun ett tidspunkt (Jacobsen, 2005, s. 10), og en slik studie registrerer en rekke egenskaper hos respondentene på det gitte tidspunktet. Tverrsnittstudier kan ikke studere endringer av prosesser over tid.

Den mest brukte kvantitative metoden i sosiale fag er tverrsnittstudier basert på *spørreundersøkelser* (Ringdal, 2018, s. 112). En spørreundersøkelse er en systematisk metode man bruker for å samle inn data fra en respondentgruppe, eksempelvis virksomheter eller organisasjoner, for så å gi en beskrivelse av gruppen ved hjelp av statistikk (Ringdal, 2018, s. 191).

⁹ Oversatt fra engelsk.

Web-verktøyet SurveyXact ble anvendt i forbindelse med spørreundersøkelsen, og spørreundersøkelsen ble utarbeidet sammen med ansatte i kommunen og fagveileder. Ansatte i kommunen ble tilsendt lenken til spørreundersøkelsen via e-post. Spørreundersøkelsen ([vedlegg 8](#)) ble delt inn i fire deler basert på hvilket organisatorisk nivå man jobber. En del av spørsmålene var felles for alle, men enkelte av spørsmålene var også rettet mot spesifikke ansvarsområder og fullmakter innenfor de forskjellige nivåene.

Selv om spørreundersøkelsen inneholdt en del åpne spørsmål som respondentene kunne svare fritt på, tok undersøkelsen hovedsakelig for seg lukkede spørsmål. Ved å bruke spørreundersøkelser med lukkede spørsmål, kan respondentene kun svare innenfor de rammene som undersøkeren har definert på forhånd. (Johannessen, Tuft, & Christoffersen, 2010). Johannessen mfl. (2010) skriver at lukkede spørsmål med forhåndsdefinerte kategorier er lettere for respondenten å svare på, og at man deretter studerer forskjeller eller likheter i svarene. Et problem med forhåndsdefinerte kategorier er at respondentene kan oppfatte og tolke spørsmålene forskjellig. Som beskrevet i neste delkapittel, ble undersøkelsen gjennomgått av både familiemedlemmer og profesjonelt personell. Dette ble gjort for å avdekke vanskelige ord og setninger som respondentene potensielt kunne tolke forskjellig.

At respondentene kun kan svare innenfor rammene som er definert på forhånd, gjør formen på metoden også veldig rigid og strukturert, og man kan ikke fange opp andre meninger hos respondentene enn de som er definert i undersøkelsen. (Johannessen et al., 2010). Derfor er det viktig å planlegge undersøkelsen godt.

I forbindelse med spørreundersøkelser er det vanlig å bruke det som kalles *Likert-skala*. Scoren i denne typen skala er utarbeidet ved å summere antallet responser respondenten gir, og skalaen stiller vanligvis spørsmål om man er enig eller uenig med en uttalelse (Neumann, 2011, s. 226-227). Svaralternativene varierer, men hovedsakelig ligger det på mellom tre til syv kategorier (Ringdal, 2018, s. 204). Denne oppgaven har tatt utgangspunkt i fem alternativer. Gjennomgående var det to ulike alternativer av Likert- skalaen som ble brukt.¹⁰

¹⁰ i) 5: I svært stor grad, 4: I stor grad, 3: I noen grad, 2: I liten grad, 1: I svært liten grad, 0: Vet ikke.

ii) 5: Helt enig, 4: Delvis enig, 3: Verken – eller, 2: Delvis uenig, 1: Helt uenig, 0: Vet ikke.

En Likert-skala er en form for skala som havner i kategorien «ordinale variabler». Dette er variabler som har stigende rekkefølge, uten at det er klare forholdstall (avstand) mellom hvert svaralternativ (Ringdal, 2013, s. 89-91). Innledningsvis i spørreundersøkelsen ble det også brukt nominelle variabler. Nominelle variabler omtales gjerne som kategoriske, og verdiene fra variablene er ikke numeriske (eksempelvis kjønn) (ibid.).

Ulike forskere har diskutert bruken av en ekstra svarkategori (eks. «jeg vet ikke», «usikker, «ingen mening») (Neumann, 2011, s. 228). Jeg valgte å bruke en slik kategori da det er anbefalt i norsk litteratur om metodebruk (Johannessen et al., 2010). Bruk av to nokså like nøytrale kategorier kan være spesielt problematisk med tanke på mål av holdninger og hvorvidt det påvirker nøyaktigheten til studiet (man kan miste mange svar angående det spørreundersøkelsen faktisk spør om). Det kan tenkes at respondentene ble spesielt usikre på valget mellom å svare «vet ikke» og «enten- eller», og det kan diskuteres om jeg faktisk kunne lagt sammen kategoriene ved enkelte spørsmål. Likevel mener jeg at dette gir respondentene som ikke er informert eller ikke har noen mening, et alternativ til å ikke måtte ta stilling til spørsmålet. «Verken – eller» kan tolkes som en form for mening selv om den er nøytral. «Vet ikke» er plassert i enden av skalaen, mens «enten- eller» eller «i noen grad» er plassert i midten. På bakgrunn av dette, mener jeg at respondentene intuitivt oppfatter at det er en forskjell mellom alternativene (Lam et al., 2010). Bruken av to nøytrale ble heller ikke påpekt som et problem gjennom pilotundersøkelsene (kapittel 5.3), og det var ingen av respondentene som kontaktet meg angående dette.

Som nevnt tidligere ble samtlige spørsmål utarbeidet ved hjelp av profesjonelle aktører. Noen av spørsmålene var felles for alle nivåene, mens andre ble stilt på bakgrunn av organisatorisk nivå og ansvarsområde innad i kommunen. Kapittel 5.5 går gjennom spørsmålene som ble brukt i forbindelse med de ulike faktorene som ble undersøkt.

5.3 Pilotundersøkelse

Før spørreundersøkelsen ble ferdigstilt og distribuert, ble den gjennomgått av to familiemedlemmer og fem ansatte i kommunen. Dette var hensiktsmessig for å få tilbakemeldinger på undersøkelsen og for å endre eventuelle uforståelige formuleringer eller feil (Johannessen et al., 2010).

Ulike fullmakter og ansvarsområder er delegert til forskjellige organisatoriske nivå innenfor Bergen kommune, og det er vanskelig for utenforstående å få fullstendig oversikt over hvilke nivå som har ansvaret for hva. Derfor ble hvert enkelt spørsmål gjennomgått med ansatte i kommunen, som hadde god kunnskap om fullmakter og ansvarsområder. Tilbakemeldingene fra de fem ansatte angående undersøkelsen var gode, og den ble ansett som spennende og relevant for beredskapsarbeidet som blir gjort i kommunen i forbindelse med pandemiberedskap. Den ble også vurdert som relevant for andre hendelser og kriser som gir betydelige utfordringer grunnet høyt personellfravær. Noen av spørsmålene ble endret, mens andre ble fjernet. Et problem er at spørsmålene ble overført fra internett til Word, noe som førte til at deltakerne på møtet ikke fikk se hvordan spørreundersøkelsen faktisk så ut på internett.

5.4 Utvalg

I denne undersøkelsen ble lenken til spørreundersøkelsen videresendt via e-post i Bergen kommune sine interne systemer. Personell fra etatene, som har mulighet til å distribuere undersøkelsen, ble innkalt til møte angående samordning og distribusjon av undersøkelsen. Der ble det vedtatt at jeg skulle sende lenken på e-post til personellet som var til stede på møtet. Deretter skulle de videresende lenken til resultatenhetslederne i etatene eller annet relevant personell. Disse skulle igjen videresende lenken til alle ansatte. På møtet, samt gjennom samtaler med fagveileder, ble det også bestemt at det ikke skulle bli tatt noe utvalg av de ansatte i kommunen, da det i teorien var mulig å få tilgang til alle ansatte som oppgaven var myntet på. Dermed falt utvalgsproblematikken bort (Jacobsen, 2005, s. 291).

På bakgrunn av at jeg hadde indirekte tilgang på respondentene (kun tilgjengelig gjennom bruk av kommunens interne systemer), ville det uansett vært vanskelig å koordinere hvordan utvalget skulle bli trukket. De fleste ansatte jobber ved resultatenheter, men det var ikke mulig å få tilgang til hvor stor denne delen er. Samtidig var det ikke mulig å få tall på hvordan fordeling var mellom resultatenheter og internt i den enkelte resultatenheter. Jeg anslår at det var tiltenkt at lenken skulle nå ca. 3500-4200 ansatte. Gjennom ansatte ved etat for sykehjem, ble det gitt beskjed om at lenken til undersøkelsen skulle bli sendt ut til ca. 1800 personer. Det var ikke mulig å få tak i et slikt antall fra etat for hjemmebaserte tjenester, men ved å studere årsmeldinger for

2018 (Bergen kommune, 2019c), er det nærliggende å anta at det er ca. 2400 personer som jobber innenfor etat for hjemmebaserte tjenester også i dag.

Samtidig kan man gjerne kalle formen for distribusjon eller utvalg i oppgaven for *selvutnevning*, altså at de ansatte innenfor de ulike nivåene velger ut seg selv (Jacobsen, 2005, s. 292).

5.5 Statistisk analyse

I forbindelse med analysen ble dataverktøyet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) brukt. Etter at datainnsamlingen var ferdig, ble dataen registrert i SPSS og det ble dannet en datamatrise.

5.5.1 Trinn en: Utvikling av målebegrep

Det første trinnet i statistiske analyse er å velge ut hvilke spørsmål/variabler som skal brukes i analysen og klargjøre disse (Ringdal, 2013, s. 263). Disse er valgt som følge av problemstillingen, og er ment for å måle de ulike faktorene. Jeg går nå gjennom spørsmålene knyttet til hver faktor:

i) Tiltro til andres kompetanse

For å måle «tiltroen til andres kompetanse» ble det stilt 4 spørsmål som var felles for de ulike organisatoriske nivåene:

| |
|--|
| 1) «Jeg har tiltro til at ansatte i etaten min vet hva som er forventet av dem under en influensapandemi» |
| 2) «Jeg har tiltro til at ansatte innenfor resultatenehetene i etaten min vet hva som er forventet av de under en influensapandemi» |
| 3) «Jeg har tiltro til at ansatte i etaten min klarer å gjennomføre det som er forventet av de under en influensapandemi» |
| 4) «Jeg har tiltro til at ansatte innenfor resultatenehetene i etaten min klarer å gjennomføre det som er forventet av de under en influensapandemi» |

Disse spørsmålene ble utarbeidet på egenhånd, men Michie mfl. (2005) ble brukt som inspirasjonskilde.

I forbindelse med spørsmålene som ble stilt til SKM, ble det ikke dannet skille mellom etat for hjemmebaserte tjenester og etat for sykehjem. Det kan diskuteres om det burde blitt stilt separerte spørsmål til hver av etatene, men jeg ønsket heller å få et generelt bilde av hvordan

ansatte ved SKM vurderer den helhetlige kompetansen til de ansatte på lavere organisatoriske nivå. Derfor mener jeg at jeg kan føre inn svaret til ansatte ved SKM i en felles variabel med svarene til de ansatte på lavere nivå.

ii) Tiltro til egen kompetanse

For å måle tiltro til egen evne ble det stilt to spørsmål:

| |
|---|
| <i>1) Jeg vet hva som er forventet av meg under en influensapandemi.</i> |
| <i>2) Jeg har tiltro til at jeg klarer å gjennomføre det som er forventet av meg under en influensapandemi.</i> |

Det ble tatt et valg om at spørsmålene rettet mot egen kompetanse ikke var en subjektiv oppfatning av hva som er god kompetanse, men at spørsmålene skulle ta utgangspunkt i en utarbeidet standard/forventning rettet mot hva den enkelte ansatte skal kunne gjennomføre under en influensapandemi. Helsefaglige ansatte ble også spurt et ekstra spørsmål som kan ha betydning for tiltro til egen kompetanse: «*Jeg opplever at jeg har fått god nok opplæring i hvordan jeg skal utføre det som er forventet av meg under en influensapandemi*».

iii) Konsensus av hvor forberedt kommunen skal være på å håndtere en influensapandemi

I forbindelse med dette punktet ble det utarbeidet 3 spørsmål:

| |
|---|
| <i>1) Jeg opplever at influensapandemi er et scenario som tas alvorlig i kommunen.</i> |
| <i>2) Jeg opplever at det er ulike oppfatninger i kommunen angående hvor mye tid og ressurser som bør brukes på beredskap for en influensapandemi.</i> |
| <i>3) Det eksisterer klare og definerte mål og ambisjoner i kommunen for hvor forberedt helse- og omsorgstjenesten skal være på å håndtere en influensapandemi.</i> |

Det tredje spørsmålet ble ikke stilt til helsefaglige ansatte på resultatenhetsnivå i og med at de ikke er direkte involvert i dette punktet. Det andre spørsmålet ble omgjort slik at «ulike» ble til «like».

iv) Kommunikasjon og etablerte kommunikasjonskanaler

| |
|--|
| <i>1) Jeg opplever at etablerte kommunikasjonskanaler internt i kommunen i forbindelse med pandemiberedskap fungerer tilstrekkelig.</i> |
| <i>2) Jeg opplever at kommunikasjonen mellom ansatte og ledere for beredskapsarbeidet i forbindelse med smittevern er tilfredsstillende.</i> |
| <i>3) Jeg opplever at det er tilstrekkelig dialog mellom resultatenehetene i etaten og spesialisthelsetjenesten i kommunen i forbindelse med pandemiplanlegging.</i> |

Det første spørsmålet ble stilt til de ulike nivåene. Spørsmål nummer 2 ble stilt til alle utenom ansatte på SKM, mens det siste spørsmålet ble stilt ansatte på etatsnivå og ledere/administrativ støtte ved resultatenehetene. Spørsmålene ble, som nevnt tidligere, utarbeidet i samarbeid med profesjonelle i kommunene med oversikt over ansvarsområder og fullmakter.

v) Planverk

| |
|--|
| <i>1) I hvilken grad er det identifisert og beskrevet hvilke tjenester som er kritiske i rutiner eller retningslinjer for tjenestekontinuitet/episoder med høyt personellfravær?</i> |
| <i>2) I hvilken grad er det identifisert og beskrevet hvor stor andel av tjenester som kan reduseres i rutiner eller retningslinjer for tjenestekontinuitet/episoder med høyt personellfravær?</i> |
| <i>3) I hvilken grad er det implementert retningslinjer eller prosedyrer for kontinuitetsplanlegging ved vanlige episoder med høyt fravær blant ansatte?</i> |
| <i>4) I hvilken grad er det iverksatt beredskapsplanlegging for tjenestekontinuitet i etaten (og resultatenehetene) ved en influensapandemi med høyt personellfravær?</i> |
| <i>5) I hvilken grad er du kjent med at det finnes planer for beredskap og tjenestekontinuitet i din etat ved episoder med høyt personellfravær?</i> |
| <i>6) I hvilken grad er ansattgruppen involvert i planleggingen for å møte hendelser/episoder med høyt personellfravær?</i> |

De fire første spørsmålene er rettet mot ansatte på etatsnivå og ledere/administrativ støtte ved resultatenehetene. Det femte og sjette spørsmålet er rettet mot helsefaglige ansatte. De

helsefaglige ansatte ble også stilt et spørsmål som kan relateres til planverket: «*Jeg opplever at mine krav til personlig sikkerhet vil bli ivare tatt under en influensapandemi*»

Et siste spørsmål, «*Ca. hvor høyt personellfravær (i prosent %) antar du at arbeidsplassen din kan tåle dersom man skal opprettholde de kritiske tjenestene som er identifisert?*», ble stilt til resultatenhetslederne/administrativ støtte og til ansatte på etatsnivå.

vi) Tjenesteområder

Spørsmålene knyttet direkte til vurderingen av tjenesteområdene blir gjennomgått i resultatkapittelet.

5.5.2 Trinn to: Validitet

Spørsmålene i spørreundersøkelsen er ikke dannet på bakgrunn av anerkjente standardiserte spørsmål, og derfor ville det vært hensiktsmessig å validere dem. (Jacobsen, 2003, s. 204). Spørsmålene ble som nevnt først kontrollert av fagpersoner, og jeg fikk ikke tilbakemelding på at jeg manglet spørsmål som skulle måle faktorene knyttet til problemstillingen. Validitet i kvantitativ forskning handler om hvorvidt studien er gyldig eller ikke, og om man kan trekke gode eller riktige slutninger fra resultatene angående det man forsker på (Creswell, 2014, s. 250). Vanligvis skiller man mellom indre og ytre validitet. Indre validitet er et uttrykk for muligheten til å trekke sikre slutninger om årsaksforholdene i studiet – om X er årsaken til Y (Ringdal, 2018, s. 144). Ytre validitet omhandler om hvorvidt det er mulig å generalisere resultatene til andre grupper eller situasjoner (Johannessen et al., 2010).

For å teste begrepsmessig validitet i spørreundersøkelsen (at spørsmålene i undersøkelsen måler det underliggende begrepet «evne» (Jacobsen, 2003, s. 201)), og teste hvilke variabler/spørsmål jeg kunne slå sammen (datareduksjon), var det i utgangspunktet tiltenkt at det skulle bli utført en faktoranalyse. Samtidig er det flere kriterier som må være innfridde for at det skal være hensiktsmessig å gjennomføre en faktoranalyse (Johannessen, 2008). Et kriterium er at det skal være tilstrekkelig med respondenter. Selv om det er ulike meninger over hvor mange som trengs, blir 300 respondenter sett på som et tilfredsstillende utvalg (Tabachnick & Fidell, 2007). Siden det ikke var mulig å få så mange respondenter i denne undersøkelsen, valgte jeg å ikke gjennomføre faktoranalyse for denne oppgaven. Dette svekker validiteten til oppgaven.

En korrelasjonsanalyse kan anvendes for å gi grobunn for antakelse om begrepsmessig validitet, og blir vanligvis gjennomført før faktoranalysen. Ved bruk av en korrelasjonsanalyse kan man lede frem til korrelasjoner i spørsmålene som ble stilt, og høy korrelasjon kan tyde på at spørsmålene måler det samme fenomenet (Jacobsen, 2005). Samtidig vil ikke korrelasjonsanalysen gi sikre svar (Jacobsen, 2003, s. 205), og man kan ikke anta årsaker basert på korrelasjoner fordi korrelasjonene kan være tilfeldige (Ringdal, 2018, s. 314). Jeg valgte å anvende en slik analyse i denne oppgaven for å prøve å øke validiteten.

5.5.3 Trinn tre: Reliabilitet

For å sikre at det er god reliabilitet i spørreundersøkelsen, benyttet jeg meg av et reliabilitetsmål, som går under navnet Cronbachs Alfa. Reliabiliteten viser til troverdigheten til undersøkelsen, og om vi får de samme resultatene ved gjentatte målinger med samme måleinstrumenter (Ringdal, 2013, 96-100). Cronbachs Alfa (α) måler den interne konsistensen i spørsmålene jeg har valgt. Disse spørsmålene skal samlet sett forklare den samme faktoren. Ifølge Ringdal (ibid.) er verdien av alfa, som varierer fra 0 til 1, tilfredsstillende dersom den er over 0.7. Dette tallet er sensitivt for mål av faktorer som baserer seg på mindre enn 10 variabler/spørsmål. Siden ingen av faktorene omhandler så mange spørsmål, valgte jeg 0.6 som signifikant verdi (Nunally, 1994).

5.5.4 Trinn fire: Deskriptiv Statistikk

Det neste trinnet i forbindelse med analysen var å avgjøre hvilke parameter som skulle brukes for å gi deskriptiv statistikk av svarfordelingen på de ulike spørsmålene/variablene (Ringdal, 2013, s. 282-299). Siden samtlige av spørsmålene nevnt over var på ordinalnivå, valgte jeg å bruke gjennomsnitt, median og modus for å måle sentraltendensen. Sentraltendensen er tyngdepunktet i fordelingen (ibid.). Det kan diskuteres hvorvidt det er hensiktsmessig å bruke gjennomsnittet, da det er best å bruke for ordinalvariabler dersom antallet verdier/svaralternativer er mange. (ibid.). Jeg valgte å bruke gjennomsnitt, supplert med median og modus, for å gi et mer detaljrikt bilde av sentraltendensen.

Medianen er «den verdi som splitter en ordnet fordeling i to like store mengder av enheter (ibid.) og kan omtales som den «midterste verdien». Modus er den verdien som blir valgt flest ganger - altså den verdien som opptrer hyppigst.

For å måle spredning, eller variasjon, i svarfordelingen til respondentene, ble det brukt to forskjellige mål. Det første var standardavviket, mens det andre var variansen. Standardavviket er kvadratrotten av variansen, mens variansen er summen av kvadrerte avvik i forhold til gjennomsnittet fra alle respondentene (Ringdal, 2013, s. 300). Minimumsverdien og maksimumsverdien ble også tatt med for å gi en mer helhetlig vurdering.

5.5.5 Trinn fem: Valg av test for analyse

Det siste trinnet før analysen ble gjennomført, var å avgjøre hvilken test som var mest relevant å anvende i forbindelse med oppgaven og svarfordelingen. Valget falt på Kruskal Wallis-testen, som er en ikke-parametrisk test (Kapittel 6.2 forklarer hvorfor en ikke-parametrisk test ble anvendt). Testen måler signifikante forskjeller mellom tre eller flere grupper, og er den ikke-parametriske ekvivalenten til enveis variansanalyse (ANOVA) (SPSS tutorials, u. å.). Matrisen som blir utarbeidet i testen lister de ulike spørsmålene/variablene opp som nullhypoteser. Nullhypotesene blir annullerte dersom det eksisterer forskjeller innad i den gruppen man analyserer. Dersom p-verdien (Sig.) er mindre enn 0.05, vil det være mulig å anta at det er signifikante forskjeller mellom minst to av nivåene. Selve testverdien fra analysen er gjengitt i oppgaven ved bruk av symbolet « χ^2 ». I sammenheng med « χ^2 », er det oppgitt et tall i parrantes som beskriver grad av frihet (antall nivå-1⁽¹¹⁾). P-verdien indikerer sannsynlighet for at testen skal komme frem til den resulterende verdien, gitt at nullhypotesen stemmer (Laerd Statistics, 2015a).

For å finne ut hvilke nivå det er forskjeller mellom, ble det anvendt Dunn's post-doc- test (Fields, 2013). Dette er mangfoldige tester som endrer p-verdien, og Bonferroini- korreksjonen blir brukt til å multiplisere sammen p-verdien i hver Dunn's test (ibid.)

For å bruke Kruskal- Wallis testen er det 4 krav som må være innfridd (Laerd Statistics, 2015a)

- 1) Den avhengige variabelen¹² må enten være på ordinalnivå eller være kontinuerlig. Alle variablene som ble brukt i analysen for å måle de ulike faktorene, var ordinale.

¹¹ Eksempelvis vil en Kruskal Wallis for alle nivåene gi en grad av frihet på 3 (4 nivåer-1)

¹² Det er vanlig å anta at variablene er i kausalt forhold til hverandre. Dette fører med seg at den ene variabelen er årsak, mens den andre er virkning (evt. konsekvens). Variabelen som er årsak kalles for «uavhengig variabel». Denne variabelen påvirker virkningsvariabelen – den «avhengige variabelen» (Jacobsen, 2003, s. 32)

- 2) En uavhengig variabel består av to eller flere kategoriske og uavhengige grupper. Dette er også tilfelle med variabelen for de organisatoriske nivåene (Aamodt, Gulbrandsen, Laake, Aavitsland & Bretthauer, 2005)
- 3) Observasjonene må være uavhengige. Respondentene kan ikke tilhøre flere grupper, og dette kravet er innfridd ved at respondentene kun kan svare at de jobber på et nivå.
- 4) Forsker må bestemme om svarfordelingen er lik for hver gruppe av den uavhengige variabelen. Dette blir bestemt ved å visuelt studere boksdiagrammet i testen. Boksdiagrammet illustrerer spredningen i datasettet. Dersom det er lik fordeling, er det forskjell i medianen mellom nivåene som blir målt. Ved ulik fordeling, er det forskjeller på bakgrunn av fordelingen som blir målt. Det er ingen fasit på hvordan man skal vurdere plottet i boksdiagrammet (Vargha & Delaney, 1998), men det er nærliggende å anta at det vil være store forskjeller basert på ulikt antall respondenter på hvert nivå.

På bakgrunn av den lave svarprosenten, spesielt på etatsnivå, har jeg ved noen av tilfellene valgt å bruke Mann – Whitney- U-testen, som kan vise forskjeller mellom to grupper. Testen er også anvendt for å måle om det eksisterer signifikante forskjeller mellom etatene (Ibid.). Denne testen kan brukes når den avhengige variabelen enten er på ordinal eller kontinuerlig form, og er den ikke-parametriske ekvivalenten til t-testen (Aarnes, 2011). Testresultatet er oppgitt ved «U», som tilsvarer « χ^2 » i Kruskal- Wallis-testen (Laerd Statistics, 2015b). Kravene for å bruke Mann-Whitney-U testen er ellers de samme som for Kruskal- Wallis – testen, og begge testene omgjør resultatene til rangeringer («mean ranks») (Aarnes, 2011). [Vedlegg 9](#) viser eksempler på hvordan begge testene ser ut i SPSS.

5.6 Etiske Hensyn

Forskningsetikk omhandler grunnleggende moralnormer innenfor vitenskapelig praksis (Ringdal, 2013, s. 451). Moralnormene er prinsippene, reglene og retningslinjene for om man vurderer om en handling er rett eller galt. I forbindelse med forskning innebærer dette at de som deltar i undersøkelsen skal ha frihet og selvbestemmelse, samt at forskningen ikke skal få uønskede konsekvenser for enkeltindividet, grupper eller hele samfunnet (ibid.).

Universitetet i Stavanger (2017) er pliktig til å melde prosjekter som behandler personopplysninger til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) for godkjenning. Dette gjelder både direkte opplysninger (navn eller fødselsnummer) eller indirekte opplysninger som kan identifisere respondenter (bosted, kjønn, alder, stilling osv.) (Ringdal, 2013, s. 458). Rådgiver hos NSD ble kontaktet via hjemmesiden deres. Der kom det frem at jeg måtte vurdere selv hvorvidt forskningsprosjektet var meldingspliktig, og at vurderingen måtte basere seg på en kombinasjon av indirekte opplysninger. Basert på vurdering sammen med fagveileder og veiledere i kommunen, samt en test på NSD sin hjemmeside, ble undersøkelsen ikke vurdert som meldepliktig.

Regional Etisk Komite (REK) skal også kontaktes dersom man skal gjennomføre medisinsk eller helsefaglig forskning for å skaffe ny informasjon om helse og sykdom. Selv om oppgaven tar for seg helsepersonell, spør ikke undersøkelsen om informasjon knyttet til helse og sykdom. Dermed ble undersøkelsen ikke vurdert som meldepliktig til REK.

6 Resultat

Først vil jeg gå gjennom hvordan fordelingen var mellom respondentene som svarte på spørreundersøkelsen. Deretter vil jeg vise finne trender i datasettet basert på deskriptiv statistikk. Til slutt vil jeg oppsummere resultatene og konkludere på hypotesene.

6.1 Utvalg

Totalt var det 89 stykker som fullførte undersøkelsen, og 31 som svarte delvis. En del av dem som svarte delvis, ble slettet fordi de ikke hadde svart på nok spørsmål til at det var mulig å bruke svarene i analysen. Tabell 6.1 viser hvordan fordelingen av respondentene var og hvordan svarstatusen var fordelt. En del av spørsmålene i spørreundersøkelsen ble ikke brukt i analysen grunnet lav svarprosent, og ble dermed behandlet som støy.

TABELL 6. 1: OVERSIKT OVER RESPONDENTER OG I HVILKEN GRAD SPØRREUNDERSØKELSEN HAR BLITT BESVART

| Nivå | Fullført | Svart Delvis | Totalt | % av sum |
|---|-----------|--------------|------------|-----------------|
| SKM | 10 | 7 | 17 | 14.17% |
| Etatsnivå | 4 | 1 | 5 | ~4.17% |
| <i>Etat for hjemmebaserte tjenester</i> | 3 | 1 | 4 | 3.33% |
| <i>Etat for sykehjem</i> | 1 | 0 | 1 | .833% |
| Resultatenhet (Leder eller administrativ støtte) | 35 | 18 | 53 | ~44.17% |
| <i>Etat for hjemmebaserte tjenester</i> | 17 | 8 | 25 | 20.83% |
| <i>Etat for sykehjem</i> | 18 | 10 | 28 | 23.33% |
| Resultatenhet (helsefaglig ansatt) | 40 | 5 | 45 | ~ 37.50% |
| <i>Etat for hjemmebaserte tjenester</i> | 22 | 2 | 24 | 20.0% |
| <i>Etat for sykehjem</i> | 18 | 3 | 21 | 17.50% |
| Sum | 89 | 31 | 120 | 100% |

Dette er et svært lite antall i forhold til hvor mange ansatte som jobber innenfor de ulike etatene. Fordelingene mellom nivåene i spørreundersøkelsen er også skjevt fordelt når det gjelder hvor de ansatte er på ulike organisatoriske nivå i virkeligheten. De aller fleste ansatte jobber som helsefaglig ansatt i resultatenheten (Bergen kommune, 2019c). Dette svekker oppgavens validitet og gjør det vanskelig å trekke generelle antakelser og konklusjoner for helsetjenesten som helhet

De ansatte ved resultatenehetene ble også spurt om hvor mange ansatte det var på arbeidsplassen. Fordelingene mellom enhetene i de to etatene er listet i tabell 6.2 og 6.3.

TABELL 6. 2: ANTALL ANSATTE VED RESPONDENTENES ARBEIDSPASS I ETAT FOR HJEMMEBASERTE TJENESTER.

| | | Organisatorisk Nivå | | Totalt |
|----------------|-----------------|--|--|--------|
| | | Resultatenhetsleder/ administrativ støtte | Helsefaglig ansatt i resultatenhetene | |
| Antall Ansatte | 20 eller mindre | 1 | 8 | 9 |
| | 21-50 | 9 | 6 | 15 |
| | 51-100 | 4 | 6 | 10 |
| | Over hundre | 11 | 4 | 15 |
| Totalt | | 25 | 24 | 49 |

TABELL 6. 3: ANTALL ANSATTE VED RESPONDENTENES ARBEIDSPASS I ETAT FOR SYKEHJEM.

| | | Organisatorisk Nivå | | Totalt |
|----------------|-----------------|--|--|--------|
| | | Resultatenhetsleder/ administrativ støtte | Helsefaglig ansatt i resultatenhetene | |
| Antall Ansatte | 20 eller mindre | 1 | 3 | 4 |
| | 21-50 | 4 | 8 | 12 |
| | 51-100 | 5 | 4 | 9 |
| | Over hundre | 18 | 6 | 24 |
| Totalt | | 28 | 21 | 49 |

6.2 Korrelasjonsanalyse

For å velge hvilket korrelasjonsmål som var hensiktsmessig å anvende i forhold til undersøkelsen, måtte jeg først sjekke om variablene var normalfordelt. Dette avgjorde om det skulle brukes parametriske eller ikke-parametriske statistikk (Ringdal, 2013, s. 269). Bruk av parametriske tester forutsetter at variablene er normalfordelte. I forbindelse med vurderinger av om variablene var normalfordelte, ble Shapiro-Wilk- testen anvend (Laerd Statistics, u. å.). Denne passer bedre enn Kolmogorov-Smirnov- testen ved mindre utvalg. Shapiro Wilk-testen skal ha et signifikansnivå (p) større enn 0.5 for at variablene skal være normalfordelte (Ghasemi & Zahediasl, 2012). Dette var ikke tilfellet for noen av variablene. Ved bruk av organisatorisk nivå som faktor, var det kun etatsnivå som oppnådde et signifikansnivå på over 0.5 for samtlige av variablene. Det var ved

dette nivået at svarresponsen var på det laveste, og forutsetningene for å anvende en parametrisk test er derfor problematiske (Ringdal, 2013, s. 269).

Siden alle spørsmålene/variablene var ordinale, ikke- parametriske og inneholdt et nokså lavt antall svaralternativer, falt valget på Kendall's Tau-b som korrelasjonsmål (Ringdal, 2018, 314). Korrelasjonsmatrisen er vist i [vedlegg 6](#).

For spørsmålene knyttet til «tiltro til andres kompetanse» var det relativt høy korrelasjon, men det var også andre variabler som korrelerte i relativt stor grad. Spørsmålene knyttet til «tiltro til egen kompetanse» korrelerte også i relativt høy grad, men det var andre spørsmål som korrelerte mer med de individuelle spørsmålene. Spørsmålene knyttet til «konsensus av hvor omfattende beredskapsarbeidet skal være» korrelerte i liten grad. Her var også signifikantverdien svært høy, og dermed umulig å si noe om.

Spørsmålene knyttet til kommunikasjon og kommunikasjonskanaler korrelerte i middels grad, og det var andre spørsmål som korrelerte i like stor eller større grad. Spørsmålene knyttet til planverket bar preg av relativt høy korrelasjon, selv om det også her var andre spørsmål som korrelerte i like stor grad eller mer.

Korrelasjonsmatrisen tyder på at mange av spørsmålene kan måle det samme fenomenet, men at det ikke er mulig å trekke noen konkrete antakelser om hvorvidt spørsmålene måler den faktorene de er ment å måle, fordi det var andre spørsmål som korrelerer minst like mye. Signifikantgraden for korrelasjonskoeffisientene var varierende, og et høyere andel respondenter må til for å oppnå et høyere signifikantnivå for samtlige spørsmål (Ringdal, 2018, s. 314).

6.3 Intern konsistens

Utgangspunktet for en tilfredsstillende intern konsistens og reliabilitet i oppgaven ville være en Cronbachs Alpha-verdi over 0.6 (Nunally, 1994) I denne oppgaven er det nærliggende å anta at det vil være problemer med reliabilitet grunnet det lave antallet av respondenter og at antall spørsmål som skal måle et fenomen er mindre enn 10 (Pallant, 2013).

For spørsmålene som omhandlet «tiltro til andres kompetanse», ble reliabiliteten målt som $\alpha=.895$. Dette er et tilfredsstillende tall baserte på kravet som ble satt. Spørsmålene som ble stilt angående «tiltro til egen kompetanse» ga $\alpha=.709$.

For spørsmålene angående «Konsensus om hvor omfattende beredskapsarbeidet skal være», var det et stort antall respondenter som svarte «vet ikke». Ved å markere disse som «missing value», ble $\alpha=.218$. Fjernet jeg spørsmålet «Jeg opplever at det er like oppfatninger i kommunen angående hvor mye tid og ressurser som bør brukes på beredskap for en influensapandemi», ble $\alpha=.581$. Dersom jeg endret «vet ikke» til å ikke gjelde som «missing value», ble $\alpha=.731$ for de 3 spørsmålene, og α -verdien var dermed tilfredsstillende. Med andre ord er det ikke mulig å anta at det er god intern reliabilitet i forbindelse med måling av konsensus, men det er antydninger til at det kan være det.

Spørsmålene knyttet til kommunikasjon og etablerte kommunikasjonskanaler ga en $\alpha=.760$, mens de fire første spørsmålene knyttet til planverk ga en $\alpha=.881$. For de to siste var det ikke hensiktsmessig å måle α -verdien, da målingen var for upålitelig. Dette gjaldt også de to ekstra spørsmålene som kunne knyttes mot planverk.

Det virker nærliggende å anta at den interne konsistensen og reliabiliteten er tilfredsstillende for spørsmålene i spørreundersøkelsen. Det er likevel ikke mulig å anta at den interne konsistensen er tilfredsstillende nok i forhold til spørsmålene som skal måle «konsensus om hvor omfattende beredskapsarbeidet skal være».

6.4 Frekvens og deskriptiv statistikk

Den samlede svarfordelingen er først vist ved bruk av diagram. De samlede verdiene for hvert spørsmål (oppgitt i fet skrift), samt verdiene ved hvert nivå, er oppgitt i etterfølgende tabeller. «Vet ikke» er ikke tatt med i utregningen av samlede verdier. Avslutningsvis i hvert delkapittel vil forskjeller mellom etatene og forskjeller mellom nivåene innenfor de respektive etatene bli beskrevet.

6.4.1 Tiltro til andre sin kompetanse

Svarfordelingen mellom de ulike spørsmålene knyttet til andres kompetanse er vist i diagrammet under

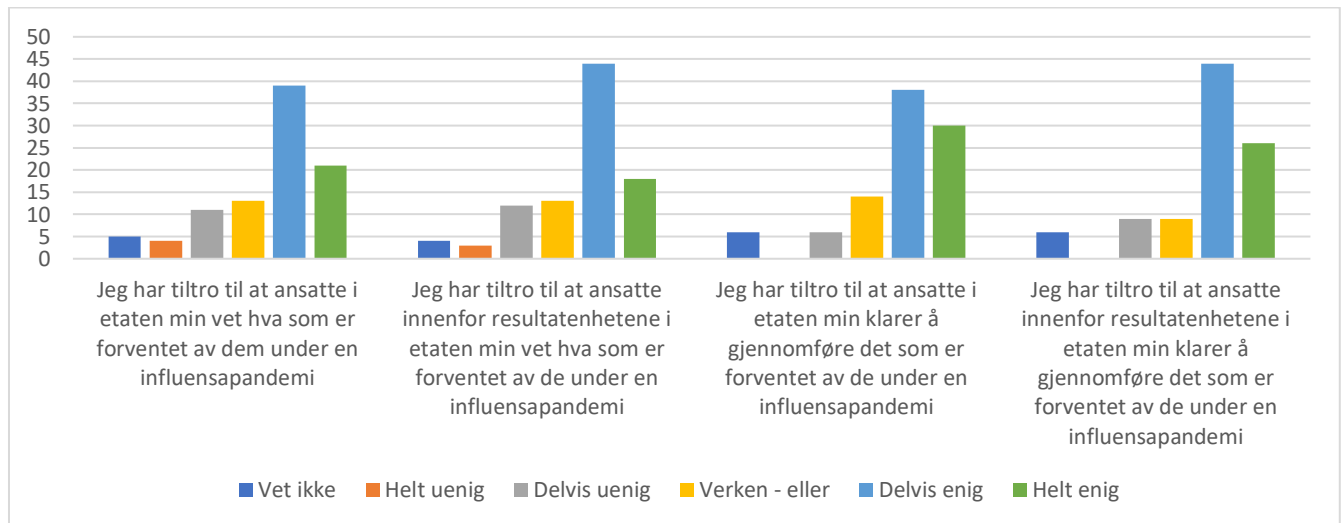


DIAGRAM 6. 1: TOTAL SVARFORDELING PÅ SPØRSMÅLENE RELATERT TIL «TILTRO TIL ANDRES KOMPETANSE»

Generelt fremkommer det fra diagrammet at svarfordelingen venter på «delvis enig». Nærmere beskrivelse er gitt i tabell 6.4

TABELL 6. 4: SAMLEDE OG INDIVIDUELLE GJENNOMSNITTSVERDIER FOR DE ORGANISATORISKE NIVÅENE ANGÅENDE SPØRSMÅLENE/VARIABLENE SOM SKAL MÅLE TILTRO TIL ANDRES KOMPETANSE (I).

| Spørsmål/variabel | Gjennomsnitt (M) | Median (\tilde{X}) | Modus (Mo) | Standard- avvik (SD) | Varians (σ^2) | Min | Maks |
|------------------------------------|---------------------|---------------------------|-----------------|-------------------------|---------------------------|----------|----------|
| 1) | 3.70 | 4.00 | 4 | 1.105 | 1.222 | 1 | 5 |
| <i>Helsefaglig ansatt</i> | 3.49 | 4.00 | 4 | 1.073 | 1.151 | 1 | 5 |
| <i>Leder/administrativ støtte</i> | 4.18 | 4.00 | 4 | .869 | .756 | 2 | 5 |
| <i>Etatsnivå</i> | 4.00 | 4.00 | 4 | .816 | .667 | 3 | 5 |
| <i>SKM</i> | 2.91 | 3.00 | 4 | 1.375 | 1.891 | 1 | 5 |
| 2) | 3.69 | 4.00 | 4 | 1.046 | 1.093 | 1 | 5 |
| <i>Helsefaglig ansatt</i> | 3.55 | 4 | 4 | 1.032 | 1.065 | 1 | 5 |
| <i>Leder/ administrativ støtte</i> | 3.94 | 4 | 4 | .938 | .879 | 2 | 5 |
| <i>Etatsnivå</i> | 3.75 | 3.50 | 3 | .957 | .917 | 3 | 5 |
| <i>SKM</i> | 3.38 | 4 | 4 | 1.325 | 1.756 | 1 | 5 |
| 3) | 4.05 | 4.00 | 4 | .883 | .903 | 2 | 5 |
| <i>Helsefaglig ansatt</i> | 3.97 | 4 | 4 | .866 | .749 | 2 | 5 |
| <i>Leder/administrativ støtte</i> | 4.29 | 4 | 4 | .710 | .504 | 2 | 5 |
| <i>Etatsnivå</i> | 4.25 | 4.50 | 5 | .957 | .917 | 3 | 5 |
| <i>SKM</i> | 3.50 | 3.50 | 2 ¹³ | 1.168 | 1.364 | 2 | 5 |
| 4) | 3.99 | 4.00 | 4 | .903 | .816 | 2 | 5 |
| <i>Helsefaglig ansatt</i> | 3.89 | 4.00 | 4 | .809 | .655 | 2 | 5 |
| <i>Leder/ administrativ støtte</i> | 4.23 | 4.00 | 4 | .770 | .593 | 2 | 5 |
| <i>Etatsnivå</i> | 4.25 | 4.50 | 5 | .957 | .917 | 3 | 5 |
| <i>SKM</i> | 3.50 | 3.50 | 2 ¹⁴ | 1.314 | 1.727 | 2 | 5 |

Mellom etatene var det generelt en høyere gjennomsnittsverdi i etat for sykehjem ($M_1=3.62$, $M_2=3.56$, $M_3=4.08$, $M_4=4.03$) enn i etat for hjemmebaserte tjenester ($M_1=4.03$, $M_2=3.92$, $M_3=4.19$, $M_4=4.11$), spesielt angående tiltro til at ansatte visste hva som var forventet av dem (spørsmål 1 og 2). Det var ganske høy tiltro i begge etatene til at de ansatte klarte å gjennomføre det som var forventet av dem. Medianen og modusen var identisk i forhold til de samlede gjennomsnittsverdiene for alle respondentene. Samtidig var standardavviket¹⁵ og variansen for de to første variablene betydelig større i etat for hjemmebaserte tjenester sammenlignet med etat for sykehjem¹⁶. Forskjellen var relativ stor i forhold til spørsmål 3, mens den var ubetydelig

¹³ 2 og 4

¹⁴ 2 og 4

¹⁵ Etat for hjemmebaserte tjenester: ($SD_1=1.138$, $SD_2=1.165$, $SD_3=.870$, $SD_4=.811$), ($\sigma^2_1=1.296$, $\sigma^2_2=1.358$, $\sigma^2_3=.757$, $\sigma^2_4=.657$)

¹⁶ Etat for sykehjem: ($SD_1=.854$, $SD_2=.749$, $SD_3=.739$, $SD_4=.809$), ($\sigma^2_1=.729$, $\sigma^2_2=.561$, $\sigma^2_3=.547$, $\sigma^2_4=.655$)

for spørsmål 4. Detaljert oversikt over svarfordelingen mellom og innad etatene er gitt i **vedlegg 1**.

6.4.2 Tiltro til egen kompetanse

Svarfordelingen for spørsmålene knyttet til egen kompetanse er vist i diagram 6.2.

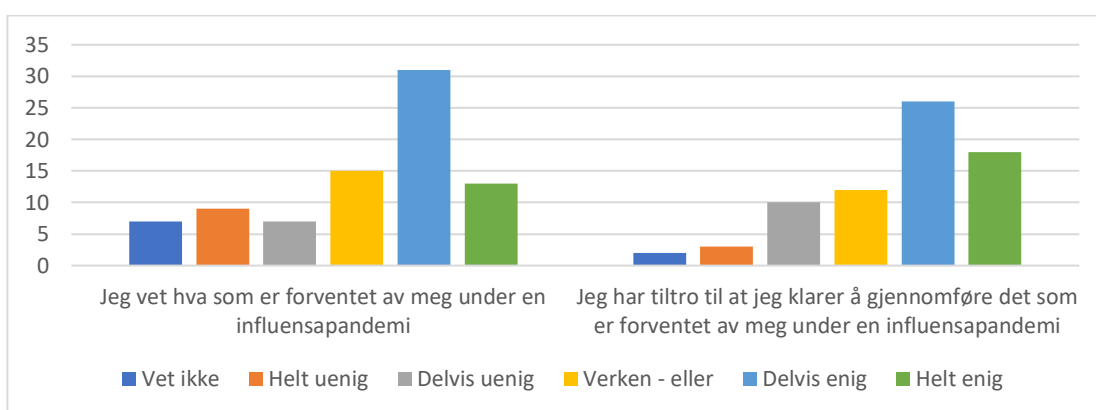


DIAGRAM 6. 2: TOTAL SVARFORDELING PÅ SPØRSMÅLENE RELATERT TIL «TILTRO TIL EGEN KOMPETANSE»

Generelt er svarfordelingen vektet rundt «delvis enig». Det er nærmere beskrevet i tabell 6.5.

TABELL 6. 5: SAMLEDE OG INDIVIDUELLE GJENNOMSNITTSVERDIER FOR DE ORGANISATORISKE NIVÅENE ANGÅENDE SPØRSMÅLENE/VARIABLENE SOM SKAL MÅLE TILTRO TIL EGEN KOMPETANSE (II).

| Spørsmål/variabel | Gjennomsnitt | Median | Modus | Standard -avvik | Varians | Min | Maks |
|-----------------------------|--------------|-------------|-----------------|-----------------|--------------|----------|----------|
| 1) | 3.43 | 4.00 | 4 | 1.232 | 1.518 | 1 | 5 |
| Helsefaglig ansatt | 2.63 | 3.00 | 4 | 1.190 | 1.417 | 1 | 4 |
| Leder/ administrativ støtte | 4.14 | 4.00 | 4 | .762 | .580 | 2 | 5 |
| Etatsnivå | 4.00 | 4.00 | 4 | .816 | .667 | 3 | 5 |
| 2) | 3.84 | 4.00 | 5 | 1.159 | 1.344 | 1 | 5 |
| Helsefaglig ansatt | 3.32 | 3.00 | 2 ¹⁷ | 1.338 | 1.789 | 1 | 5 |
| Leder/ administrativ støtte | 4.30 | 4.00 | 4 | .661 | .437 | 3 | 5 |
| Etatsnivå | 4.50 | 5.00 | 5 | 1.000 | 1.000 | 3 | 5 |

¹⁷ 2 og 4

Trendene fra tabell 6.5 viser en høyere gjennomsnittlig tiltro til å klare det som er forventet i etat for hjemmebaserte tjenester ($M_1=3.16$, $M_2=4.03$), enn for ansatte i etat for sykehjem ($M_1=3.70$, $M_2=64$). Samtidig er ansatte i etat for hjemmebaserte tjenester mindre klar på hva som er forventet av dem enn ansatte i etat for sykehjem. Median og modus for spørsmålene i etat for sykehjem er identiske med de gjennomsnittlige verdiene, men medianen for ansatte i etat for hjemmebaserte er lavere enn gjennomsnittsverdien for det første spørsmålet ($\tilde{x}_1=3.50$, $\tilde{x}_2=4.00$). Modus i denne etaten er også høyere enn gjennomsnittsverdien for det andre spørsmålet ($Mo_1=4$, $Mo_2=5$). Standardavviket og variansen for spørsmål 1¹⁸ ved etat for hjemmebaserte tjenester er større enn gjennomsnittsverdien, mens den er lavere enn den gjennomsnittlige verdien for spørsmål 2. For etat for sykehjem er det motsatt¹⁹. **Vedlegg 2** oppgir deskriptiv statistikk og en mer detaljert svaroversikt innad og mellom hver etat.

Helsefaglige ansatte ble også stilt et annet spørsmål som kan ses i sammenheng med spørsmålene knyttet til egen kompetanse: «Jeg opplever at jeg har fått god nok opplæring i hvordan jeg skal utføre det som er forventet av meg under en influensapandemi». 47.5% av respondentene svarte «svært uenig» eller «delvis uenig», mens 30% svarte «helt enig» eller «delvis enig». Gjennomsnittet var 2.58, medianen var 2 og modusen var delt mellom 1 og 4. Variansen og standardavviket var på henholdsvis 1.736 og 1.317. Svarfordelingen er oppgitt i **vedlegg 2**.

6.4.3 Om det er konsensus om hvor omfattende beredskapsarbeidet skal være

Svarfordelingen ved spørsmålene knyttet til «om det er en konsensus om hvor omfattende beredskapsarbeidet skal være» var nokså varierende. Den totale svarfordelingen mellom de forskjellige organisatoriske nivåene er vist i diagram 6.3.

¹⁸ ($SD_1=1.305$, $SD_2=1.097$), ($Mo_1=1.704$, $Mo_2=1.204$)

¹⁹ ($SD_1=1.102$, $SD_2=1.203$), ($Mo_1=1.215$, $Mo_2=1.447$)

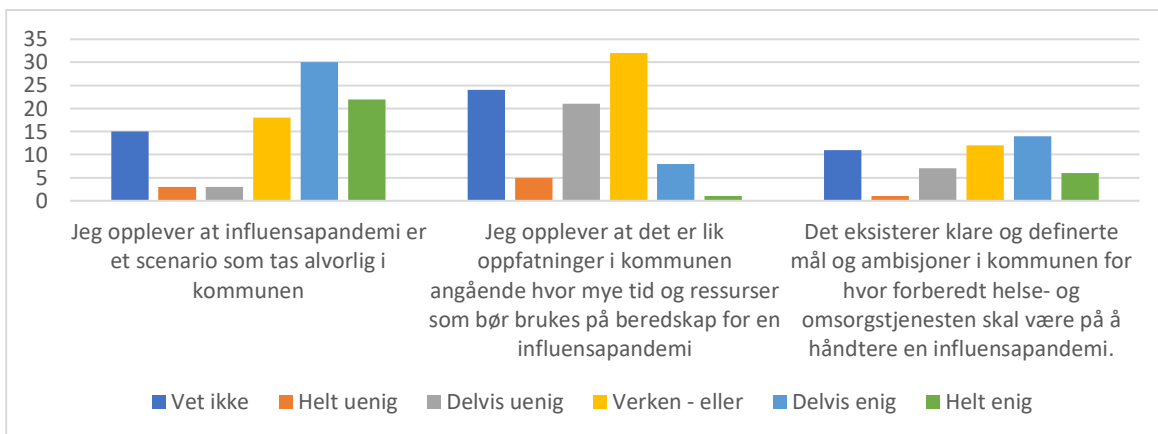


DIAGRAM 6. 3: TOTAL SVARFORDELING PÅ SPØRSMÅLENE RELATERT TIL «KONSENSUS AV HVOR OMFATTENDE BEREDSKAP SARBEIDET SKAL VÆRE»

Videre er deskriptiv statistikk på bakgrunn av svarfordelingen på spørsmålene oppgitt i tabell 6.6.

TABELL 6. 6: SAMLEDE OG INDIVIDUELLE GJENNOMSNITTSVERDIER FOR DE ORGANISATORISKE NIVÅENE ANGÅENDE SPØRSMÅLENE/VARIABLENE SOM SKAL MÅLE «KONSENSUS AV HVOR OMFATTENDE BEREDSKAP SARBEIDET SKAL VÆRE» (III).

| Spørsmål/variabel | Gjennom-snitt | Median | Modus | Standard-avvik | Varians | Min | Maks |
|----------------------------|---------------|-------------|-----------------|----------------|--------------|----------|----------|
| 1) | 3.86 | 4.00 | 4 | 1.016 | 1.032 | 1 | 5 |
| Helsefaglig ansatt | 3.59 | 4.00 | 4 | 1.214 | 1.475 | 1 | 5 |
| Leder/administrativ støtte | 4.00 | 4.00 | 4 | .707 | .500 | 3 | 5 |
| Etatsnivå | 4.25 | 4.50 | 5 | .957 | .917 | 3 | 5 |
| SKM | 4.14 | 5.00 | 5 | 1.215 | 1.476 | 2 | 5 |
| 2) | 2.69 | 3.00 | 3 | .839 | .703 | 1 | 5 |
| Helsefaglig ansatt | 2.50 | 4.00 | 4 | .923 | .852 | 1 | 5 |
| Leder/administrativ støtte | 2.93 | 3.00 | 3 | .716 | .513 | 2 | 4 |
| Etatsnivå | 2.50 | 2.50 | 2 ²⁰ | .577 | .333 | 2 | 3 |
| SKM | 2.57 | 3 | 3 | .976 | .952 | 1 | 4 |
| 3) | 3.43 | 3.50 | 4 | 1.035 | 1.071 | 1 | 5 |
| Leder/administrativ støtte | 3.45 | 4.00 | 4 | 1.021 | 1.042 | 1 | 5 |
| Etatsnivå | 3.00 | 3.00 | 3 | .816 | .667 | 2 | 4 |
| SKM | 3.57 | 4 | 2 ²¹ | 1.272 | 1.619 | 2 | 5 |

30% av de helsefaglige ansatte i resultatene svarte «vet ikke» på spørsmål 2, og 20% svarte på spørsmål 1. For ledere/administrativ støtte var det 24% av respondentene svarte «vet ikke»

²⁰ Både 2 og 3

²¹ 2,4 og 5

på spørsmål 2, mens 21% svarte «vet ikke» på spørsmål 3. Det var ingen som svarte «vet ikke» på noen av spørsmålene på etatsnivå, og for ansatte ved SKM var det 30% som svarte «vet ikke» på alle spørsmålene. Det var ikke en betydelig andel som svarte «vet ikke» for spørsmålene som ikke er nevnt.

Mellom etatene var det et generelt lavere gjennomsnitt i etat for hjemmebaserte tjenester ($M_1=3.76$, $M_2=2.61$, $M_3=2.93$) sammenlignet med etat for sykehjem ($M_1= 3.89$, $M_2=2,79$, $M_3=3.78$). Medianene var identiske ved spørsmål 1 og 2, men litt høyere i etat for sykehjem ved spørsmål 3 (3.00 mot 4.00). Modusen var identisk for spørsmål 1, men generelt et svaralternativ høyere i etat for sykehjem ved de to andre spørsmålene²². Standardavviket er noe høyere i etat for hjemmebaserte tjenester, og dette er også tilfellet i forhold til variansen. Detaljert svarfordeling og deskriptiv statistikk er vist i **vedlegg 3**.

6.4.4 Kommunikasjon og kommunikasjonskanaler

Svarfordelingen for spørsmålene knyttet opp mot kommunikasjon og kommunikasjonskanaler viste seg også å være svært varierende, jf. Diagram 6.4.

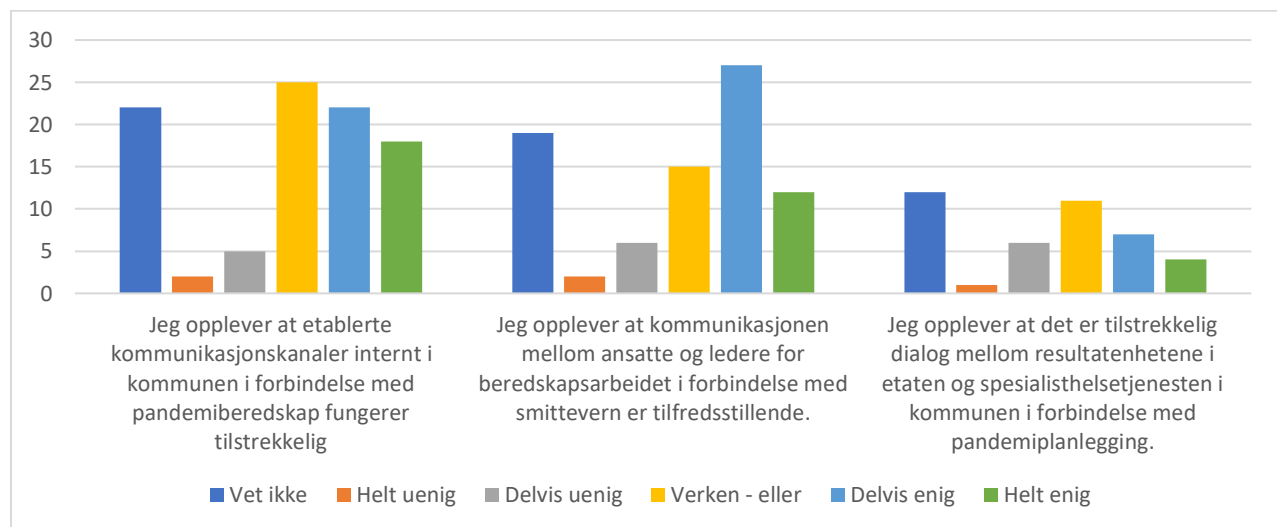


DIAGRAM 6. 4: TOTAL SVARFORDELING PÅ SPØRSMÅLENE RELATERT TIL ETABLERT KOMMUNIKASJON OG KOMMUNIKASJONSKANALER

²² Etat hjemmebaserte tjenester: ($M_1=4$, $M_2=2$, $M_3=3^{22}$, ($SD_1=1.075$, $SD_2=.919$, $SD_3=.961$), ($\sigma^2_1=1.155$, $\sigma^2_2=.845$, $\sigma^2_3=.924$)

Etat for sykehjem: ($M_1=4$, $M_2=3$, $M_3=4$), ($SD_1=.932$, $SD_2=.726$, $SD_3=.878$), ($\sigma^2_1=.869$, $\sigma^2_2=.527$, $\sigma^2_3=.771$)

En stor del av respondentene svarte «vet ikke» på samtlige spørsmål. Fra den samlede svarfordelingen ser man at det er en mindre andel som har svart enten «svært uenig» eller «delvis enig». Nærmere oversikt blir gitt i tabell 6.7.

TABELL 6. 7: SAMLEDE OG INDIVIDUELLE GJENNOMSNITTSVERDIER FOR DE ORGANISATORISKE NIVÅENE ANGÅENDE SPØRSMÅLENE/VARIABLENE SOM SKAL MÅLE «KOMMUNIKASJON OG KOMMUNIKASJONSKANALER» (IV)

| Spørsmål/variabel | Gjennomsnitt | Median | Modus | Standardavvik | Varians | Min | Maks |
|-----------------------------------|--------------|-------------|-----------------|---------------|--------------|----------|----------|
| 1) | 3.68 | 4.00 | 3 | 1.019 | 1.037 | 1 | 5 |
| <i>Helsefaglig ansatt</i> | 3.57 | 3 | 3 | .774 | .599 | 2 | 5 |
| <i>Leder/administrativ støtte</i> | 3.90 | 4 | 5 | 1.094 | 1.197 | 1 | 5 |
| <i>Etatsnivå</i> | 4.00 | 4 | 3 ²³ | 1.000 | 1.000 | 3 | 5 |
| <i>SKM</i> | 3.22 | 3.00 | 2 ²⁴ | 1.394 | 1.944 | 1 | 5 |
| 2) | 3.66 | 4.00 | 4 | 1.007 | 1.736 | 1 | 5 |
| <i>Helsefaglig ansatt</i> | 3.52 | 4 | 4 | 1.090 | 1.187 | 1 | 5 |
| <i>Leder/administrativ støtte</i> | 3.80 | 4 | 4 | .961 | .924 | 2 | 5 |
| <i>Etatsnivå</i> | 3.67 | 4 | 4 | .577 | .333 | 3 | 4 |
| 3) | 3.24 | 3.00 | 3 | 1.057 | 1.118 | 1 | 5 |
| <i>Leder/administrativ støtte</i> | 3.31 | 3 | 3 | 1.011 | 1.022 | 2 | 5 |
| <i>Etatsnivå</i> | 2.67 | 3.00 | 1 ²⁵ | 1.528 | 2.333 | 1 | 4 |

25% av de helsefaglige ansatte svarte «vet ikke» på spørsmål 1, mens 27.5% svarte «vet ikke» på spørsmål 2. For ledere/administrativ støtte var det henholdsvis 18.9%, 18.9% og 29.7% som svarte «vet ikke» på de ulike spørsmålene. 25% av respondentene på etatsnivå svarte «vet ikke» på hvert spørsmål, men det var svært få respondenter fra etatsnivå. På det siste spørsmålet var det 30.8% av respondentene ved SKM som svarte «vet ikke». Deskriptiv statistikk og svarfordelingen mellom og innad i etatene er listet i **vedlegg 4**.

²³ Like mange på 3, 4 og 5

²⁴ Delt mellom 2, 3, 4 og 5

²⁵ Delt mellom 1, 3 og 4

6.4.5 Planverk og planlegging

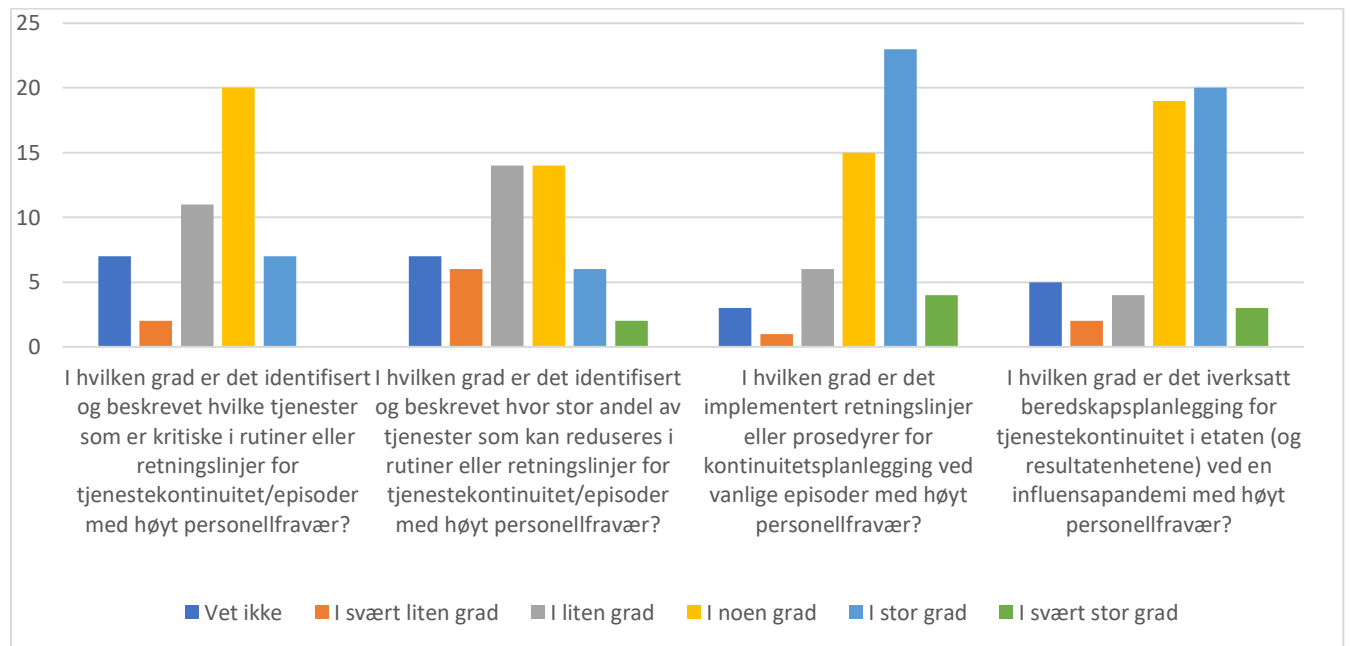


DIAGRAM 6. 5: TOTAL SVARFORDELING PÅ SPØRSMÅLENE RELATERT TIL ETABLERT PLANVERK

For de to første spørsmålene var fordelingen vektet rundt «Verken – eller» eller «delvis uenig», mens vekten av svarfordelingen på de to siste spørsmålene lå på «delvis enig» eller «verken – eller».

TABELL 6. 8: SAMLEDE OG INDIVIDUELLE GJENNOMSNIITTSVERDIER FOR DE ORGANISATORISKE NIVÅENE ANGÅENDE SPØRSMÅLENE/VARIABLENE KNYTTET TIL PLANVERK (v)

| Spørsmål/variabel | Gjennomsnitt | Median | Modus | Standardavvik | Varians | Min | Maks |
|----------------------------|--------------|-------------|-----------------------|---------------|--------------|----------|----------|
| 1) | 2.80 | 3.00 | 3 | .791 | .626 | 1 | 4 |
| Leder/administrativ støtte | 2.81 | 3.00 | 3 | .822 | .675 | 1 | 4 |
| Etatsnivå | 2.75 | 3.00 | 3 | .500 | .250 | 2 | 3 |
| 2) | 2.62 | 3.00 | 2²⁶ | 1.058 | 1.120 | 1 | 5 |
| Leder/administrativ støtte | 2.63 | 3.00 | 2 ²⁷ | 1.076 | 1.076 | 1 | 5 |
| Etatsnivå | 2.50 | 2.00 | 2 | 1.000 | 1.000 | 2 | 4 |
| 3) | 3.47 | 4.00 | 4 | .892 | .796 | 1 | 5 |
| Leder/administrativ støtte | 3.41 | 4.00 | 4 | .897 | .805 | 1 | 5 |
| Etatsnivå | 4.00 | 4.00 | 4 | .707 | .500 | 3 | 5 |

²⁶ To ulike moduser. Den laveste er vist. Det er like mange som svarer «i liten grad og «i noen grad»

²⁷ Både 2 og 3

| | | | | | | | |
|----------------------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|----------|----------|
| 4) | 3.38 | 3.00 | 4 | .890 | .793 | 1 | 5 |
| Leder/administrativ støtte | 3.35 | 3.00 | 4 ²⁸ | .923 | .852 | 1 | 5 |
| Etatsnivå | 3.60 | 3.00 | 4 | .548 | .300 | 3 | 4 |

For de to første spørsmålene var det henholdsvis 16.2% og 15.6% av respondentene som svarte «vet ikke» for ledere /administrativ støtt.. Ingen av respondentene på etatsnivå svarte «vet ikke». Forskjellene i svarfordeling og deskriptiv statistikk mellom nivåene er listet i **vedlegg 5**.

Helsefaglige ansatte fikk også spørsmålet «I hvilken grad er ansattgruppen involvert i planleggingen for å møte hendelser/episoder med høyt personellfravær? f.eks. gjennom ansattrepresentanter, verneombud, kvalitetsrådgivere, ressurspersoner m.fl.?». Gjennomsnittet var 2.62, medianen 2.62, mens modusen var 3. Standardavviket og variansen var henholdsvis 1.023 og 1.46.

Det andre spørsmålet som ble stilt ansattgruppen var: I hvilken grad er du kjent med at det finnes planer for beredskap og tjenestekontinuitet i din etat ved episoder med høyt personellfravær? Gjennomsnittet lå på 2.68, mens medianen og modusen var 3 for begge. Standardavviket var på 1.132 og variansen var på 1.281. Fordelingen mellom etatene var nærmest identisk. Svarfordelingene på disse to spørsmålene er listet i diagram 6.6.

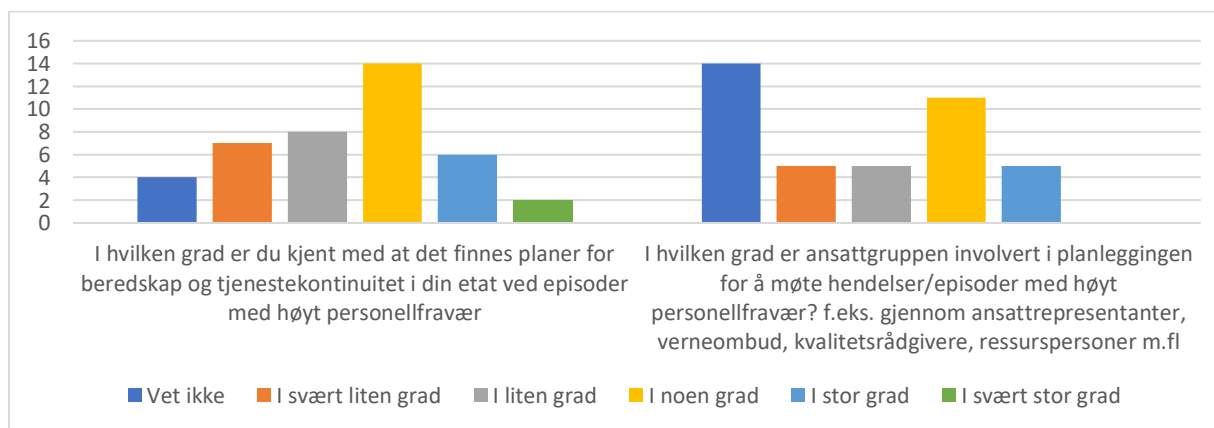


DIAGRAM 6. 6: TOTAL SVARFORDELING FOR SPØRSMÅL RELATERT TIL PLANVERK FOR HELSEFAGLIGE ANSATTE

²⁸ Både 3 og 4

I tillegg ble det stilt to spørsmål som kan relateres til planverket. Det første var: «*Ca. hvor høyt personellfravær (i prosent %) antar du at arbeidsplassen din kan tåle dersom man skal opprettholde de kritiske tjenestene som er identifisert?*». Svarfordelingen og deskriptiv statistikk mellom etatene er oppgitt i **vedlegg 5**. Dette gjelder også det andre spørsmålet: «Jeg opplever at mine krav til personlig sikkerhet vil bli ivaretatt under en influensapandemi».

6.5 Avdelinger

Totalt var det n=90 respondenter som besvarte spørsmålet «*Tror du at enkelte avdelinger (innenfor egen byrådsavdeling) vil ha større problemer enn andre til å opprettholde nødvendig tjenesteproduksjon under en pandemisk influensa med et personellfravær på 20%?*». 30 (33.33%) respondenter svarte «vet ikke», mens 10 (11.11%) respondenter svarte «nei».

De resterende 50²⁹ (55.56%) respondentene, som svarte «ja», ble stilt oppfølgingsspørsmålet «*Hvilket tjenesteområde (innenfor egen byrådsavdeling) tror du vil ha størst problemer med å opprettholde nødvendig tjenesteproduksjon under en influensapandemi med 20% personellfravær?*». Alle de ulike tjenesteområdene innunder etat for hjemmebaserte tjenester og etat for sykehjem ble listet opp, og dette ble gjennomgått på møte sammen med representanter fra kommunen. Det kan diskuteres om det var hensiktsmessig å gå fra «avdeling» til «tjenesteområde» for oppfølgingsspørsmålet. Jeg begrunner dette valget ved å først spørre respondentene på mikronivå, for så å spørre på makronivå. Dersom man ikke mener at enkelte avdelinger vil ha større problemer enn andre, er det ikke nærliggende å mene at enkelte tjenesteområder vil ha større problemer enn andre. Hver avdeling går innunder et av tjenesteområdene som er oppgitt i spørsmålet.

Respondentene kunne svare flere tjenesteområder, og det var også muligheter å svare «andre». Dette alternativet ble brukt fordi det står «innenfor egen byrådsavdeling» i spørsmålet. Dermed er det mulig for respondentene å svare tjenesteområder innenfor andre etater. I tillegg kunne respondentene svare «vet ikke». Dette alternativet ble brukt på samme måte som «vet ikke» i forhold til Likert-skalaen, som ble forklart i metodekapittelet. Det kan også tenkes at

²⁹ 8 ansatte ved SEK, 2 ansatte på etatsnivå, 18 ansatte på resultatenhetsnivå (leder eller administrativ støtte) og 22 faglige ansatte på resultatenhetsnivå

respondentene mener at enkelte avdelinger vil ha større problemer enn andre, men at de ikke er sikre på hvilke som vil ha størst problemer. Totalt var det 7 (5.1%) respondenter som svarte dette alternativet, og disse ble ikke tatt med i diagram 6.7.

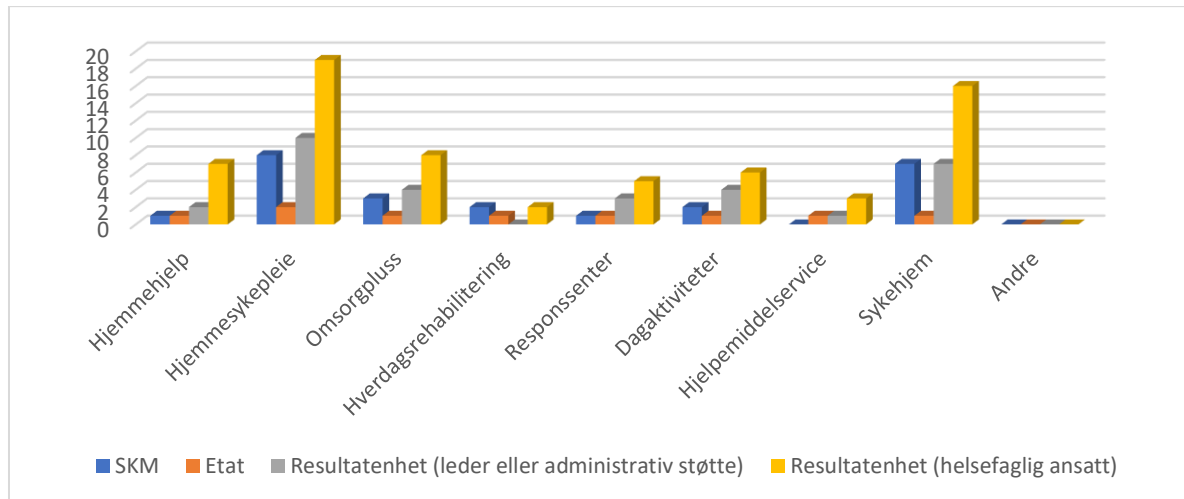


DIAGRAM 6. 7: SVARFORDELING AV HVILKET TJENESTEOMRÅDE MAN MENER VIL HA STØRST PROBLEMER UNDER EN INFLUENSAPANDEMI

Totalt ble det krysset av 137 ganger fordelt på de 50 ulike respondentene. Hjemmesykepleie og sykehjem stod for henholdsvis 39 (28.5%) og 31 (22.6%) av svarene fra respondentene, og var alternativene som respondentene svarte klart mest (Omsorgpluss var nest mest med 16 (11.7%)). Respondentene ble deretter igjen stilt et oppfølgingsspørsmål der det var ønskelig at de skulle utdype hvorfor de mente at disse områdene ville få større problemer enn andre.

Totalt var det 25 respondenter som valgte å utdype hvorfor de mente at enkelte ville ha større problem enn andre. Alle disse oppga at hjemmesykepleie var et av områdene som ha størst problemer. De kvalitative svarene ble fordelt i tre overordnede kategorier:

1. Mangel på tilstrekkelig personell. Fem av respondentene svarte innunder dette punktet, og hovedsakelig var årsaken mangel på vikarer.
2. Mangel på kompetanse. Seks av respondentene svarte at dette var hovedårsaken, og to stykker svarte at sykepleiermangelen i Norge fører til at tjenesten er presset nok slik den allerede er. Det blir nødvendig å måtte prioritere mellom tjenestene som igjen fører til at enkelte tjenester ikke blir gjennomført.

3. Høy grad av utfordrende og/eller livsnødvendig helsehjelp som ikke kan reduseres uten at det er uforsvarlig. Eksempelvis at tjenesteområdet er spesielt utsatt fordi det krever døgnbemanning. 14 respondenter svarte innunder dette punktet.

Det må understrekes at skillet mellom disse kategoriene er hårfine, men jeg velger å kategorisere de basert på hvordan respondentene har ordlagt seg.

6.6 Signifikante forskjeller og hypotesetesting.

I dette delkapittelet vil jeg gå gjennom de ulike faktorene og spørsmålene knyttet til faktorene. Kruskal- Wallis testen ble anvendt for å avdekke signifikante forskjeller mellom de organisatoriske nivåene som helhet og innad i de to etatene, og Mann – Whitney U Test for å studere forskjellen mellom etatene.

6.6.1 Tiltro til andre sin kompetanse

i) mellom nivå

I forhold til «tiltro til andres kompetanse» ble det gjennomført en Kruskal- Wallis- test for å studere forskjellen mellom de ulike organisatoriske nivåene. De ulike spørsmålene knyttet til temaet ble listet opp som nullhypoteser. Testen viste at fordelingen var statistisk signifikant mellom de ulike nivåene for det første spørsmålet, «jeg har tiltro til at ansatte i etaten min vet hva som er forventet av dem under en influensapandemi», $\chi^2_{1(3)} = 13.32$, $p = 0.04$. Svarfordelingen ble vurdert som forskjellig basert på en visuell inspeksjon av boksdiagrammet i testen. Følgende ble det gjennomført parvise sammenligninger ved å bruke Dunn's (1964) prosedyre. Benferroni korreksjonen ble deretter gjennomført for flere sammenligninger. Post-hoc analysen viste til en signifikant forskjell mellom SKM (mean rank= 29.73) og ledere/administrativ støtte ved resultatenehetene (mean rank= 55.35) ($p = .013$), samt ledere/administrativ støtte og helsefaglige ansatte ved resultatenehetene (mean rank 38.74) ($p = .020$). Det var ikke mulig å avdekke signifikante forskjeller mellom andre nivåer eller ved andre spørsmål.

ii) Mellom etatene

For å undersøke om det eksisterte signifikante forskjeller mellom etatene, ble det utført en Mann-Whitney -U- test. Testen viste ingen signifikante forskjeller.

iii) Kruskal- Wallis testen ble dermed gjennomført for å avdekke forskjeller mellom ansatte innad i hver etat. Testen ga ingen utslag for ansatte ved etat for hjemmebaserte tjenester. For etat for sykehjem ble det avdekke signifikante forskjeller for det første spørsmålet, $\chi^2_{1(2)} = 9.900$, $p = 0.07$. Boksdiagrammet viste like bokser for de to laveste nivåene, mens det ikke var noen svarfordeling på etatsnivå grunnet antall respondenter ($N=1$). Post hoc-testen avdekket en signifikant forskjell mellom ledere/administrativ støtte (mean rank= 24.76) og helsefaglige ansatte ved resultatenhetene (mean rank=14.03) ($p=.005$). Det var ingen andre signifikante forskjeller.

6.6.2 Tiltro til egen kompetanse

i) Sammenligning mellom organisatoriske nivåer

Det ble gjennomført en Kruskal Wallis- test om det eksisterte forskjeller mellom nivåene basert på vurdering av egen kompetanse. Testen viste signifikante forskjeller i forbindelse med det første spørsmålet, $\chi^2_{1(2)} = 27.828$, $p = <0.0005$. Visuell tolkning av boksdiagrammet viste forskjeller i svarfordelingen mellom nivåene. Post hoc- testen fant en signifikant forskjell mellom ledere/administrativ støtte (mean rank=50.19) og helsefaglige ansatte i resultatenhetene (mean rank=24.46) ($p < 0.0005$).

Spørsmål 2 ga også signifikante forskjeller $\chi^2_{2(2)} = 11.759$, $p = 0.001$. Boksdiagrammet viste forskjeller i svarfordelingen mellom nivåene. Post hoc- testen ga signifikant utslag mellom ledere/administrativ støtte (mean rank=47.39) og helsefaglig ansatte ved resultatenhetene (mean rank=31.33) ($p = .009$).

ii) Sammenlignet mellom etatene

For å sammenligne etatene, ble det brukt en Mann-Whitney U test. Testene viste ingen forskjeller mellom etatene, men det første spørsmålet viste en signifikant forskjell på $p > .10$. Derfor valgte jeg å undersøke dette punktet videre.

Dersom «vet ikke» blir tatt med i analysen, blir svaret noe annet, og det ble vist signifikante forskjeller for spørsmål 1 mellom etatene ($p = .031$). Sammenligner man denne fordelingen med fordelingen innad i hver etat, kan man se at det er relativt store forskjeller i svarfordelingen.

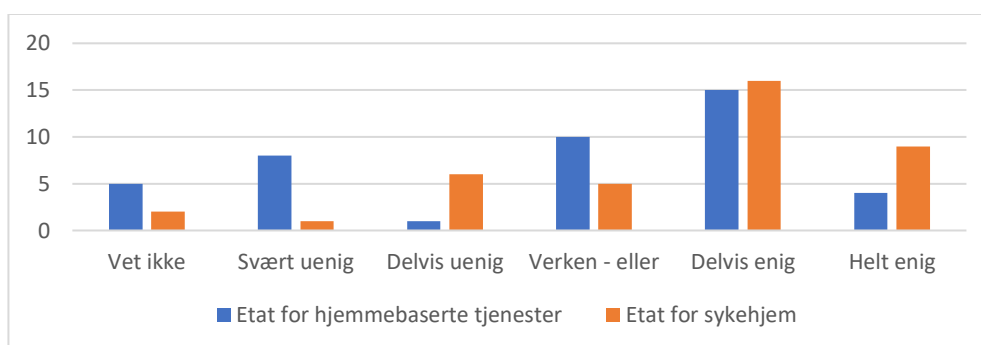


DIAGRAM 6. 8: SVARFORDELING FOR «JEG VET HVA SOM ER FORVENTET AV MEG UNDER EN INFLUENSAPANDEMI» MELLOM ETATENE

I etat for hjemmebaserte tjenester svarte en større proporsjon «verken – eller» eller «vet ikke» sammenlignet med etat for sykehjem. Det gjelder også «svært uenig».

iii) Forskjeller mellom ansatte innad i de ulike etatene ble analysert ved hjelp av Kruskal- Wallis testen. For etat for hjemmebaserte tjenester var det bare spørsmålet 1 som ga signifikant utslag mellom nivåene, $\chi^2_1(2) = 9.411$, $p = 0.009$. Boksdiagrammet viste forskjeller i svarfordelingen. Post-hoc -testen ga signifikante forskjeller mellom ledere/administrativ støtte (mean rank=24.54) og helsefaglige ansatte i resultatenehetene (mean rank= 14.24) ($p = .013$).

For etat for sykehjem ga begge testen signifikant utslag for begge spørsmålene. Spørsmål 1, $\chi^2_1(2) = 18.875$, $p < 0.001$, hadde ikke lik svarfordeling basert på boksdiagrammet, og post hoc- testen avdekket forskjeller mellom ledere/administrativ støtte (mean rank =25.60) og helsefaglig ansatte i resultatenehetene (mean rank= 10.66) ($p < .001$). Spørsmål 2, $\chi^2_2(2) = 14.927$, $p = .001$, hadde heller ikke lik svarfordeling, og post hoc- testen viste også signifikante forskjeller mellom helsefaglige ansatte (mean rank=12.78) og ledere/administrativ støtte (mean rank= 25.80) ($p = .001$).

6.6.3 Konsensus om hvor omfattende beredskapsarbeidet skal være

i) I forbindelse med spørsmålene knyttet til denne faktoren ble Kruskal- Wallis testen anvendt for å avdekke om det var signifikante forskjeller mellom de fire organisatoriske nivåene som helhet. Testen viste ingen signifikante forskjeller.

ii) Mellom etatene ble det brukt en Mann-Whitney-U-test. Svarfordelingen mellom etatene var ikke lik ved visuell inspeksjon av boksdiagrammet. Resultatet var signifikant for spørsmål 3: «*Det eksisterer klare og definerte mål og ambisjoner i kommunen for hvor forberedt helse- og omsorgstjenesten skal være på å håndtere en influensapandemi*». Ansatte ved etat for hjemmebaserte tjenester hadde et signifikant lavere resultat (mean rank= 12.97) enn ansatte ved etat for sykehjem (mean rank=20.36). (U=195.500, p=.022).

iii) For å avdekke forskjeller mellom nivåene innad i etatene ble Kruskal- Wallis-testen anvendt. Det var ikke mulig å avdekke forskjeller ved etat for sykehjem, mens det var kun spørsmål 3 som ga signifikante forskjeller ved etat for hjemmebaserte tjenester, $\chi^2_3(2) = 7.660$, p=.022. Visuell vurdering av boksdiagrammet viste at det var ulik fordeling mellom nivåene. Post hoc-testen avdekket signifikante forskjeller mellom resultatensledere/administrativ støtte (mean rank= 21.04) og helsefaglige ansatte (mean rank= 12.20) (p=.021).

6.6.4 Kommunikasjon og kommunikasjonskanaler

i) Kruskal-Wallis-testen anvendt på spørsmålene knyttet til kommunikasjon og kommunikasjonskanaler, avdekket ingen signifikante forskjeller mellom de organisatoriske nivåene som helhet. Siden noen av disse spørsmålene ikke ble stilt til samtlige ansatte på alle nivåene, bestemte jeg meg for å kjøre en Mann-Whitney- U test rettet mot ledere (eller administrativt ansatte) ved resultatenshetene og ansatte på etatsnivå. Den viste heller ingen signifikante forskjeller.

ii) Det var ikke mulig å avdekke signifikante forskjeller mellom etatene etter anvendt Mann Whitney U -test, og det var heller ingen signifikante forskjeller mellom ansatte innad i de to etatene basert på Kruskal- Wallis testen.

6.6.5 Planer og planlegging

i) Det ble ikke gjennomført tester for å avdekke forskjeller mellom de organisatoriske nivåene. Dette begrunnes med at det hovedsakelig er ansatte på etatsnivå og ledere/administrativ støtte spørsmålene dreier seg. Det lave svarantallet blant ansatte på etatsnivå gjør at det ikke er hensiktsmessig å gjennomføre en Mann-Whitney-test mellom ansatte på etatsnivå og resultatenhetslederne/administrativ støtte (Laerd Statistics, 2015b).

ii) Mellom etatene ble det brukt en Mann Whitney- U test. Testen viste kun signifikante forskjeller mellom etatene for spørsmålene knyttet til identifisering av kritiske tjenester. Boksdiagrammet viste forskjeller i svarfordelingen, og ansatte i etat for hjemmebaserte tjenester hadde et signifikant lavere resultat (mean rank=16.08) enn ansatte i etat for sykehjem (mean rank=24.50) ($U=285.500$, $p=.014$).

6.7 Oppsummering av hypoteser

Det er stor usikkerhet knyttet til datasettet grunnet den lave svarprosenten, og det vil ikke være mulig å generalisere funnene for organisasjonen som helhet. Det eneste som kan brukes er trender og signifikante funn i datasettet. Konklusjonen for hypotesene er listet i tabell 6.9.

TABELL 6. 9: OPPSUMMERING AV HYPOTESER

| Hypotese | Konklusjon |
|--|--|
| H1: Ansatte på høyere nivå har større tiltro til andre sin kompetanse | Ikke signifikant støttet, men trender kan tyde på det. |
| H2: Ansatte på lavere nivå har mindre tiltro til egen kompetanse | Støttet, men den signifikante forskjellen ligger mellom helsefaglige ansatte og de andre to nivåene innenfor hver av etatene. |
| H3: Ansatte i etat for sykehjem har større tiltro til både sin egen kompetanse og til andre ansatte sin kompetanse i egen etat, enn det ansatte på ulike organisatoriske nivå i etat for hjemmebaserte tjenester har. | Ikke støttet, men trender tyder på at det er datasettet som er årsaken til at det ikke var mulig å avdekke signifikante forskjeller. |
| H4: Det er lik oppfattelse i kommunen knyttet til hvor mye tid og ressurser som bør brukes på beredskap for en influensapandemi. | Ikke mulig å støtte i signifikant grad, men det eksisterer ingen forskjeller innad i etatene som helhet i forbindelse med svarfordelingen. |
| H5: Ansatte på høyere nivåer opplever at influensapandemi er et scenario som blir tatt på alvor i kommunen i større grad enn ansatte på lavere nivå. | Ikke signifikant støttet, men trender kan tyde på at opplevelsen er noe høyere på høyere nivå |
| H6: Ledere på høyere nivåer har tiltro til at den nåværende kommunikasjonen mellom interne og eksterne aktører er tilstrekkelig i større grad enn ansatte på lavere nivå | Ikke signifikant støttet, men basert på datasettet, vurderte de ansatte på laveste nivå til en viss grad den interne kommunikasjonen som mindre tilstrekkelig. |
| H7: Kommunikasjonen med spesialisthelsetjenesten blir vurdert som mindre tilfredsstillende enn kommunikasjon internt i primærhelsetjenesten | Støttet, men ikke i stor grad basert på datasettet. |

7 Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg diskutere og evaluere hovedfunnene fra spørreundersøkelsen. Jeg vil starte kapitlet med å diskutere oppgavens hovedformål før jeg går gjennom de ulike forskningsspørsmålene og hypotesene for oppgaven. Videre vil jeg diskutere praktiske implikasjoner for kommunen i forbindelse med funnene, og til slutt vil jeg diskutere metodebruken basert på validitet og reliabilitet.

7.1 Hovedfunn

Opgavens hovedformål var å undersøke «*i hvilken grad er det ulik tiltro, innad i byrådsavd. helse og omsorg i Bergen kommune, til evnen til å sørge for tjenestekontinuitet under en influensapandemi*». For å måle «evnen», ble det utarbeidet ulike faktorer som skal ha betydning for å være godt nok forberedt på å sørge for tjenestekontinuitet under ved høyt personellfravær. Disse faktorene ble dannet på basis av litteratur med betydning for utøvelse av god beredskapsplanlegging.

På bakgrunn av det lave antallet av svar, spesielt på etatsnivå, vil det være vanskelig å trekke konklusjoner. Jeg er derfor nødt til å basere meg på trender i datasettet, og vurdere det så godt det lar seg gjøre. Diskusjonen vil struktureres i henhold til forskningsspørsmålene og hypotesene som er dannet for denne studien.

7.2 God tiltro til andre sin kompetanse

Fra Kruskal- Wallis testen ble det avdekt to signifikante forskjeller mellom gruppene ($p < 0.05$) for det første spørsmålet³⁰ knyttet til «tiltro til andres kompetanse» - mellom SKM og resultatenehet (leder eller administrativ støtte), og ledere/administrativ støtte og helsefaglige ansatte ved resultatenehetene. Basert på svarfordelingen i diagram 6.1, samt tallene i tabell 6.4, veker svarfordelingen blant de ansatte på «verken-helt» til «delvis enig» for samtlige av spørsmålene. Ingen av respondentene svarte at de var «svært uenig» på spørsmålene knyttet til om de hadde tiltro til at ansatte, både ved resultatenehetene og etatsnivå, klarte å gjennomføre det som var

³⁰ «*Jeg har tiltro til at ansatte i etaten min vet hva som er forventet av dem under en influensapandemi*»

forventet av dem. Dette tyder på at ansatte i kommunen har god tiltro til at deres kollegaer, samt andre tilsatte innenfor samme etat, er kompetente nok til å kunne utføre det som er forventet av dem under en influensapandemi. Dermed kan det også tyde på at de ansatte opplever samarbeidet i kommunen som godt (Grimen, 2009, s. 80).

Samtidig viser trendene i datasettet ([vedlegg 1](#)) at ansatte innenfor etat for hjemmebaserte tjenester har noe lavere tiltro til at kollegaene deres vet hva som er forventet av dem, sammenlignet med ansatte i etat for sykehjem. Hjemmesykepleie ble av respondentene vurdert som det tjenesteområdet som ville ha størst problemer med å sørge for tjenestekontinuitet ([diagram 6. 7](#)), og årsakene er hovedsakelig et utfordrende tjenestetilbud og mangel på kompetent personell. Hjemmesykepleien er uforutsigbar siden lovverket pålegger hjemmetjenesten å behandle alle pleietrengende som oppholder seg i kommunen, og et økt antall pleietrengende kan som nevnt føre til betydelige utfordringer dersom tilgjengelige ressurser ikke øker proporsjonalt (B. Rasmussen, 2011). Ansatte i hjemmetjenesten opplever at de allerede er presset nok som de er (Johansen, 2016), og et økt press kan oppleves som overveldende og i større grad skape usikkerhet blant de ansatte «på gulvet» til hva som er forventet av dem og kollegaene, samt om de er i stand til å klare det som er forventet av dem (Vike, 2004). Dette må ses i sammenheng med usikkerhetsmomentet knyttet til alvorlighetsgraden ved en eventuell influensapandemi.

Resultatene fra Kruskal - Wallis- testen angående forskjeller innad i etatene, viste at den signifikante forskjellen var mellom ansatte i etat for sykehjem. Testen ga utslag at det også var forskjeller for alle spørsmålene på $p < 0.10$. Derfor vil det være mulig å anta at hypotese 1 stemmer for samtlige variabler/spørsmål for ansatte i etat for sykehjem, selv om det ikke er mulig å fastslå det i signifikant grad.

Hypotese 1: Ansatte på høyere nivå har større tiltro til andre sin kompetanse

[Diagram 6.1](#) viser at det er nokså lik svarfordeling for hvert spørsmål, og derfor er det mulig å anta at det er svarmengden som har skyld i at det ikke er lavere signifikansnivå for de andre spørsmålene. Samtidig var det også i etat for hjemmebaserte tjenester at det var størst variasjon

i svarfordelingen blant respondentene ([vedlegg 1](#)), og dette underbygger punktet om at ansatte i etat for sykehjem i større grad er enige angående tiltro til andre sin kompetanse.

7.3 Høyere tiltro til egen kompetanse blant ansatte på høyere organisatorisk nivå

Begge spørsmålene knyttet til tiltro til egen kompetanse ga signifikante forskjeller mellom nivåene, og forskjellen var mellom ansatte innenfor resultatenehetene. Tabellen i [vedlegg 2](#) viser at det hovedsakelig var i etat for sykehjem det var størst forskjeller. Det var dermed nærliggende å støtte hypotese 2

Hypotese 2: Ansatte på lavere nivå har mindre tiltro til egen kompetanse

Dette var et forventet funn siden ansatte på laveste nivå – i «den skarpe enden» eller «på gulvet» - utfører selve tjenestetilbudet og er i direkte kontakt med pasientene. Mellom etatene var det ikke mulig å avdekke signifikante forskjeller, og dette var også tilfelle ved spørsmålene knyttet til andres kompetanse. Det var derfor ikke mulig å støtte hypotese 3 i signifikant grad.

Hypotese 3: Ansatte i etat for sykehjem har større tiltro til både sin egen kompetanse og til andre ansatte sin kompetanse i egen etat, enn det ansatte på ulike organisatoriske nivå i etat for hjemmebaserte tjenester har.

For det første spørsmålet knyttet til egen kompetanse var det forskjeller mellom etatene ved $p < 0.1$. Dette kan tyde på at det hovedsakelig er det lave antallet respondenter som forklarer hvorfor det ikke er mulig å avdekke signifikante forskjeller ([vedlegg 2](#))

Om hvorvidt de ansatte har tiltro til andres kompetanse, må ta utgangspunkt i en form for erfaring eller opplevelse – en prosess som beskrevet i delkapittel 4.2 (Lipset & Scneider, 1983; Engen et al., 2016, s. 49)) Dette kan eksempelvis være på basis av hvordan man opplever og samhandler med kollegaene på daglig basis, men også basert på erfaring fra tidligere øvelser. Som nevnt tidligere er spørsmålene basert på at det er utarbeidet en standard eller forventning til hva hver ansatt skal kunne klare å utføre under en influensapandemi. Det er dermed ikke sagt at de ansatte er enige i at den forventede kompetanse er tilstrekkelig. Dette er igjen basert på erfaringer fra det daglige liv, men også eventuelle episoder hvor det har vært betydelige utfordringer.

Derfor kan det diskuteres om det hadde vært hensiktsmessig å spørre ansatte om det som er forventet av dem, samsvarer med det de selv opplever som god nok kompetanse på egen arbeidsplass. Et slikt spørsmål vil kunne støttet opp under antakelser om at det eksisterer forskjeller mellom ledere og ansatte på lavere nivå, eksempelvis at de som planlegger ikke har god nok kjennskap til arbeidsforholdet rundt dem det planlegges for (Friedmann, 1973). Dersom ledere antar at de ansatte på lavere nivå er mer kompetente enn de faktiske er, kan det diskuteres om det har blitt tatt beslutninger som har fått betydning for utøvelsen av sikker drift på lavere nivå (J. Rasmussen, 1997), eksempelvis ved at opplæringen blant ansatte er for dårlig i forhold til den kompetanse som faktisk kreves. Sett ut fra tabell 6.6 og tabellene i **vedlegg 2**, kan det tenkes at dette er tilfelle. Dette gjelder da spesielt i etat for sykehjem. Samtidig er det vanskelig å navigere i skjæringspunktet mellom faktorer basert på risikopersepsjonen til hver enkelt ansatt, og faktorer basert på beslutninger som er gjort av ledelsen med betydning for de ansatte, uten å ha stilt flere spørsmål knyttet til dette punktet.

7.4 Konsensus om hvor omfattende beredskapsarbeidet skal være

Før jeg starter å diskutere selve resultatene knyttet til om hvor omfattende beredskapsarbeidet skal være, mener jeg det er hensiktsmessig å diskutere risikovurderingen som kommer frem i den overordnede ROS-analysen i Bergen Kommune (2014) satt opp mot analysen på statlig nivå i NRB 2014 (DSB, 2014, s. 70-73)³¹. Jeg begrunner dette valget med at vurderinger av risikobildet som kommer frem fra analysen vil gi grunnlag for mål, prioriteringer og beslutninger i forbindelse med beredskapsarbeidet (Engen et al., 2016, s. 355), og at en sammenligning mellom kommunalt og statlig nivå kan mulig vise til ulike vurderinger om hvor omfattende beredskapsarbeidet skal være.

Den overordnede ROS-analysen i Bergen kommune (2014) vurderer influensapandemi som et scenario som fører med seg en uakseptabel risiko. Sammenligner man ROS-analysen med analysen fra NRB 2014 (DSB, 2014, s. 70-73), vurderer Bergen kommune sannsynligheten for at en pandemisk influensa skall inntreffe som høyere i signifikant grad (en gang mellom hvert år og hvert 10. år mot en gang mellom hvert 50. og 100. år). Det var ikke beskrevet et konkret

³¹ Jeg velger denne fremfor *Analyse av krisescenario*, fordi den ble utarbeidet omtrent på samme tid som kommunens overordnede ROS-analyse.

pandemiscenario i kommunens ROS-analyse, men det kan tolkes som at kommunen forventer å bli rammet av en pandemisk influensa minst fem ganger oftere enn det scenariet som ble vurdert i NRB 2014. Det var ikke punkter i den overordnede ROS-analysen som ga en indikasjon på hvorfor det ble vurdert som mer sannsynlig, men det er nærliggende å anta at én faktor vil være at Bergen kommune er en stor by med tett befolkning og mye folk på offentlige steder, og at viruset dermed kan smitte lettere mellom mennesker sammenlignet med en liten kommune hvor innbyggerne bor spredt. Dette underbygges også i NRB 2014 (DSB, 2014, s. 70-73). Likevel er ikke dette en faktor som kan forklare en så stor forskjell, og det trengs derfor mer kunnskap om kriteriene som ligger til grunn for sannsynlighetsvurderingen.

Det er vanskelig å analysere i hvilken grad vurderingen av konsekvensene samsvarer mellom NRB 2014 og ROS-analysen i kommunen. Vanligvis ligger dødsraten³² på mellom 0.1-0.2 under en normal influensasesong (Blaker, 2009), og ifølge ROS-analysen i Bergen kommune vil dødsraten øke med 20-30% ved en konsekvensverdi på 4. Folkehelseinstituttet (2018c) rapporterte fra sesongen 2017-2018 at det var ca. 1400 dødsfall relatert til influensasmitte, og at 142 092 mennesker ble diagnostisert med influensalignende sykdom. Dette var det høyeste antallet med influensadiagnose siden pandemien i 2009, og viruset ga en dødsrate på ca. 0.26. Dersom dødsraten øker med 20-30%, ville den da ligge mellom 0.32-0.34. Denne raten stemmer godt overens med forventet antall døde ved et moderat til alvorlig scenario i NBPI (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2014, s. 83-84). Bergen kommune hadde ved inngangen av 2018 et innbyggertall på 279 792 (Loodtz, 2018b), mens Norge hadde et innbyggertall på 5 295 619 (SSB, 2019c). Dermed bor ca. 5.3 % av Norges befolkning i Bergen kommune, og det vil være forventet at Bergen kommune ender opp med ca. 89-95 døde dersom dødsraten ligger på 0.32-0.34.

Sett i forhold til det forventede dødsantallet på landsbasis på 6000 i NRB 2014 (DSB, 2014, s. 70-73), ville det da vært forventet et dødsantall på rundt 318 (5.3%) i Bergen kommune dersom man antar at faren ved smitte vil være lik for alle, uavhengig av eksempelvis bosted og alder (antallet som dør fordi de ikke får tilstrekkelig behandling av andre sykdommer/diagnoser som følge av utfordringene ved influensapandemien er ikke tatt med). Dette antallet er signifikant

³² Vanligvis antall dødsfall per 1000. innbygger (Blaker, 2009)

høyere enn 89-95, og dødsraten vil i dette tilfellet ligge på ca. 1.5. Som nevnt var også den utregnede dødsraten for 2017-2018 fra en influensasesong preget av særdeles høy andel smittede og døde. Derfor kan man undre på om DSB vurderer konsekvensene ved en pandemi som høyere enn hva som kommer frem fra ROS-analysen til Bergen kommune, og om det er ulike vurderinger mellom ekspertene som har utført analysen for henholdsvis DSB og Bergen kommune, både i forhold til sannsynlighet og konsekvens. Dette underbygges på bakgrunn av at ROS- analysen hovedsakelig baserer seg på kvalitative risikovurderinger bygget på faglig skjønn og erfaring (Brudvik, 2010). Det blir likevel for bastant å trekke sikre antakelser uten å ha tilgang til vurderingskriteriene som ligger til grunn for tallene og vurderingene som kommer frem i den overordnede ROS-analysen. Risikomatrisen (i delkapittel 3.3.5) beskriver at det er behov for en mer detaljert og fagspesifikk vurdering av risikobildet. Dermed er det nærliggende å tro at Bergen kommune har utarbeidet egne konsekvensvurderinger knyttet til en influensapandemi, istedenfor å basere seg bare på konsekvensvurderingene i den overordnede ROS-analysen.

Det må nevnes at både pandemiplanen og den overordnet ROS-analyse var under revidering mens jeg utarbeidet med oppgaven, og det hadde derfor vært interessant å studere i hvilken grad disse samsvarte med vurderingene fra *Analyse av krisescenarioer 2019* (DSB, 2019). Uansett fremkommer det fra kommunens ROS-analyse at en influensapandemi inneholder en uakseptabel risiko som må tas svært alvorlig, og at den kommunale helsetjenesten må være beredt på å håndtere betydelige utfordringer.

7.5 Influensapandemi blir tatt alvorlig av ansatte i kommunen

I forbindelse med spørsmålene knyttet til «konsensus om hvor omfattende beredskapsarbeidet skal være», var svarene til respondentene svært varierende (diagram 6.3). Det var ikke mulig å avdekke signifikante forskjeller mellom de organisatoriske nivåene basert på Kruskal- Wallis Testen. Dette var også tilfellet mellom etatene. Generelt opplevde de ansatte at influensapandemi var et scenario som ble tatt alvorlig, og derfor var det ikke mulig å støtte hypotese 5:

Hypotese 5: Ansatte på høyere nivåer opplever at influensapandemi er et scenario som blir tatt på alvor i kommunen i større grad enn ansatte på lavere nivå.

Konsensusen om at influensapandemi er et scenario som blir tatt på alvor i kommunen, samsvarer med utregningene i den overordnede ROS-analysen (Bergen kommune, 2014). Som nevnt tidligere er det nærliggende å anta at de ansatte i helsetjenesten tar et pandemiscenario alvorlig siden det vil påføre helsetjenesten betydelige utfordringer og konsekvenser for brukere/pasienter, samt at helsepersonell selv kan bli smittet. Likevel begynner det å bli noen år siden «svineinfluensaen» rammet Norge, og fraværet av tilsvarende episoder kan ha flyttet fokuset over på andre farescenarioer eller innsparinger fremfor beredskap i forbindelse med en influensapandemi. Dette kan også ses i sammenheng med avstanden mellom nivåene i organisasjonen, eksempelvis knyttet opp mot nærhet til farekilde og ulik risikoopplevelse (J. Rasmussen, 1997; Reason, 1997). Selv om majoriteten opplever at influensapandemi er et scenario som tas alvorlig i kommunen, er det ikke dermed sagt at konsensusen gjenspeiler seg i hvordan ansatte vurderer at en influensapandemi skal håndteres i praksis. En stor andel (26.7%) av respondentene visste ikke om det var like oppfatninger i kommunen knyttet til hvor mye tid og ressurser som skal brukes på beredskap for en influensapandemi, og bare 9.9% av respondentene var enig eller delvis enig på spørsmålet. Hovedsakelig gjelder dette ansatte i etat for hjemmebaserte tjenester.

Basert på testene for spørsmålet knyttet til hypotese 4, var det ikke mulig å avdekke signifikante forskjeller mellom nivåene som helhet, eller mellom etatene. Samtidig viste Kruskal Wallis -testen forskjell mellom ansatte innad i etat for hjemmebaserte tjenester, og forskjellen var innenfor resultatenehetene. Derfor er det ikke mulig å støtte hypotese 4, men det er ikke signifikante forskjeller i svarfordelingen i etatene som helhet.

Hypotese 4: Det er lik oppfattelse i kommunen knyttet til hvor mye tid og ressurser som bør brukes på beredskap for en influensapandemi.

Ved å studere svarfordelingen mellom etatene i [vedlegg 3](#), ser man at det er en større del av respondentene i etat for hjemmebaserte tjenester som svarer «svært uenig» eller «delvis uenig» enn i etat for sykehjem (35.7%), mens 14,3% svarte «delvis enig». Hovedsakelig gjelder dette helsefaglige ansatte.

Sett i sammenheng med spørsmålet knyttet til hypotese 4, viste spørsmålet om klarhet av mål og ambisjoner signifikante forskjeller mellom etatene, selv om det ikke var mulig å påvise forskjeller mellom ansatte på forskjellig organisatoriske nivå. De ansatte i etat for hjemmebaserte tjenester opplevde mindre klarhet i ambisjoner og mål enn ansatte i etat for sykehjem. Det kan diskuteres om det var hensiktsmessig å ikke stille dette spørsmålet til de helsefaglige ansatte, da dette mulig kunne avdekket mulige målkonflikter i større grad enn det som kommer frem fra resultatene.

At det ikke er en lik oppfattelse blant de ansatte angående både bruk av ressurser og tid, samt klarhet i mål og ambisjoner, svekker antakelsen av at det har blitt opparbeidet en konsensus knyttet til hvor omfattende beredskapsarbeidet skal være. Det er som nevnt andre faktorer som kan spille inn på hvorfor svarfordelingen ble som den ble, men mye tyder på at det eksisterer muligheter for forbedringer. For eksempel vil en klarhet av sikkerhetsmål sikre at beredskapsplanleggingen er fremtidsrettet og dynamisk, samt at sikkerheten blir opprettholdt og videreutviklet (Aven et al., 2016, s. 71). Målene må ses i sammenheng med ROS-analysen og risikoakseptkriteriene, men også hvordan de ansatte vurderer risikoen og hvilke krav som bør stilles (Quarantelli, 1998). Derfor er det sentralt at det blir gjennomført en dialog mellom de berørte partene, og det kan argumenteres for at det bør bli gjennomført en dialog i større grad enn ved dagens praksis.

Dette må ses i sammenheng med vurderingen av kommunikasjon og kommunikasjonskanaler i neste delkapittel, og blir diskutert nærmere i delkapittel 7.8.

7.6 Kommunikasjon og kommunikasjonskanaler

Generelt var svarfordelingen på spørsmålene knyttet til intern kommunikasjon og interne kommunikasjonskanaler nokså høy (mellom «enten- eller» til «i noen grad»), men det var en stor andel av respondentene som svarte «vet ikke». Det var ikke mulig å avdekke noen signifikante forskjeller mellom de organisatoriske nivåene basert på Kruskal- Wallis testen ($p > 0.05$ for alle spørsmålene). Dermed er det ikke mulighet for å støtte hypotese 6 med dette utvalget.

Hypotese 6: Ledere på høyere nivåer har tiltro til at den nåværende kommunikasjonen mellom interne og eksterne aktører er tilstrekkelig i større grad enn ansatte på lavere nivå

Basert på den deskriptive statistikken som er vist i tabell 6.7, tyder det likevel på at helsefaglig ansatte og ansatte ved SKM vurderer etablerte interne kommunikasjonskanaler som mindre tilstrekkelige, sammenlignet med de andre organisatoriske nivåene. Tabellen viser også at det er stor variasjon i forbindelse med svarene til respondentene for både helsefaglige ansatte og SKM. At helsefaglige ansatte «på gulvet» opplever kommunikasjonen som mindre tilfredsstillende enn ansatte på høyere nivå, kan tyde på at måten kommunikasjonen blir utført på har forbedringspunkter.

Sett i sammenheng med opplevelse av andres kompetanse, støtter vektingen av svarfordelingen i spørreundersøkelsen punktet til Engen mfl. (2016, s 327), om at oppfatningen av andres kompetanse er sentralt for hvordan man vurderer kommunikasjonskanaler og informasjonsformidling. På en annen side er det et interessant funn at så mange av respondentene har svart «vet ikke» på spørsmålene om kommunikasjonen og de etablerte kommunikasjonskanalene i kommunen (diagram 6.4). Dette kan ha flere betydninger, for eksempel at de ikke har fått en opplevelse av hvordan kommunikasjonen og kommunikasjonskanalene fungerer. Et slikt tilfelle vil være uheldig, sett i forhold til effektiv samordning mellom aktørene dersom en influensapandemi skulle inntreffe.

Spørsmålet knyttet til kommunikasjonen med spesialisttjenesten ble vurdert i noe lavere grad enn de andre to spørsmålene. Derfor er det mulig å anslå at hypotese 7 stemmer.

Hypotese 7: Kommunikasjonen med spesialisthelsetjenesten blir vurdert som mindre tilfredsstillende enn kommunikasjon internt i primærhelsetjenesten.

Svarene til respondentene gir indikasjon på at primærtjenesten bør vurdere om hvorvidt kommunikasjonen med spesialisthelsetjenesten er tilfredsstillende. Gjennomsnittet og modusen var noe lavere i etat for hjemmebaserte tjenester enn i etat for sykehjem. Svarene vektet på «verken eller», og en stor del av respondentene svarte «vet ikke». Dette underbygger påstanden om at det finnes et forbedringspotensial i kommunen for å sørge for et mer effektivt samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Det kan også argumenteres for at den lave svarprosenten på undersøkelsen tilsier mangler ved interne kommunikasjonskanaler i kommunen. Undersøkelsen ble sendt til ansatte på ulike nivåer

gjennom en rekke e-poster. E-posten skal gjennom mange ledd i kommunikasjonskjeden før den når de ansatte den er tiltenkt å gjøre. Dette tyder på at systemet for informasjonsformidling er et komplekst system og/eller at det er ulik oppfattelse av mailinnholdet. Eksempelvis ved at innholdet i e-posten ikke virker viktig nok for den som mottar e-posten. Basert på vurderingene fra ROS-analysen og utfordringene en influensapandemi bringer med seg, vil et slikt tilfelle være alarmerende. Det er et spørsmål som er interessant å stille seg, for det er lavere svarprosent enn det man kan forvente seg i en organisasjon med så mange ansatte. Dette blir likevel kun spekulasjoner, og kan ikke begrunnes på bakgrunn av signifikant data.

7.7 Planer og planlegging

Utarbeidelser av egne rutiner og planverk blir gjort av ledere på resultatenhetsnivå (Bergen kommune, 2014), og ansatte på etatsnivå har ansvar for at resultatenheterne følger opp lov- og regelverk, økonomiske rammer og retningslinjer fra byrådsavdelingen (Halse, 2014). Derfor vil det i hovedsak være denne gruppen ansatte det vil være mest relevant å spørre i forbindelse med utarbeidelse av planverk. Samtidig vil det være interessant å se i hvilken grad de andre nivåene har kjennskap til planene som er utarbeidet.

Vektingen av svarfordelingen basert på spørsmålet om «*I hvilken grad er det iverksatt beredskapsplanlegging for tjenestekontinuitet ved en influensapandemi med høyt personellfravær*» viste at det ved de fleste instanser var iverksatt planlegging minst «i noen grad» eller mer. Det tyder på at behovet som kommer frem i ROS- analysen – om videre utarbeidelse og vurdering av tiltak – har blitt tatt hensyn til, og at resultatenhetslederne har utarbeidet egne rutiner, retningslinjer og vurderingen ved egen avdeling. Dette støtter oppunder argumentet om at en influensapandemi også tas alvorlig i det praktiske arbeidet. Samtidig var dette forventet, og det hadde vært svært uheldig dersom det ikke hadde vært tilfelle.

Det var en liten del av ansatte som svarte «i liten grad» eller «i svært liten grad» på spørsmålet om det var implementert retningslinjer eller prosedyrer for kontinuitetsplanlegging ved vanlige episoder med høyt fravær blant ansatte (13.5%). Hovedsakelig vektet svarfordelingen mellom «i noen grad» og «i stor grad». Dette tyder på de ansatte på etatsnivå og ledere/administrativ støtte har utarbeidet praksis for hvordan og hva man skal gjøre dersom et betydelig antall av de ansatte

er fraværende, og hvordan kontinuerlig drift dermed kan bli opprettholdt. Samtidig er det viktig at man skiller mellom vanlige episoder og kriser, og at kriser ikke bare kvantitativt øker behovet for ressurser (Quarantelli, 1998). Den tilknyttede usikkerhetsdimensjonen ved en influensapandemi gjør det vanskelig å anta hvor mye ekstra ressurser som kreves dersom en pandemi skulle få utfolde seg. Likevel vil retningslinjer og rutiner for vanlige episoder kunne gi indikasjon på hva kommunen faktisk har tilgjengelig av ressurser. Dette kan for eksempel gi en indikasjon på hvor mye og hva slags kompetanse som er tilgjengelig. Som vist i kapittel 4, argumenterer Bing- Jonsson (2017) for at kommunene bør undersøke hvilken kompetanse som er tilgjengelig, og deretter sammenligne det med hvilken kompetanse som faktisk trengs for å utøve et forsvarlig helsetilbud. Dette vil kunne avdekke mulige kompetanseutfordringer som eksisterer i kommunen.

Samtidig var vektingen annerledes på spørsmålet om det var identifisert og beskrevet kritiske tjenester, og samlet sett ble dette vurdert i mindre grad. Det var også en større del av de ansatte som svarte «vet ikke». Dette kan tyde på at det bør bli bedre beskrevet enn i dagens planer. Klarhet om kritiske tjenester gir de ansatte retningslinjer på hvordan man skal prioritere dersom det skulle oppstå knapphet på tid og ressurser, ved at man får en klarhet om hvor grensen går for tjenestereduksjon. Samtidig kan det mulig gi en indikasjon på hvor lavt bemanningsnivå resultatenehetene kan tåle (DSB, 2009, s. 12). På annen side må det nevnes at det er det usikkert hvor mange som vil trenge pleie, og hvilken pleie de kommer til å trenge. Dette gir en indikasjon på at en kan diskutere om det er nok fleksibelt å legge seg på at et visst bemanningsnivå ved en krisesituasjon.

Behovet for tydeligere retningslinjer understrekes av at bare 16.3% av respondentene svarte i «stor grad» eller «i svært stor grad» på om det var identifisert og beskrevet hvor stor andel av tjenestene som kunne reduseres. Christensen mfl. (2010) beskriver hvordan handlinger og beslutninger påvirkes av den ansattes bakgrunn, og derfor er det relevant å føre en diskusjon om hvilke tjenester som kan reduseres. Kritiske tjenester kan defineres som «tjenester som ikke kan reduseres i nevneverdig grad» (DSB, 2009, s. 12), og det er dermed nærliggende å anta at dette gjelder tjenester som kan føre til alvorlige konsekvenser for liv og helse dersom de ikke blir gjennomført. Samtidig strekker, som nevnt tidligere, helsepersonell seg langt for å imøtekomme

brukere/pasienter krav om pleie (Groven, 2006). Derfor er det mulig å anta at det vil være ulike oppfatninger blant ansatte om hvor stor del av tjenestetilbudet som kan reduseres, og på bakgrunn av dette kan det være sentralt å føre god dialog mellom de ansatte i forbindelse med utarbeidelsen av retningslinjer og rutiner knyttet til reduksjon og prioritering av helsetjenester.

Det kan også diskuteres om det er hensiktsmessig å beskrive detaljert hvordan man skal prioritere tjenester under en pandemi. Beredskapsplaner bør ikke være for detaljerte da dette hindrer fleksibilitet og tilpasning (McConnell & Drennan, 2006; Dynes 1993, s.178). Jeg mener likevel at en klarhet i hvordan helsetjenester kan reduseres og prioriteres ikke faller innunder dette punktet. Dette er på bakgrunn av det ikke er en detaljert beskrivelse av tiltak, men heller en oversikt som kan brukes som bakgrunn for utarbeidelse av tiltak – med andre ord svært relevant kunnskap.

7.8 Praktiske betraktninger

Planleggingsprosessen er ifølge Perry & Lindell (2003, s. 337) delt inn i tre kritiske komponenter: planer, planlegging og øvelser. I dette delkapittelet vil jeg diskutere hvordan funnene fra spørreundersøkelsen vil påvirke disse.

7.8.1 Planlegging

Det er svært vanskelig å planlegge for et krisescenario. Dimensjoneringen av beredskapen baserer seg på vurderingen fra analysene (ROS-analyser og beredskapsanalysen), som igjen baserer seg på tilgjengelig kunnskap på det tidspunktet analysen blir gjennomført. Aven & Renn (2010, s. 80) sin definisjon av risiko, beskrevet i kapittel 3, peker på usikkerhetsmomentet knyttet til en risiko. Kombinasjonene av hva som kan hende, samt hva konsekvensene kan bli, er bokstavelig talt uendelige. Det er dermed begrenset hvor mye og hva slags kunnskap man kan tilegne seg, og planleggerne er nødt til å ta beslutninger som mulig kan få kritiske følger for evnen man har til å håndtere et fremtidig scenario (Engen et al., 2016, s.80) – eksempelvis allokering av ressurser i utilstrekkelig grad. Dette vil også være tilfellet ved en influensapandemi. I høynet beredskapsfase vil det ta uker/måneder før man har samlet inn pålitelig data (NBPI, 2014, s.28), og det er derfor viktig at man tilegner seg så mye kunnskap som mulig med en gang det er påvist et nytt utbrudd i fremtiden (Quarantelli, 1998).

En stor del av de helsefaglig ansatte svarte at de ikke visste om deres gruppe deltok i planleggingsprosessen. Kommunikativ planlegging krever at alle aktørene med viktige interessenter må være representert i den praktiske planleggingen (Engen et al., 2016, s.203). Det er dermed ikke sagt at de helsefaglige ansatte ikke er representert eller nok representert, men funnene kan tyde på at ansattgruppen enten bør bli representert i større grad eller at representantene bør bli bedre til å formidle og kommunisere info til resten av gruppen.

Det var ikke mulig å avdekke signifikant korrelasjon mellom grad av involvering og tiltro til å klare det som er forventet av en, men det var signifikant korrelasjon mellom involvering og opplevelsen av å vite hva som er forventet av en ([vedlegg 6](#)). Dette underbygger argumentet for at ansattgruppen bør bli inkludert i større grad i planleggingsprosessen, rettet mot å håndtere et scenario med betydelig personellfravær.

Hughes, Grigg, Fritsch & Calder (2007) argumenterer for at sykepleiere og ansatte ved «den skarpe» enden, bør være involvert fra starten av planleggingsprosessen. Et av argumentene deres er at de ansatte ikke opplever at deres behov og bekymring blir tatt hensyn til når de ikke inkluderes i planleggingsprosessen. For å undersøke dette videre ble de helsefaglige ansatte ved resultatene stilt oppfølgingsspørsmål i forhold til deres personlige sikkerhet. Resultatet tyder på at de ansatte generelt opplever at deres personlige sikkerhet blir ivaretatt, spesielt i etat for hjemmebaserte tjenester ([vedlegg 5](#)). Dette kan tyde på de ansattes ønsker har blitt hørt og tatt hensyn til, som blant annet kan styrke gjennomføringsevnen av nye tiltak, samt skape mer motiverte ansatte (Qureshi et al., 2005, s. 378–388). Samtidig må det påpekes at ansatte innenfor helsetjenesten vanligvis er svært motiverte til å møte på jobb, og at de opplever et personlig ansvar for å sørge for at brukerne av helsetjenesten skal ha det så bra som mulig til enhver tid (Kroken, 2016).

Selv om det er konsensus om at influensapandemi er et scenario som tas alvorlig i kommunen, er det en stor del av respondentene som svarer at det er ulike oppfatninger av hvor mye tid og ressurser som bør brukes på beredskapsarbeidet i forbindelse med å håndtere en slik pandemi. Dette svekker antakelsen om hvorvidt det har blitt utøvd planlegging i henhold til det kommunikative idealet, og i hvilken grad det har blitt oppnådd felles konsensus om hvor

omfattende arbeidet skal være. Samtidig vil det være aktører med ulike interesser og risikoforståelse i kommunen (Aven et al., 2016), eksempelvis i forhold til nærhet til farekilde. Enkelte aktører kan for eksempel oppleve at deres ønske knyttet til tids- og ressursbruk ikke har blitt tilfredsstilt, men at de likevel har gått med på et annet nivå enn ønskelig, eksempelvis gjennom mekling (Engen et al., s. 212). Derfor blir det for lett å anta at planleggingsprosessen ikke har tatt utgangspunkt i kommunikativ planlegging, basert på spørsmål om det er like oppfatninger knyttet til tids- og ressursbruk for beredskapsarbeidet.

På en annen side er det bekymringsfullt at det er så få ansatte som svarte på en undersøkelse knyttet til et så viktig tema, spesielt når det kommer så tydelig frem fra ROS-analysen at risikoen knyttet til liv og helse er uakseptabel. En influensapandemi er som nevnt tidligere et scenario preget av usikkerhet og potensial til å påføre helsetjenesten betydelige utfordringer. Perry & Lindell (2003) nevner hvordan et planverk ikke er nok for å sørge for en god nok respons, men at beredskapsplanleggingen er et kontinuerlig arbeid i et dynamisk system preget av stadige endringer, innenfor blant annet ansvarsområder og allokering av ressurser. For at lederne og planleggerne av beredskapen i kommunen skal kunne få innblikk i den gjeldende situasjonen innenfor helsetjenesten, samt avdekke mulige svakheter, er kommunen helt avhengig av tilbakemeldinger fra sine ansatte. Situasjonsforståelsen blir ikke bedre enn kunnskapen man har tilgjengelig, og det er viktig å tilegne seg et så korrekt bilde som overhodet mulig (Quarantelli, 1998). Selv om holdbarheten til påstanden er diskutabel, kan en anta at den lave svarprosenten i forbindelse med spørreundersøkelsen svekker antakelsen om at pandemisk influensa er et scenario som blir tatt like alvorlig blant ansatte også i det praktiske arbeidet.

7.8.2 Planer

En større andel av de ansatte svarte at de ikke visste om at det var iverksatt planlegging for å identifisere hvilke tjenester som er kritiske, og i hvilken grad man kan redusere enkelte tjenester dersom det er behov for det. Dette bryter som nevnt med punktene i veilederen til DSB (2009). Under en influensapandemi, samt andre krisescenario med høyt personellfravær, vil det være behov for å måtte prioritere vekk tjenester som ikke er absolutt nødvendige. Det vil være hensiktsmessig å ha et planverk der det står klart og tydelig hvordan de ansatte skal prioritere for

å sørge for et effektivt og likeverdig tjenestetilbud, jf. Helse – og omsorgstjenesteloven § 1-1 (2011).

I den overordnede administrative beredskapsplanen til Bergen kommune (2014, s. 44-45) er det fire overordnede punkter knyttet til beredskapsverdier, og hvordan man skal prioritere mellom disse. Punktene er:

1. Mennesker.
2. Ytre miljø.
3. Økonomiske verdier.
4. Omdømme/tillit.

I forbindelse med den overordnede ROS-analysen (Bergen kommune, 2014) vil punkt 1 bli mest utfordret under en influensapandemi, samt punkt 4, fordi punktet avhenger av hvordan kommunen håndterer de andre tre. Både liv og helse og tjenesteproduksjon er truet av en risiko som blir definert som uakseptabel i ROS-analysen. Punkt 1 peker på at innsatsen for å berge menneskers helse og liv skal prioriteres, og det vil ikke være alle tjenestene som blir utøvd i kommunen som vil være avgjørende for helsen og livet til brukere/pasienter.

Samtidig er helsefaglige ansatte ansvarlige for å imøtekomme personlige og konkrete hjelpebehov (Kroken, 2006), og mange strekker seg langt for å imøtekomme pasientenes ønsker. Det moralske ansvaret mange ansatte opplever, fører til at de sliter med å avvise pasienter når det i utgangspunktet ikke finnes tid eller ressurser til dem (Vike, Haukelien, Bakken & Løyland, 2004). Kompleksiteten av helsetilbudet og opplevelse av det overveldende ansvaret for å tilfredsstille brukere og pasienter, må også ses i sammenheng med den lavere vurderingen av egen kompetanse blant de helsefaglige ansatte i resultatene (Kroken, 2006). Som nevnt tidligere, er det derfor viktig at ledelsen for beredskapsarbeidet i forbindelse med pandemisk influensa, gjør de ansatte klare på hva og hvordan de skal prioritere tjenester.

Fowler mfl. (2007, s. 93) understreker at utarbeidede planverk ofte ikke blir formidlet på en tilstrekkelig måte innad i en organisasjon. Det kan virke som at Bergen kommune også kan formidle planer på en bedre måte til ansatte ved «den skarpe enden». Bakgrunnen for denne påstanden baserer seg på at en så stor del av de helsefaglige ansatte svarer at de ikke har

kjennskap til at det finnes planer. De helsefaglige ansatte er den mest kritiske ressursen helsetjenesten har for å sørge for tjenestekontinuitet (Dreeschm et al., 2005), og under et pandemiscenario med høyt personellfravær vil det være behov for effektiv og kontinuerlig drift for å sørge et forsvarlig tjenestetilbud. God formidling av planverk og involvering av de helsefaglige ansatte på lavere nivå, vil kunne gjøre de mer trygge på sin egen rolle enn det de selv opplever at de er per dags dato.

Det må også føres god dialog mellom helsetjenesten og pasientene/brukerne i arbeidet med planer for hvordan helsetjenester skal prioriteres når det er behov for det. Helse og omsorgstjenesteloven (Helse – og omsorgstjenesteloven, 2011, § 4-1b) pålegger helsetjenesten å gi den enkelte bruker eller pasient et verdig helsetilbud. Lovens formål (ibid.: § 1-1) er å sikre et likeverdig tjenestetilbud, men også at tjenestetilbudet blir utført med respekt for den enkelte brukers/pasients integritet og verdighet. Dermed gir loven begrepet «verdighet» en etisk og individuell karakter, og pasienter/brukere vil ha ulik oppfatning av hva som er et verdig tjenestetilbud. Under et krisescenario hvor det er nødvendig å prioritere tjenester, kan det diskuteres om punktene § 1-1 er motstridende. Det kan være vanskelig å navigere i skjæringspunktet mellom likeverdig tjenestetilbud og den individuelle tjenestemottakers opplevelse av verdighet. Intuitivt, samt basert på den overordnede administrative beredskapsplanen, vil et likeverdig tjenestetilbud ved begrenset tilgang på personell, være å prioritere nødvendige tjenester som hindrer skade eller død. Andre behov som kan knyttes mot individuelle opplevelsen av verdighet, eksempelvis individuelle ønsker om sosiale aktiviteter og stell, vil bli nedprioritert fordi det ikke vil være nok ressurser til å kunne gjennomføre disse (Foss & Wahl, 2009). Resnick (2000) hevder at pasienter på sykehjem får bedre livskvalitet ved fysisk aktivitet, i tillegg til at det forbedrer og opprettholder kroppslige funksjoner. Eksempelvis vil en spasertur sammen med helsepersonellet i korridorene på sykehjemmet kunne ha betydning for pasientenes livskvalitet og subjektive opplevelse av verdighet (tilfredsstillende sosial kontakt og opplevelsen av helse og velvære) (Ellingson, 2000). Videre forskning på lovens innhold kan dermed være av interesse, men brukere/pasienter bør uansett være involverte i utforming og utøvelse av tjenestetilbudet og hvordan det skal prioriteres (Norsk sykepleierforbund, 2013).

Punktet må derfor også ses i sammenheng med planleggingsprosessen og hvordan man inkluderer berørte aktører. Toppuken under en influensapandemi, hvor personellfraværet er på det høyeste, varer bare en uke (basert på erfaring fra tidligere pandemier (NBPI, 2014)). God kommunikasjon vil kunne forberede tjenestemottakerne, samt skape forståelse og samordning mellom brukere/pasienter og ansatte i helsetjenesten. Bergen kommune gjennomførte en undersøkelse i 2019 for brukere av hjemmebaserte tjenester (Dolonen, 2019), og flesteparten var fornøyd med tjenesten de fikk. Dette tyder på at brukerne opplever at deres behov blir ivaretatt og at samordningen mellom tjenestemottaker og tjenesteyter er god.

Samtidig varer det anbefalte planleggingsscenarioet i NBPI (Helse- og Omsorgsdepartementet 2014) over flere måneder, og 25% av befolkningen blir syke i løpet av perioden (90% i løpet av en periode på 8 uker). Dette scenarioet kan føre til at andre tjenester utenom de absolutt nødvendige ikke blir gjennomført over en lengre periode, som igjen kan få konsekvenser for pasientenes egen opplevelse av velvære og verdighet. I andre veiledere, eksempelvis DSB sin veileder knyttet til kontinuitetsplanlegging (2009, s. 11), anbefales det å planlegge for et scenario som varer i 15 uker og hvor personellfraværet vil være på 30-40% fra uke fem til uke ti. Pandemien vil i dette tilfellet nå en topp i uke seks og syv, og da vil personellfraværet ligge på 40%. Et slikt scenario vil ikke bare være kritisk for å ivareta den enkeltes individuelle behov, men også for tjenestekontinuitet av kritiske tjenester. Svarene blant resultatenhetslederne/administrativ støtte knyttet til hvor stort personellfraværet kan være før arbeidsplassen ikke klarer å opprettholde de definerte kritiske tjenestene ([vedlegg 5](#)), viser at et personellfravær på 30% eller mer vil være særdeles kritisk for helsetjenesten- både i etat for hjemmebaserte tjenester og i etat for sykehjem.

Dette synspunktet underbygges ved at det er et høyt sykefravær i helsetjenesten i det daglige liv også. (SSB, 2019b). Ved 4. kvartal 2018 var det et samlet i sykefravær på 9.6% i de kommunale helse og sosialtjenestene. I Bergen kommune sin årsrapport for 2018 (Bergen kommune, 2019c) var det et gjennomsnittlig sykefravær på 11.65% prosent i etat for hjemmebaserte tjenester, mens det var et gjennomsnittlig sykefravær i etat for sykehjem på 11.17% (ibid.). Det fremtidige behovet for sykepersonell (Skjøstad, 2017), samt den eksisterende mangelen på sykepersonell (spesielt sykepleiere) (NAV, 2019), tyder på at et scenario med personellfravær på 20% kan antas

å være for lite omfattende i forhold til den reelle risikoen. «Worst case- scenario»- er vurdert som usannsynlig, men det er likevel svært viktig at man har fleksible planer på bakgrunn av ulik grad av alvorlighet og smitte av viruset (Helsedirektoratet, 2016).

7.8.3 Øvelser

Manglende tiltro til egen evne hos ansatte på lavere organisatorisk nivå kan ha sammenheng med at det enten ikke har blitt øvd eller repetert nok. Denne antakelsen understrekes ved at de helsefaglige ansatte i stor grad opplever at de ikke har fått god nok opplæring i forhold til å gjennomføre det som er forventet av dem under en influensapandemi. Perry & Lindell (2003, s. 338) nevner også hvordan kompetanse forsvinner over tid dersom det ikke blir gjennomført øvelser og terping. Samtidig står det i den overordnede administrative beredskapsplanen at samtlige beredskapsplaner skal øves på hvert år (Bergen kommune, 2018, s. 27). Dermed bør det bli vurdert hvorvidt tidligere øvelser har vært relevante og realistiske for øvingsdeltakerne i forbindelse med denne type hendelse. Øvelsene vil dermed også kunne hjelpe ledelsen å kartlegge kompetansenivået til deltakerne, slik som det er anbefalt av Bing- Jonsson (2017).

Samtidig er det viktig å knytte usikkerheten ved en influensapandemi opp mot planlegging og gjennomføring av øvelser. Eksempelvis ble det i Fredrikstad kommune gjennomført en beredskapsøvelse ved navn «Virus 2017» i forbindelse med pandemiberedskap i helsetjenesten, og det viste seg at det ikke var mulig å gjennomføre alt som var planlagt, selv med en 6 ukers lang øvelsesperiode. Det var derfor mange punkter som måtte planlegges og avklares i større grad på forhånd. Dette viser hvor vanskelig det er å planlegge og gjennomføre øvelser i forbindelse med pandemisk influensa. Et punkt som også kom frem fra «Virus 2017» var en manglende oversikt over spesialistkompetansen tilgjengelig i kommunen. Dette styrker igjen punktet til Bing- Jonsson (2017) om å få oversikt over hvilken kompetanse som faktisk er tilgjengelig, og det vil nok være hensiktsmessig for Bergen kommune å anskaffe seg dette.

Det må nevnes at jeg ikke har hatt innblikk i hvilken grad kommunen har en slik oversikt. Jeg er sikker på at det eksisterer en eller flere oversikter over hvilken kompetanse de ansatte har – i hvert fall formell kompetanse. Poenget mitt er at oppfattelsen av egen kompetanse blant de ansatte på laveste nivå, sett opp mot kravet om at alt planverk skal øves på årlig (Bergen

Kommune, 2018), tilsier at det kan være et forbedringspotensial. Den subjektive oppfattelsen av egen kompetanse er ikke bare avhengig av hvilken kompetanse man har på papiret (for eksempel utdanning), men er også avhengig av persepsjonelle elementer som kan være relevant å kartlegge i dette tilfellet (eventuelt vurdere hvorvidt det man har kartlagt faktisk reflektere det reelle bildet) (Bing- Jonsson, 2017). Dette stemmer overens med Quarantelli (1998) sitt prinsipp om å ha kunnskap om sannsynlige menneskelige reaksjoner, og dermed også de ansattes opplevelse av risikobildet. Poenget må derfor også ses i sammenheng med punktet om å inkludere ansattgruppen på laveste organisatorisk nivå i større grad, i en planleggingsprosess med utgangspunkt i en dialogisk tilnærming, jf. det kommunikative idealet i kapittel 4.

At en stor del respondenter svarte «vet ikke» på spørsmålene knyttet til om kommunikasjon og etablerte kommunikasjonskanaler er tilstrekkelige, kan tyde på at kommunikasjonen har flere forbedringspunkter. Det var ikke mulig å vise til signifikante forskjeller på spørsmålene basert på testene, men trendene kan tyde på at det er splittede antakelser blant respondentene – spesielt når det kommer til kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten. Samordning med spesialisthelsetjenesten er et sentralt punkt i forbindelse med veilederen til Helsedirektoratet (2016) angående pandemiplanlegging, og baserer seg også på samvirkeprinsippet, beskrevet i kapittel 3. Gode kommunikasjonskanaler i kommunen er sentralt for å bedrive effektiv respons og koordinering av sentrale aktører dersom en pandemi skulle utfolde seg, og det var også dette punktet som ble ansett i evalueringen etter «svineinfluensa» for å ha det største forbedringspotensialet (ibid.). Som nevnt tidligere er øvelser en måte å samordne og skape forbindelse mellom relevante aktører, og derfor bør kommunen evaluere hvorvidt man kan forbedre kommunikasjonen, spesielt med spesialisthelsetjenesten, både under normal drift og i forbindelse med fremtidige øvelser. Samtidig kan det tenkes at bakgrunnen for at en så stor andel av respondentene svarte «vet ikke» på spørsmålene om kommunikasjon og kommunikasjonskanaler, er et tegn på at de ansatte bør bli kjent med kommunikasjonskanalene og hvordan informasjonsformidlingen fungerer i større grad.

Pandemiplanen i kommunen ble revidert da jeg skrev oppgaven. Siden oppgaven hovedsakelig er rettet mot planleggingsprosessen, er det mulig at respondentene ville svart annerledes på spørsmålene på et senere tidspunkt etter at planen ble publisert. Øvelser skal være et virkemiddel

for at pandemiplanen skal være forankret hos ledelsen og iverksatt i alle tjenesteområder i kommunen (Helsedirektoratet, 2016, s. 3), og evalueringene fra øvelsene vil forhåpentligvis føre til oppdatert og forbedret planverk. Det ville vært interessant å undersøke hvordan tidligere øvelser ble vurdert og reflektert i den reviderte planen, sammenlignet med de ansattes vurderinger av eget læringsutbytte.

7.9 Metodiske betraktninger

Avslutningsvis i dette kapittelet vil jeg gjøre en overveielse av metodebruken i oppgaven, og vurdere den opp mot sentrale begreper innenfor vitenskapelig forskning: validitet og reliabilitet.

7.9.1 Validitet

Som nevnt tidligere er den eksterne validiteten i oppgaven veldig lav grunnet den lave svarprosenten på spørreundersøkelsen. (Jacobsen, 2015). Jacobsen (2003, s. 209) skriver at «jo større utvalget blir, desto mindre blir feilmarginen», og et utvalg på under 100 vanskeliggjør en fornuftig analyse av svarene i spørreundersøkelsen. Det var under 100 som gjennomførte undersøkelsen, men det var over 100 som svarte delvis eller fullførte. For å kunne trekke generaliserbare antakelser for ansatte i begge etatene, trengs det dermed høyere svaroppslutning. For fremtidige undersøkelser bør Bergen Kommune vurdere hvordan de kan oppnå en høyere svarprosent, for å få et mer helhetlig og generaliserbart bilde av de ansattes holdninger og meninger.

For å måle den interne validiteten, og på bakgrunn av at spørsmålene i spørreundersøkelsen ikke var standardiserte, ville det vært særdeles relevant å gjennomføre en faktoranalyse. Korrelasjonsmatrisen ga heller ingen konkrete antydninger til at spørsmålene som skulle måle den samme faktoren, faktisk målte den samme faktoren. Samtidig var Cronbachs alpha- verdiene for gruppene av spørsmål stort sett høye, og dette kan tyde på at det er sammenheng mellom spørsmålene som er ment for å måle faktorene i oppgaven. Det er likevel ikke mulig å si med sikkerhet at den interne validiteten er tilfredsstillende nok.

7.9.2 Reliabilitet

Siden denne studien er en tverrsnittstudie, var det ikke muligheter for å vurdere test-retest-reliabilitet. Dette er en test som måler korrelasjon mellom svarene av samme spørsmål på to

forskjellige tidspunkt (Ringdal, 2018, s. 366). Cronbachs- Alfa- verdiene i oppgavene, som måler den interne konsistensen, viste seg å være tilfredsstillende for de aller fleste gruppene av spørsmål som skulle måle den samme faktoren (over 0.6). Spørsmålene som skulle måle om det var konsensus om hvor omfattende beredskapsarbeidet skulle være, var de eneste som ikke oppnådde en ønskelig verdi. Det er nærliggende å anta at det var antallet respondenter som var årsaken til dette.

7.9.3 Svakheter og styrker ved bruk av spørreundersøkelse

En masteroppgave foregår over et kort tidsrom sammenlignet med annen type forskning, eksempelvis doktorgrad. Det vil være nødvendig å ta beslutninger som kan få stor betydning for oppgaven. Basert på denne oppgavens problemstilling, hvor formålet var å sammenligne et stort antall ansatte på ulike organisatoriske nivåer i kommunen, var det naturlig at valget falt på spørreundersøkelse. Det kan tenkes at det hadde vært hensiktsmessig å supplere oppgaven med kvalitative intervjuer rettet mot relevant personell på hvert nivå³³, men samtidig var antallet respondenter i spørreundersøkelsen mindre enn det man kan forvente, basert på antall tilsatte i helsetjenesten.

I forbindelse med bruk av spørreundersøkelse som innsamlingsteknikk, er personvernet høyt. Det er ingen som trenger å være til stede når respondenten svarer, og man kan garantere absolutt anonymitet. Dette gir også problemer. Når undersøkelsen er absolutt anonym, vet man ikke hvem som har svart, og man er dermed nødt til å sende ut purringsmelding til samtlige i målgruppen. (Ringdal, 2013, s. 198)). Dette var også tilfellet i denne studien. For å holde undersøkelsen absolutt anonym, bestemte jeg meg for å ikke slå på funksjonen som sørger for at man må bekrefte e-postadressen sin før man starter undersøkelsen. Hadde jeg slått på denne funksjonen, ville jeg hatt mulighet til å se hvem som hadde svart. Dette ville vært uheldig dersom jeg kun fikk inn et fåtall respondenter, selv om svarene til den enkelte forble anonyme.

En annen ulempe med å bruke denne innsamlingsteknikken er at man ikke vet om respondentene svarer på undersøkelsen to ganger. Hver gang en respondent trykket på lenken, fikk jeg opp en

³³ Det er anbefalt i både internasjonal og norsk metodelitteratur å bruke både kvalitativ og kvantitativ metode i forbindelse med forskning

ny respondent. Dette er spesielt uheldig dersom en respondent sender lenken videre til utenforstående som ikke jobber innenfor helsetjenesten. Da kan jeg risikere at de som svarer på undersøkelsen faktisk ikke tilhører den gruppen jeg ønsker å studere.

En fordel med spørreskjema på internett via epost er at det ikke er kostbart. Her slipper man kostnader knyttet til papir og porto, og SurveyXact opererer med elektronisk lagring av data. Dette fører igjen til at jeg slipper kostnader til koding og andre former for databehandling (Jacobsen, 2005, 262)

Hovedproblemet med undersøkelser på e-post eller internett-baserte skjemaer er lav svarprosent. I enkelte tilfelle kan den være så lav at den er under 10% (Sheenan & Hoy, 1999). I denne oppgaven var svarprosenten langt lavere enn det igjen. Selv om man i teorien har hatt tilgang på tilnærmet alle respondentene man ønsker, så vil man gjerne oppleve at noen faller fra og at det blir (til dels store) variasjoner mellom det teoretiske utvalget og det faktiske utvalget. Generelt opereres det med to ulike typer frafall: 1) Respondentene kan ikke eller vil ikke svare på spørreundersøkelsen som en helhet, 2) Respondentene velger å ikke svare på alle spørsmålene (Jacobsen, 2005, s. 296).

Det finnes ulike grunner til frafall. Hovedsakelig vil det gjelde tre kategorier i denne oppgaven:

- 1) Vi får ikke tak i de vi ønsker (ibid.). Årsaken nevnt over er et eksempel på dette. Mailen som ble sendt kan også bli merket som spam, selv om dette er høyst usannsynlig. Det er også et problem at jeg ikke har direkte tilgang på e-postadressen til målgruppen. Når e-posten blir sendt videre flere ganger kan det lett oppstå kommunikasjonsproblemer, som igjen kan føre til at lenken ikke når dem man ønsker. Det er nærliggende å anta at det er det som er tilfellet i denne studien.
- 2) Vi får tak i personene, men de prioriterer ikke å svare. Dette er spesielt sentralt ved undersøkelser via e-post. Eksempelvis kan det hende at temaet for og nytteverdien av spørreundersøkelsen ikke er formidlet godt nok. En annen faktor som kan påvirke dette punktet er spørreskjemaets form og lengde. Det kan tenkes at spørreskjemaet kunne virke litt langt for respondentene, spesielt dersom man var tilsatt i resultatene (ibid.). Det ble oppgitt at undersøkelsen ville ta ca. 10 minutter å gjennomføre, men det kan tenkes seg at

det tok lengre tid ved enkelte tilfeller. Hovedsakelig var det resultatenhetsleder eller administrativt personell som kun svarte delvis på undersøkelsen. Det er nærliggende å anta at dette var grunnet spørreundersøkelsens lengde.

Samtidig kunne boksen som viste prosentvis hvor langt man hadde kommet i spørreundersøkelsen, gi respondentene et feil inntrykk om at spørreundersøkelsen var mye lengre enn det som var tilfellet. Undersøkelsen var delt opp i fire deler, og boksen stoppet eksempelvis på 42% når ansatte på etatsnivå hadde gjennomført undersøkelsen. Dette ble oppgitt før man begynte på selve spørreundersøkelsen, men det kan tenkes at det ikke kom godt nok frem da undersøkelsen først ble publisert. Dersom man starter på 40 %, og deretter havnet på 41 % ved neste spørsmål, er det nærliggende å tenke at respondentene kunne oppfatte at det var 58-59 spørsmål igjen før man var ferdig. Dette ble endret og forklart bedre fem dager etter at undersøkelsen var sluppet. Da hadde ca. 25% av respondentene kun svart på enkelte av spørsmålene.

- 3) Vi får tak i personene, men de nekter å svare (ibid.). Dette punktet ble gjennomgått på møtet med ansatte i kommunen, og det ble fastslått at det ikke ville være en faktor. Hovedsakelig vil dette punktet dreie seg om personvern eller kontroversielle/ «såre» temaer.

8 Konklusjon

Denne oppgaven har hatt som formål å undersøke i hvilken grad det er ulik tiltro innenfor byrådsavd., helse og omsorg i Bergen kommune, til evnen til å sørge for tjenestekontinuitet under en influensapandemi – basert på vurderinger av faktorer som kan ha betydning for evnen.

Spørreundersøkelse ble anvendt som innsamlingsmetode. Grunnet lav svarprosent, vil det ikke være mulig å generalisere funnene til helsetjenesten som helhet. Dette fører også til at det er vanskelig å trekke konklusjoner om hvorvidt ansettelsesforhold har signifikant innflytelse i forhold til oppgavens problemstilling. Likevel var det mulig å avdekke noen signifikante funn og trender på bakgrunn av det tilegnede datasettet. Sammen med teoretiske aspekter knyttet til hvordan man kan utøve god beredskapsplanlegging, har svarene fra spørreundersøkelsen dannet grunnlaget for en diskusjon som har resultert i mulige tilnærminger jeg mener kan være til nytte for å forbedre kommunens gjeldende praksis.

Den eneste faktoren som ble vurdert ulikt i signifikant grad, var tiltroen til egen kompetanse. Ansatte på lavere organisatorisk nivå har signifikant mindre tiltro til egen kompetanse sammenlignet med ansatte på høyere nivå. Det er en rekke elementer som kan spille inn på hvorfor dette er tilfellet, men relaterte spørsmål tyder på at denne gruppen ansatte ikke opplever at de har fått god nok opplæring i å utføre det som er forventet av dem under en eventuell influensapandemi. Samtidig er det også antydninger til at ansatte på laveste organisatorisk nivå ikke er involvert i særlig grad i planleggingsprosessen. Derfor mener jeg at det kan være hensiktsmessig om ledelsen tar initiativ til å inkludere denne gruppen i større grad, og at prosessen tar utgangspunkt i en dialogisk tilnærming, jf. det kommunikative idealet beskrevet i kapittel 4.

Dette punktet underbygges ved at trender i datasettet tyder på at en betydelig del ansatte ikke opplever at det er en konsensus om hvor omfattende beredskapsarbeidet skal være. En større dialogisk tilnærming blant ansatte vil kunne avdekke mulige målkonflikter, og sørge for god forståelse og samordning mellom aktørene på de ulike organisatoriske nivåene, samt at det vil være mulig å ta beslutninger på bakgrunn av en større forståelse av det helhetlige bildet i helse- og omsorgstjenesten.

Det vil også være sentralt for kommunen å ha en oversikt over hvilket kompetansenivå de ansatte har, og hvilket som faktisk trengs. I sammenheng med dette punktet, mener jeg det kan være hensiktsmessig å tydeliggjøre i større grad hvordan tjenetilbudet skal prioriteres. Trender i datasettet tyder på at dette ikke står klart i gjeldende planer, rutiner og retningslinjer. Dette vil kunne gi en indikasjon på minstekravet av kompetanse som de ansatte bør tilegne seg. Samtidig vil det også kunne rettlede og gjøre de ansatte mer trygge på hva som trengs å bli gjort dersom det oppstår en knapphet på tid og ressurser. En slik oversikt kan også anvendes i forbindelse med andre situasjoner hvor det er høyt personellfravær.

At ansatte i all hovedsak har god tiltro til andre sin kompetanse, samt at intern kommunikasjon og interne kommunikasjonskanaler i all hovedsak blir vurdert som tilstrekkelige, tilsier at det er grunnlag for godt samarbeid under en influensapandemi. Likevel er det antydninger til at det bør vurderes hvorvidt kommunikasjonen med spesialisthelsetjenesten er tilstrekkelig, samt om helsefaglige ansatte på lavere nivå samlet sett bør bli kjent med kommunikasjonskanaler i større grad. Dette vil muligens kunne påvirke informasjonsflyten i en positiv retning, og dermed også håndteringens effektivitet.

Med dagens sykefravær i helsetjenesten, er det diskuterbart om scenarioet som det ble tatt utgangspunkt i, reflekterer de utfordringene som man i realiteten bør forvente ved et alvorlig utbrudd. Den tilknyttede usikkerheten ved en influensaepidemi gjør det vanskelig å planlegge for et konkret scenario, og dermed er det sentralt at beredskapsarbeidet fremmer fleksibilitet. Selv om oppgaven har gitt pekepinner på mulige forbedringsområder, er det mange usikre faktorer som spiller inn. Endringer og forbedringer tar tid, og den tilknyttede risiko ved en influensapandemi, som kommer frem i risikoanalysene beskrevet i kapittel 3, tilsier at kommunen bør jobbe aktivt og kontinuerlig med å avdekke mulige kunnskapshull med betydning for kommunens håndteringsevne. Det at kommunen selv har tatt initiativ til oppgavens tema, viser en vilje til å forbedre seg. Dette viser igjen et proaktivt tankesett, som er en sentral forutsetning for å lykkes med beredskapsarbeidet.

9 Litteraturliste

- Aarsæther, N., Falleth, E., Nyseth, T. & Kristiansen, R. (2012). *Utfordringer for norsk planlegging*. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget
- Alexander, D. (2002). *Principles of emergency planning and management*. Harpenden, Hertfordshire, Storbritannia: Terra Publishing
- Alexander, D. (2003). Towards the development of standards in emergency management training and education, *Disaster Prevention and Management. An International Journal* 12 (2), 113-123. <https://doi.org/10.1108/09653560310474223>
- Alexander, D. (2005). Towards the development of a standard in emergency planning, *Disaster Prevention and Management: An international journal*, 14(2), 158-175. <https://doi.org/10.1108/09653560510595164>
- Aven, T. & Renn, O. (2010). *Risk Management and Governance: Concepts, Guidelines and Applications*. Berlin, Tyskland: Springer.
- Aven, T., Boyesen, M., Njå, O., Olsen, H. & Sandve, K. (2016). *Samfunnssikkerhet* (7 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Balicer R. D., Omer S. B., Barnett D. J. & Everly Jr., G. S. (2006). Local public health workers' perception toward responding to an influenza pandemic. *BMC Public Health*. 22(2), 1–14. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-99>
- Battles, J. B., & Lilford, R. J. (2003). Organizing patient safety research to identify risks and hazards. *Quality & safety in health care*, 12 Suppl 2(Suppl 2), ii2–ii7. https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii2
- Bergen kommune. (2018). *OVERORDNET BEREDSKAPSPLAN for BERGEN KOMMUNE – ADMINISTRATIV DEL*. Hentet fra: https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00345/Overordnet_beredska_345306a.pdf
- Bergen kommune. (2019a). *Byrådsavdeling for helse og omsorg -BHO*. Hentet fra: <http://www.bergen.kommune.no/basic30/dldoclink.asp?docid=BKDOK-2012-00149>
- Bergen kommune. (2019b). *Etat for hjemmebaserte tjenester*. Hentet fra https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00347/r_srapport_2018_-_E_347955a.pdf
- Bergen kommune. (2019c). *Resultatenhetene*. Hentet fra: <https://www.bergen.kommune.no/omkommunen/arsmeldinger/2018/12381>
- Bergen kommune. (u.å.). *Organisering*. Hentet fra: https://pub.framsikt.net/2018/bergen/mr-201812-%C3%A5rsmelding_2018_web/#/generic/summary/8c4b797e-9506-429d-84c5-681e06ac688a-cn

- Bing-Jonsson, P. C., Bjørk, I. T. & Foss, C. (2016). The competence gap in community elderly care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(1). <https://doi.org/10.1177%2F0107408315601814>
- Bing-Jonsson, P. C., Bjørk, I.T., Hofoss D., Kirkevold, M. & Foss, C. (2015). Competence in advanced older people nursing: development of 'Nursing older people – Competence evaluation tool'. *International Journal of Older People Nursing*. 10(1), 59-72. <https://doi.org/10.1111/opn.12057>
- Bing-Jonsson, P. C. (2017). Hva bør vi egentlig kunne og hvordan finne ut av det? *Tidsskriftet aldring og helse*, 21(1). Hentet fra: <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/hva-b%C3%B8r-vi-egentlig-kunne-og-hvordan-finne-ut-av-det/>
- Blaker, M. (2009, 23. Oktober). 1000-1500 dør av influensa hvert år. *Nettavisen*. Hentet fra <https://www.nettavisen.no/nyheter/1000-1500-dor-av-influensa-hvert-ar/2739294.html>
- Boin, A. & Lagadec, P. (2000). Preparing for the Future: Critical Challenges in Crisis Management. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 8(4). Hentet fra <https://ssrn.com/abstract=2196866>
- Boin, A., Kofman-Bos, C. & Overdijk, W. (2004). Crises Simulations: Exploring Tomorrows Vulnerabilities and Threats. *Simulations and gaming*, 35(3). <https://doi.org/10.1177%2F1046878104266220>
- Boin, A., 't Hart, P., Stern, E. og Sundelius B. (2005). *The politics of Crisis management. Public leadership under pressure*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Brudvik, M. (2010, 22. Oktober). *ROS-analyse*. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/ros-analyse>
- Christensen, C. M. (1997). *The innovator's dilemma: When new technologies cause great firms to fail*. Boston, USA: Harvard Business School Press.
- Christensen, T., Egeberg, M., Larsen, H. O., Lægreid, P. & Roness, P. G. (2010). Forvaltning og politikk. (3.utg), 2 opplag, 2012. Oslo: Universitetsforlaget
- Clarke, L. & Perrow, C. (1996). Prosiac organizational failure. *American Behavioral Scientist*, 39 (8), 1040-1056. <https://doi.org/10.1177/0002764296039008008>
- Collins, J. C. & Porras, J. I. (1994). *Built to last: Successful habits of visionary companies*. New York, USA: Harper Business.
- Department of Health & Social Care. (2018). *SPI-M modelling summary for pandemic influenza*. Hentet fra: <https://www.gov.uk/government/publications/spi-m-publish-updated-modelling-summary>
- Dolonen, K. A. (2018, 5. mai). *5900 sykepleiere og spesialsykepleiere mangler i helsevesenet*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/2018/05/5900-sykepleiere-og-spesialsykepleiere-mangler-i-helsevesenet>

- Dolonen, K. A. (2019, 26. april). *80 prosent av brukerne av hjemmesykepleien i Bergen er fornøyde*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/2019/04/80-prosent-av-brukerne-av-hjemmesykepleien-i-bergen-er-fornoyde>
- DSB. (2009). *Kontinuitetsplanlegging – pandemisk Influensa*. Tønsberg: Direktoratet for samfunnssikkerhet
- DSB. (2014). *Nasjonalt risikobilde 2014 (NRB 2014)*. Tønsberg: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
- DSB. (2016). *Samfunnets kritiske funksjoner*. Tønsberg: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
- DSB. (2019). *Analyse av krisescenario 2019*. Tønsberg: Direktoratet for samfunnssikkerhet
- Dreeschm, N., Dolea, C., Dal Poz, M. R., Goubarev, A., Adams, O., Aregawi, M., ... Youssef-Fox, M. (2005). An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals, *Health Policy and Planning*, 20(5), Pages 267–276. <https://doi.org/10.1093/heapol/czi036>
- Dynes, R. R. (1994). Community emergency planning. False assumptions and inappropriate analogies. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*, 12(2), 141-158. Hentet fra <http://udspace.udel.edu/handle/19716/1626>
- Eisenhower, D. D. (1957). A speech to the National Defense Executive Reserve Conference in Washington, D.C., November 14, 1957», i: *D. Eisenhower, Public Papers of the Presidents of the United States, National Archives and Records Service*, Government Printing Office, 1957, s. 818.
- Ellingson, T. & Conn, V. S. (2000). Exercise and quality of life in elderly individuals. *Journal of Gerontological Nursing* 2000; 26(3): 17-24. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20000301-06>
- Engen, O. A. H., Kruke B. I., Lindøe, P. H., Olsen, K. H., Olsen, O. E., Pettersen, K. A. (2016). *Perspektiver på Samfunnsikkerhet*. Oslo: Cappelen DAMM.
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Planveileder for massevaksinasjon mot pandemisk influensa i kommuner og helseforetak*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/2016/planveileder-for-massevaksinasjon-mot-pandemisk-influensa-i-kommuner-og-hel/>
- Folkehelseinstituttet. (2018a, 4. Oktober). *Fakta om influensa*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/sv/influensa/sesonginfluensa/rad-om-influensa/influensa---faktaark-/#registrering>
- Folkehelseinstituttet. (2018b, 4. Oktober). *Hva er en pandemi*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/sv/influensa/influensapandemier/hva-er-en-pandemi/>
- Folkehelseinstituttet. (2018c, 10. oktober). *Rekordmange eldre innlagt på sykehus med influensa vinteren 2017/2018*. Hentet fra: <https://fhi.no/nyheter/2018/rekordmange-influensasyke/>

- Firth-Cozens, J. (2001). Cultures for improving patient safety through learning: the role of teamwork. *Qual Health Care*, 10(2), ii26-ii31. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765756/>
- Foss, B. & Wahl, A. K. (2009, 13 mai.). *Pasienters behov viktigere enn rutiner*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/pasienters-behov-viktigere-enn-rutiner>
- Fowler, K. L., Kling, N. D., & Larson, M. D. (2007). Organizational Preparedness for Coping With a Major Crisis or Disaster. *Business & Society*, 46(1), 88–103. <https://doi.org/10.1177/0007650306293390>
- Friedman, J. (1973). The spatial organization of power in the development of urban systems. *Development of Change*, 4(3), 12-50. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7660.1973.tb00643.x>
- Fredrikstad Kommune. (2018). *Evalueringsrapport øvelse Virus 2017*. Hentet fra: <https://www.fredrikstad.kommune.no/kontakt-oss/organisasjon/om-kommunen/samfunnssikkerhet-og-beredskap/>
- Gershon R. R. M., Qureshi, K. A., Stone, P. W., Pogorzelska, M., Silver, A., Damsky, M. R., ...Raveis, M. R. (2007). Home health care challenges and avian influenza. *Home Health Care Manage Pract*, 20(1):58–69. <https://doi.org/10.1177%2F1084822307305908>
- Gillespie, D. and R. Colignon. (1993). Structural Change in Disaster Preparedness Networks. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*. 11(2): 143—62. Hentet fra: <http://ijmed.org/articles/434/>
- Gran, J., Iversen, B., Hungnes, O. & Aalen, O. (2010). Estimating influenza-related excess mortality and reproduction numbers for seasonal influenza in Norway, 1975–2004. *Epidemiology and Infection*, 138(11), 1559-1568. <https://doi.org/10.1017/S0950268810000671>
- Grimen, H. (2009). *Hva er tillit*. Oslo: Universitetsforlaget
- Halse, H. (2014, 19. juni). *Slik organiseres Bergen kommune*. Hentet fra: <https://www.bergen.kommune.no/politikk/politisk-styring/7006/article-79692>
- Hanger, M. R. (2018, 29. januar). *Kan trenge over dobbelt så mange helsepersonell*. Hentet fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/01/29/kan-trenge-57.000-leger-i-2040/>
- Heale, R. & Twycorss, A. (2015). Validity and reliability in quantitative studies. *Evidence- Based Nursing*, 18(3), 66-67. <http://dx.doi.org/10.1136/eb-2015-102129>
- Helsedirektoratet. (2016). *VEILEDER FOR PANDEMIPLANLEGGING I KOMMUNEHELSE TJENESTEN*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Nasjonal Beredskapsplan Pandemisk Influensa*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-beredskapsplan-pandemisk-influensa/id2354614/>

- Hilland, L., Haugen, S. & Karlsen, M. S. (2015, 22. november). Ansatte raser over kutt i hjemmetjenesten. *BA*. Hentet fra: <https://www.ba.no/ansatte-raser-over-kutt-i-hjemmetjenesten/s/5-8-204493>
- Hovden, S. T. (2012). *Kriseberedskap*. Stavanger: Bokstav forlag
- Hovland, E. (2018, 3. november). *Organisasjonskart*. Hentet fra: <https://www.bergen.kommune.no/omkommunen/avdelinger/byradsavd-for-helse-og-omsorg/6505/6550>
- Hsu, E. B., Thomas T. L., Bass, E. B., Whyne, D., Kelen, G. D. & Green, G. B. (2006). Healthcare worker competencies for disaster training. *BMC Medical Education*, 6(19), Hentet fra: <https://doi.org/10.1186/1472-6920-6-19>
- Hughes, R. G. (2008). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD), USA: Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Hughes, F., Grigg, M., Fritsch, K. & Calder, S. (2007). Psychosocial response in emergency situations—The nurse's role. *International Nursing Review*, 54(1), 19-27. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2007.00514.x>
- Jasanoff, S. (1986). *Risk Management and Political Culture*. Russell Sage Foundation. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/10.7758/9781610443104>
- Johansen, E. N. (2016, 17. april). *Silje orka ikkje jobben lenger*. Hentet fra: <https://www.nrk.no/hordaland/xl/silje-orka-ikkje-jobben-lenger-1.12895339>
- Justis- og politidepartementet. (2002). Samfunnssikkerhet. Veien til et mindre sårbart samfunn. *Stortingsmelding nr. 17, 2001-2001*, Justis og politidepartementet, Oslo.
- Kommuneforlaget. (2005). *Styringssystemet i Bergen kommune*. Hentet fra: https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00010/Styringssystemet_i_B_10441a.pdf
- Kommunetorget. (u.å). *Forankring*. Hentet fra: <http://www.kommunetorget.no/Temaomrader/Kommunal-planlegging/HVORFOR-planlegge/Flere-grunner-til-a-planlegge/Forankring/>
- Kroken, R. (2006). Dersom moralsk ansvar omformes til teknisk ansvar. *Nordisk sosialt arbeid*, 26(2), Artikkel 7. Hentet fra: https://www.idunn.no/nsa/2006/02/dersom_moralsk_ansvar_omformes_til_teknisk_ansvar
- Kruke, B. I. (2012). *Samfunnssikkerhet og Krisehåndtering. Relevans for 22. juli 2011*. Notat 7/12 til 22. juli-kommisjonen. Stavanger: Universitetet i Stavanger
- Lee, H. J. (2004). The role of competence-based trust and organizational identification in continuous improvement *Journal of Managerial Psychology*. 19(6), 623-639. <https://doi.org/10.1108/02683940410551545>

- Leonard, S. Graham, D. & Bonacum. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*, 13(1), i85–i90. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.010033>
- Lipset, S. M. & Schneider, W. (1983). *The confidence Gap, Business, Labor, and Government in the Public Mind*. New York, USA: The Free Press
- Loodtz, A. K. (2018a, 2. juli). *Befolkning*. Hentet fra: <https://www.bergen.kommune.no/omkommunen/fakta-om-bergen/6125/article-63571>
- Loodtz, A. K. (2018b, 29 juni). *Aldersfordeling per 1. januar 2018*. Hentet fra: <https://www.bergen.kommune.no/omkommunen/fakta-om-bergen/6125/article-63574>
- Magnus, P. & Bakketeig, L. S. (2013). *Epidemiologi* (4 utg.), Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mamelund, S. E. (1998). *Spanskesyken i Norge 1918 – 1920. Diffusjon og demografiske konsekvenser*. «Hovedoppgave i samfunnsgeografi». Universitetet i Oslo: Oslo.
- McCarthy, D. & Blumenthal, D. (2006). Stories from the sharp end: case studies in safety improvement. *The Milbank quarterly*, 84(1), 165–200. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2006.00442.x>
- McConnell, A. & Drennan, L. (2006). Mission impossible? Planning and preparing for Crisis. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 14(2). <https://doi.org/10.1111/j.1468-5973.2006.00482.x>
- Michie, S., Johnston, M., Abraham, C., Lawton, R., Parker, D. & Walker, A. (2005). *Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach*. *Qual Saf Health Care*, 14,26–33. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.011155>.
- Mishra, A. (1996). Organizational responses to crisis: the centrality of trust. *Trust in organizations: Frontiers of theory and research* (pp. 261-287). Thousand Oaks, USA: SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452243610.n13>
- NAV. (2019). *Bedriftsundersøkelse*. Hentet fra: <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/Arbeid+og+velferd/Arbeid+og+velferd/bedriftsunders%C3%B8kelsen>
- Newell, S. & Swan, J. (2000). Trust and inter-organizational networking. *Human relations*, 53(10),1287-1328. <https://doi.org/10.1177%2Fa014106>
- NOU 2000:24. (2000). *Et sårbart samfunn. Utfordringer for sikkerhets- og beredskapsarbeidet i samfunnet*. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet
- NOU 2006:6. (2006). *Når sikkerheten er viktigst*. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet.
- NOU 2012: 14. (2012). Rapport fra 2. juli- kommisjonen. Oslo: Statsministerens Kontor
- NRK. (2007,22. november). *Halve Norge kan dø i en pandemi*. Hentet fra: <https://www.nrk.no/norge/-halve-norge-kan-do-i-en-pandemi-1.4109688>

- Norsk Sykepleierforbund. (2013). *Det du bør vite om faglig forsvarlighet*. Hentet fra: https://www.nsf.no/Content/1161840/3%20utgave%20faglig_forsvarlighet.pdf
- Olsen, O. E., Mathiesen, E. R., & Boyesen, M. (2008). *Media og krisehåndtering: En bok om samspillet mellom journalister og krisehåndterere*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Perrow, C. (1984). *Normal Accident: Living with high-risk technologies*. Princeton, New Jersey, USA: Princeton University Press.
- Perry, R. W. & Lindell, M. K. (2003). *Preparedness for Emergency Response: Guidelines for the Emergency Planning Process Disasters*. Oxford, USA: Blackwell Publishing.
- Peters, R. G., Covello, V. T. & McCallum, D. B. (1997). The determinants of trust and credibility in environmental risk communication: An empirical study. *Risk Analysis*, 17(1), 43-54. <https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.1997.tb00842.x>
- Peterson, D. M. & Perry, R.W. (1999). The impacts of disaster exercises on participants. *Disaster Prevention and Management*, 8(4), 241-254. <https://doi.org/10.1108/09653569910283879>
- Probst, G. & Raisch, S. (2005). Organizational crisis: The logic of failure. *Academy of Management Executive*, 19(1), 90-105. <https://doi.org/10.5465/AME.2005.15841958>
- Quarantelli, E. L. & Dynes, R. R. (1977). Response to Social Crisis and Disaster. *Annual Review of Sociology*, 3, Hentet fra <https://www.jstor.org/stable/2945929>
- Quarantelli, E. L. (1998). *Major Criteria For Judging Disaster Planning And Managing Their Applicability In Developing Countries*, Preliminary paper # 268, Newark: University of Delaware Disaster Research Center.
- Qureshi, K., Gershon, R. M., Sherman, M. F., Straub, T., Gebbie, E., McCollum, M., Erwin, M. J. & Morse, S. S. (2005). Health care workers' ability and willingness to report to duty during catastrophic disasters. *J Urban Health*. 2005; 82(3),378–388. <https://doi.org/10.1093/jurban/jti086>
- Rasmussen, B. (2011). Med frihet til å lede? Styling og ledelse i kommunal omsorg. *Magma – Tidsskrift for økonomi og ledelse*, 14(1), 65-72. Hentet fra <https://www.magma.no/med-frihet-til-a-lede-styling-og-ledelse-i-kommunal-omsorg>
- Rasmussen, J. (1997). Risk management in a dynamic society. A modelling problem. *Safety Science* 27 (2/3): 183-213. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(97\)00052-0](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(97)00052-0)
- Rasmussen, J. & Svedung, I. (2000). *Proactive risk management in a dynamic society*. Karlstad, Sverige: Swedish Rescue Services Agency
- Rausand, Marvin. & Øien, K. (2004). Risikoanalyse. Tilbakeblikk og utfordringer. I: Lydersen, Stian: *Fra flis i fingeren til ragnarok* (kapittel 4). Trondheim: Tapir Akademisk forlag.
- Reason, J. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershot, Storbritannia: Ashgate

- Regjeringen. (2016). *Styringsdokument for arbeidet med samfunnssikkerhet og beredskap i kunnskapssektoren*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/styringsdokument-for-arbeidet-med-samfunns-sikkerhet-og-beredskap-i-kunnskapssektoren/id2512037/sec4>
- Renn, O. (2008). *Risk Governance. Coping with uncertainty in a complex world*. London, England: Routledge.
- Resnick, B. (2000). Functional performance and exercise of older adults in long-term care settings. *Journal of Gerontological Nursing*, 26(3), 7-16. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20000301-05>
- Rosenthal, U., Charles, M. T. & T'Hart, P. (1989). *Coping with crisis. The management of disasters, riots, and terrorism*. Springfield, USA: Charles C. Thomas.
- Rosness, R., Grøtan, T. O., Guttormesen, G., Herrera, I. A., Steiro., Størseth, T., Størseth, F., ... Wærø, I. (2010). *Organisational Accident and Resilient Organisations: Six Perspectives*. Revision 2 (2 ed., pp. 143). Trondheim: Sintef Technology and Society Safety Research
- Saunders-Hastings, P. R., & Krewski, D. (2016). Reviewing the History of Pandemic Influenza: Understanding Patterns of Emergence and Transmission. *Pathogens (Basel, Switzerland)*, 5(4), 66. <https://doi.org/10.3390/pathogens5040066>
- Shockley-Zalabak, P., Ellis, K., & Winograd, G. (2000). Organizational trust: What it means, why it matters. *Organization Development Journal*, 18(4), 35-48. Hentet fra <https://search.proquest.com/docview/197985640?accountid=8579>
- Sinclair, H., Doyle, E. E., Johnston, D. M. & Paton, D. (2012). Assessing emergency management training and exercises. *Disaster Prevention and Management*, 21 (4), 507-521. <https://doi.org/10.1108/09653561211256198>
- Sommer, M. & Njå, O. (2011). Learning amongst Norwegian fire-fighters, *Journal of Workplace Learning*, 23 (7), 435-455. <https://doi.org/10.1108/13665621111162963>
- SSB. (2019a). *Helse- og sosialpersonell*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesospers>
- SSB. (2019b). *Sykefravær*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/sykefratot/>
- SSB. (2019c). *Befolkningen*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/befolkning/faktaside/befolkningen>
- Skjøstad, O. (2017, 25. august). *Økt behov for sykepleiere i årene som kommer*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/okt-behov-for-sykepleiere-i-arene-som-kommer>
- Thomas, W.I. & Thomas D.S. (1928). *The child in America: Behavior problems and programs*. New York, USA: A.A.Knopf
- Tillit (u.å.) I T. Gottu (red.). *Det norske akademis ordbok (NAOB)* Hentet fra: https://www.naob.no/ordbok/tiltro_1

- Universitetet i Stavanger. (2017). *Personvern og oppgaveskriving – må jeg søke om tillatelse?*
Hentet fra: <https://student.uis.no/studiehverdag/oppgaveskriving/personvern-og-oppgaveskriving/>
- Vicente, K. J. & Christoffersen, K. (2006). The Walkerton E. coli outbreak: A test of Rasmussen's framework for risk management in a dynamic society. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 7(2), 93–112. <https://doi.org/10.1080/14639220500078153>
- Vike, H. Haukelien, H. Bakken, R. & Løyland, K. (2004). *Kvinnelig bemanning – Om vilkårene for fagutøvelse og kvalitet i pleie- og omsorgsyrkene*. Bø: Telemarksforskning
- Weick, K. E., Sutcliffe, K. & Obstfeld, D. (1999). Organizing for High Reliability: Processes of Collective Mindfulness. *Research in Organizational Behavior*, 21: 81-123. US: Elsevier Science/JAI Press.
- Weick, K. E. & Sutcliffe, K. M. (2001). *Managing the Unexpected: Assuring High Performance in an Age of Complexity*. San Francisco, USA: Jossey-Bass.
- Weick, K. E. (2001). *Making Sense of the Organization*. Malden, USA: Blackwell Publishing.
- Weiseth, L., & Kjeserud, R. (2007). *Ledelse ved kriser – en praktisk veileder*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- World Health Organization (WHO). (2017). *Pandemic influenza risk management: a WHO guide to inform and harmonize national and international pandemic preparedness and response*. Hentet fra: <http://www.who.int/iris/handle/10665/259893>

Metode

- Aamodt, G., Gulbrandsen, P., Laake, P., Aavitsland, P. & Bretthauer, M. (2005). Presentasjon av statistiske analyser i Tidsskriftet. *Den norske legeforening*, 125(17). Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2005/08/oversiktsartikkel/presentasjon-av-statistiske-analyser-i-tidsskriftet>
- Aarnes, H. (2011, 3 februar). *Litt Statistikk*. Hentet fra: <https://www.mn.uio.no/ibv/tjenester/kunnskap/plantefys/matematikk/stat.html>
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design- Quantitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (4 utg.). USA: SAGE
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4.utg). Oslo: Gyldendal akademisk
- Dey, I. (1993). *Qualitative Data Analysis*. London, England: Routledge.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics using SPSS: (And sex and drugs and rock 'n' roll)* (4. utg). London, England: SAGE.
- Ghasemi, A. & Zahediasl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: a guide for non-statisticians. *International journal of endocrinology and metabolism*, 10(2), 486–489. <https://doi.org/10.5812/ijem.3505>
- Jacobsen, D. A. (2003). *Forståelse, beskrivelse og forklaring*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Jacobsen, D. A. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2utg). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS
- Johannessen, A. (2008). *Introduksjon til SPSS* (4. Utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Laerd Statistics. (2015a). Kruskal-Wallis H test using SPSS Statistics. *Statistical tutorials and software guides*. Hentet fra: <https://statistics.laerd.com/>
- Laerd Statistics. (2015b). Mann-Whitney U test using SPSS Statistics. *Statistical tutorials and software guides*. Hentet fra: <https://statistics.laerd.com/>
- Laerd Statistics. (u. å.). *Testing for Normality using SPSS Statistics*. Hentet fra: <https://statistics.laerd.com/spss-tutorials/testing-for-normality-using-spss-statistics-2.php>
- Lam, T., Allen, G., & Green, K. (2010, mai). *Is “neutral” on a Likert scale the same as “Don’t know” for informed and uninformed respondents? Effects of serial position and abelingo n selection of response options*. Papir presentert ved the Annual Meeting of the National Council on Measurement in Education, Denver, USA.

- Neumann, W. L. (2011) *Social Reaserch Methods: Qualitative and Quantitative approaches* (7 utg). Boston, USA: Pearson
- Ringdal, K. (2013) *Enhet og Mangfold – Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3 utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ringdal, K. (2018) *Enhet og Mangfold – Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4 utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sheehan, K. B., & Hoy, M. G. (1997, april). *E-mail surveys: Patterns, process and potential*. Innlegg presentert ved the Academy of American Advertising Conference, St. Louis, USA.
- SPSS tutorials (u.å.). *SPSS Kruskal-Wallis Test – Simple Tutorial with Example*. Hentet fra <https://www.spss-tutorials.com/spss-kruskal-wallis-test-simple-tutorial-with-example/>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Upper Saddle River, USA: Pearson Allyn & Bacon.
- Vargha, A., & Delaney, H. D. (1998). Kruskal-Wallis test and stochastic homogeneity. *Journal of Educational and behavioral Statistics*, 23(2), 170-192. Hentet fra <https://www.jstor.org/stable/1165320>

Loverk

- Forskrift om kommunal beredskapsplikt. (2011). Forskrift om kommunal beredskapsplikt (FOR-2011-08-22-894). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-08-22-894?q=Forskrift%20om%20kommunal%20beredskapsplikt>
- Helseberedskapsloven (2000). Lov om helsemessig og sosial beredskap (LOV-2000-06-23-56). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-23-56?q=helseberedskapsloven>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Lov%20om%20kommunale%20helse-%20og>
- Sivilbeskyttelsesloven. (2010). Lov om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og Sivilforsvaret (LOV-2010-06-25-45). Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2010-06-25-45>
- Smittevernloven. (1994). Lov om vern mot smittsomme sykdommer «LOV-1994-08-05-55». Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55?q=smittevernloven>

Vedlegg 1: Tiltro til andres kompetanse

| | |
|----|---|
| 1) | «Jeg har tiltro til at ansatte i etaten min vet hva som er forventet av dem under en influensapandemi» |
| 2) | «Jeg har tiltro til at ansatte innenfor resultatenehetene i etaten min vet hva som er forventet av de under en influensapandemi» |
| 3) | «Jeg har tiltro til at ansatte i etaten min klarer å gjennomføre det som er forventet av de under en influensapandemi» |
| 4) | «Jeg har tiltro til at ansatte innenfor resultatenehetene i etaten min klarer å gjennomføre det som er forventet av de under en influensapandemi» |

VEDLEGG 1 TABELL 1: DESKRIPTIV STATISTIKK I HVER ETAT FOR HVERT SPØRSMÅL KNYTTET TIL ANDRES KOMPETANSE

| Etat tilsatt | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---------------|-------|-------|------|------|
| Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | 39 | 39 | 39 | 39 |
| | Mangler | 14 | 14 | 14 | 14 |
| | Gjennomsnitt | 3,62 | 3,56 | 4,08 | 4,03 |
| | Median | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 |
| | Modus | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | Standardavvik | 1,138 | 1,165 | ,870 | ,811 |
| | Varians | 1,296 | 1,358 | ,757 | ,657 |
| | Minimum | 1 | 1 | 2 | 2 |
| | Maksimum | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Etat for sykehjem | Svart | 38 | 38 | 37 | 37 |
| | Mangler | 12 | 12 | 13 | 13 |
| | Gjennomsnitt | 4,03 | 3,92 | 4,19 | 4,11 |
| | Median | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 |
| | Modus | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | Standardavvik | ,854 | ,749 | ,739 | ,809 |
| | Varians | ,729 | ,561 | ,547 | ,655 |
| | Minimum | 2 | 2 | 3 | 2 |
| | Maksimum | 5 | 5 | 5 | 5 |

VEDLEGG 1 TABELL 2: DESKRIPTIV STATISTIKK INNAD I ETATENE FOR SPØRSMÅLENE KNYTTET TIL ANDRES KOMPETANSE

| Organisatorisk Nivå | Etat tilsatt | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|----------------------------------|---------------|----------------|----------------|----------------|-------|
| Helsefaglig ansatt ved resultatenheten | Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | 21 | 21 | 21 | 21 |
| | | Mangler | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | | Gjennomsnitt | 3,38 | 3,43 | 4,05 | 3,95 |
| | | Median | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 |
| | | Modus | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | | Standardavvik | 1,284 | 1,248 | ,921 | ,805 |
| | | Varians | 1,648 | 1,557 | ,848 | ,648 |
| | | Mini | 1 | 1 | 2 | 2 |
| | | Maks | 5 | 5 | 5 | 5 |
| | Etat for sykehjem | Svart | 18 | 17 | 16 | 16 |
| | | Mangler | 3 | 4 | 5 | 5 |
| | | Gjennomsnitt | 3,61 | 3,71 | 3,88 | 3,81 |
| | | Median | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 |
| | | Modus | 4 | 4 | 3 ^a | 4 |
| | | Standardavvik | ,778 | ,686 | ,806 | ,834 |
| | | Varians | ,605 | ,471 | ,650 | ,696 |
| | | Min | 2 | 3 | 3 | 2 |
| | | Maks | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Resultatenhetsleder/ administrativ støtte | Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | 15 | 15 | 15 | 15 |
| | | Mangler | 10 | 10 | 10 | 10 |
| | | Gjennomsnitt | 3,87 | 3,67 | 4,07 | 4,07 |
| | | Median | 4,00 | 4,00 | 4,00 | 4,00 |
| | | Modus | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | | Standardavvik | ,915 | 1,113 | ,799 | ,799 |
| | | Varians | ,838 | 1,238 | ,638 | ,638 |
| | | Min | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | | Maks | 5 | 5 | 5 | 5 |
| | Etat for sykehjem | Svart | 19 | 20 | 20 | 20 |
| | | Mangler | 9 | 8 | 8 | 8 |
| | | Gjennomsnitt | 4,42 | 4,15 | 4,45 | 4,35 |
| | | Median | 5,00 | 4,00 | 4,50 | 4,00 |
| | | Modus | 5 | 4 | 5 | 4 |
| | | Standardavvik | ,769 | ,745 | ,605 | ,745 |
| | | Varians | ,591 | ,555 | ,366 | ,555 |
| | | Min | 2 | 2 | 3 | 2 |
| | | Maks | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Etatsnivå | Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | | Mangler | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | Gjennomsnitt | 4,00 | 4,00 | 4,33 | 4,33 |
| | | Median | 4,00 | 4,00 | 5,00 | 5,00 |
| | | Modus | 3 ^a | 3 ^a | 5 | 5 |
| | | Standardavvik | 1,000 | 1,000 | 1,155 | 1,155 |
| | | Varians | 1,000 | 1,000 | 1,333 | 1,333 |
| | | Min | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | | Maks | 5 | 5 | 5 | 5 |
| | Etat for sykehjem | Svart | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | Mangler | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | Gjennomsnitt | 4,00 | 3,00 | 4,00 | 4,00 |
| | | Median | 4,00 | 3,00 | 4,00 | 4,00 |
| | | Modes | 4 | 3 | 4 | 4 |
| | | Min | 4 | 3 | 4 | 4 |
| | | Maks | 4 | 3 | 4 | 4 |

VEDLEGG 1 TABELL 3: SVARFORDELING MELLOM OG INNAD I ETATENE FOR SPØRSMÅL 1

| Jeg har tiltro til at ansatte i etaten min vet hva som er forventet av dem under en influensapandemi | | | | | | |
|--|--|----------------------------------|----------------|--------------|---------|---------------|
| Organisatorisk Nivå | Etat tilsatt | | | Frekvens | Prosent | Svart prosent |
| Helsefaglig ansatte ved resultatenehetene | Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | Svært uenig | 2 | 8,3 | 9,5 |
| | | | Delvis uenig | 4 | 16,7 | 19,0 |
| | | | Verken – eller | 3 | 12,5 | 14,3 |
| | | | Delvis enig | 8 | 33,3 | 38,1 |
| | | | Helt enig | 4 | 16,7 | 19,0 |
| | | Totalt | 21 | 87,5 | 100,0 | |
| | | Mangler | Vet ikke | 1 | 4,2 | |
| | | | Ikke svart | 2 | 8,3 | |
| | | | Totalt | 3 | 12,5 | |
| | | Totalt | | 24 | 100,0 | |
| | Etat for sykehjem | Svart | Delvis uenig | 1 | 4,8 | 5,6 |
| | | | Verken – eller | 7 | 33,3 | 38,9 |
| | | | Delvis enig | 8 | 38,1 | 44,4 |
| | | | Helt enig | 2 | 9,5 | 11,1 |
| | | | Totalt | 18 | 85,7 | 100,0 |
| | | Mangler | Ikke svart | 3 | 14,3 | |
| | | Totalt | | 21 | 100,0 | |
| | Resultatenhetsledere/ administrativ støtte | Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | Delvis uenig | 2 | 8,0 |
| Verken – eller | | | | 1 | 4,0 | 6,7 |
| Delvis enig | | | | 9 | 36,0 | 60,0 |
| Helt enig | | | | 3 | 12,0 | 20,0 |
| Totalt | | | | 15 | 60,0 | 100,0 |
| Mangler | | | Vet ikke | 2 | 8,0 | |
| | | | Ikke svart | 8 | 32,0 | |
| | | | Totalt | 10 | 40,0 | |
| Totalt | | | | 25 | 100,0 | |

VEDLEGG 1 TABELL 4: SVARFORDELING MELLOM OG INNAD I ETATENE FOR SPØRSMÅL 2

| Jeg har tiltro til at ansatte innenfor resultatenehetene i etaten min vet hva som er forventet av de under en influensapandemi | | | | | | | |
|--|---|----------------------------------|----------------|----------------|---------------|-------|------|
| Organisatorisk Nivå | Etat tilsatt | | Frekvens | Prosent | Svart Prosent | | |
| Helsefaglige ansatte ved resultatenehetene | Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | Svært uenig | 1 | 4,2 | 4,8 | |
| | | | Delvis uenig | 6 | 25,0 | 28,6 | |
| | | | Verken – eller | 1 | 4,2 | 4,8 | |
| | | | Delvis enig | 9 | 37,5 | 42,9 | |
| | | | Helt enig | 4 | 16,7 | 19,0 | |
| | | | Totalt | 21 | 87,5 | 100,0 | |
| | | Mangler | Vet ikke | 1 | 4,2 | | |
| | | | Ikke svart | 2 | 8,3 | | |
| | | | Totalt | 3 | 12,5 | | |
| | | Totalt | | 24 | 100,0 | | |
| | Etat for sykehjem | Svart | Verken – eller | 7 | 33,3 | 41,2 | |
| | | | Delvis enig | 8 | 38,1 | 47,1 | |
| | | | Helt enig | 2 | 9,5 | 11,8 | |
| | | | Totalt | 17 | 81,0 | 100,0 | |
| | | Mangler | Vet ikke | 1 | 4,8 | | |
| | | | Ikke svart | 3 | 14,3 | | |
| | | | Totalt | 4 | 19,0 | | |
| | | Totalt | | 21 | 100,0 | | |
| | Resultatenehetsledere/ administrativ støtte | Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | Delvis uenig | 4 | 16,0 | 26,7 |
| | | | | Delvis enig | 8 | 32,0 | 53,3 |
| | | | | Helt enig | 3 | 12,0 | 20,0 |
| Totalt | | | | 15 | 60,0 | 100,0 | |
| Mangler | | | Vet ikke | 2 | 8,0 | | |
| | | | Ikke svart | 8 | 32,0 | | |
| | | | Totalt | 10 | 40,0 | | |
| Totalt | | | | 25 | 100,0 | | |
| Etat for sykehjem | | | Svart | Delvis uenig | 1 | 3,6 | 5,0 |
| | | | | Verken – eller | 1 | 3,6 | 5,0 |
| | | Delvis enig | | 12 | 42,9 | 60,0 | |
| | | Helt enig | | 6 | 21,4 | 30,0 | |
| | | Totalt | | 20 | 71,4 | 100,0 | |
| | | Mangler | Ikke svart | 8 | 28,6 | | |
| Totalt | | | 28 | 100,0 | | | |
| Etatsnivå | Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | Verken – eller | 1 | 25,0 | 33,3 | |
| | | | Delvis enig | 1 | 25,0 | 33,3 | |
| | | | Helt enig | 1 | 25,0 | 33,3 | |
| | | | Totalt | 3 | 75,0 | 100,0 | |
| | | Mangler | Ikke svart | 1 | 25,0 | | |
| | Totalt | | 4 | 100,0 | | | |
| | Etat for sykehjem | Svart | Verken – eller | 1 | 100,0 | 100,0 | |

VEDLEGG 1 TABELL 5: SVARFORDELING MELLOM OG INNAD I ETATENE FOR SPØRSMÅL 3

| Jeg har tiltro til at ansatte i etaten min klarer å gjennomføre det som er forventet av de under en influensapandemi | | | | | | | |
|--|----------------------------------|-------------------|----------------|----------------|---------|---------------|------|
| Organisatorisk Nivå | Etat tilsatt | | | Frekvens | Prosent | Svart Prosent | |
| Helsefaglige ansatte ved resultatenehetene | Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | Delvis uenig | 2 | 8,3 | 9,5 | |
| | | | Verken – eller | 2 | 8,3 | 9,5 | |
| | | | Delvis enig | 10 | 41,7 | 47,6 | |
| | | | Helt enig | 7 | 29,2 | 33,3 | |
| | | | Totalt | 21 | 87,5 | 100,0 | |
| | | Mangler | Vet ikke | 1 | 4,2 | | |
| | | | Ikke svart | 2 | 8,3 | | |
| | | | Totalt | 3 | 12,5 | | |
| | | Totalt | | | 24 | 100,0 | |
| | | Etat for sykehjem | Svart | Verken – eller | 6 | 28,6 | 37,5 |
| | Delvis enig | | | 6 | 28,6 | 37,5 | |
| | Helt enig | | | 4 | 19,0 | 25,0 | |
| | Totalt | | | 16 | 76,2 | 100,0 | |
| | Mangler | | Vet ikke | 2 | 9,5 | | |
| | | | Ikke svart | 3 | 14,3 | | |
| | | | Totalt | 5 | 23,8 | | |
| | Totalt | | | 21 | 100,0 | | |
| Resultatenhetsledere /administrativ støtte | Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | Delvis uenig | 1 | 4,0 | 6,7 | |
| | | | Verken – eller | 1 | 4,0 | 6,7 | |
| | | | Delvis enig | 9 | 36,0 | 60,0 | |
| | | | Helt enig | 4 | 16,0 | 26,7 | |
| | | | Totalt | 15 | 60,0 | 100,0 | |
| | | Mangler | Vet ikke | 2 | 8,0 | | |
| | | | Ikke svart | 8 | 32,0 | | |
| | | | Totalt | 10 | 40,0 | | |
| | | Totalt | | | 25 | 100,0 | |
| | | Etat for sykehjem | Svart | Verken – eller | 1 | 3,6 | 5,0 |
| | Delvis enig | | | 9 | 32,1 | 45,0 | |
| | Helt enig | | | 10 | 35,7 | 50,0 | |
| | Totalt | | | 20 | 71,4 | 100,0 | |
| | Mangler | | Ikke svart | 8 | 28,6 | | |
| | Totalt | | | 28 | 100,0 | | |
| Etatsnivå | Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | Verken – eller | 1 | 25,0 | 33,3 | |
| | | | Helt enig | 2 | 50,0 | 66,7 | |
| | | | Totalt | 3 | 75,0 | 100,0 | |
| | | Mangler | Ikke svart | 1 | 25,0 | | |
| | Totalt | | | 4 | 100,0 | | |
| | Etat for sykehjem | Svart | Delvis enig | 1 | 100,0 | 100,0 | |

VEDLEGG 1 TABELL 6: SVARFORDDELING MELLOM OG INNAD I ETATENE FOR SPØRSMÅL 4

| Jeg har tiltro til at ansatte innenfor resultatenehetene i etaten min klarer å gjennomføre det som er forventet av de under en influensapandemi | | | | | | | |
|---|--|-------------------|----------------------------------|--------------|--------------|---------------|------|
| Organisatorisk Nivå | Etat tilsatt | | | Frekvens | Prosent | Svart prosent | |
| Helsefaglige ansatte ved resultatenehetene | Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | Delvis uenig | 2 | 8,3 | 9,5 | |
| | | | Verken – eller | 1 | 4,2 | 4,8 | |
| | | | Delvis enig | 14 | 58,3 | 66,7 | |
| | | | Helt enig | 4 | 16,7 | 19,0 | |
| | | | Totalt | 21 | 87,5 | 100,0 | |
| | | Mangler | Vet ikke | 1 | 4,2 | | |
| | | | Ikke svart | 2 | 8,3 | | |
| | | | Totalt | 3 | 12,5 | | |
| | | Totalt | | 24 | 100,0 | | |
| | | Etat for sykehjem | Svart | Delvis uenig | 1 | 4,8 | 6,3 |
| | Verken – eller | | | 4 | 19,0 | 25,0 | |
| | Delvis enig | | | 8 | 38,1 | 50,0 | |
| | Helt enig | | | 3 | 14,3 | 18,8 | |
| | Totalt | | | 16 | 76,2 | 100,0 | |
| | Mangler | | Vet ikke | 2 | 9,5 | | |
| | | | Ikke svart | 3 | 14,3 | | |
| | | | Totalt | 5 | 23,8 | | |
| | Totalt | | | 21 | 100,0 | | |
| | Resultatenhetsledere/ administrativ støtte ved resultatenehetene | | Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | Delvis uenig | 1 | 4,0 |
| | | Verken – eller | | | 1 | 4,0 | 6,7 |
| | | Delvis enig | | | 9 | 36,0 | 60,0 |
| Helt enig | | 4 | | | 16,0 | 26,7 | |
| Totalt | | 15 | | | 60,0 | 100,0 | |
| Mangler | | Vet ikke | | 2 | 8,0 | | |
| | | Ikke svart | | 8 | 32,0 | | |
| | | Totalt | | 10 | 40,0 | | |
| Totalt | | | | 25 | 100,0 | | |
| Etat for sykehjem | | Svart | | Delvis uenig | 1 | 3,6 | 5,0 |
| | | | Delvis enig | 10 | 35,7 | 50,0 | |
| | | | Helt enig | 9 | 32,1 | 45,0 | |
| | | | Totalt | 20 | 71,4 | 100,0 | |
| | | Mangler | Ikke svart | 8 | 28,6 | | |
| Totalt | | | 28 | 100,0 | | | |
| Etatsnivå | Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | Verken – eller | 1 | 25,0 | 33,3 | |
| | | | Helt enig | 2 | 50,0 | 66,7 | |
| | | | Totalt | 3 | 75,0 | 100,0 | |
| | | Mangler | Ikke svart | 1 | 25,0 | | |
| | Totalt | | 4 | 100,0 | | | |
| | Etat for sykehjem | Svart | Delvis enig | 1 | 100,0 | 100,0 | |

Vedlegg 2: Tiltro til egen kompetanse

VEDLEGG 2 TABELL 1: DESKRIPTIV STATISTIKK MELLOM ETATENE FOR BEGGE SPØRSMÅLENE KNYTTET TIL EGEN KOMPETANSE

| Etat tilsatt | | Jeg vet hva som er forventet av meg under en influensapandemi. | | Jeg har tiltro til at jeg klarer å gjennomføre det som er forventet av meg under en influensapandemi. | |
|----------------------------------|-------------------|--|-------|---|----|
| Etat for hjemmebaserte tjenester | N | Svart | 38 | 40 | |
| | | Mangler | 15 | 13 | |
| | Gjennomsnitt | | 3,16 | 4,03 | |
| | Median | | 3,50 | 4,00 | |
| | Modus | | 4 | 5 | |
| | Standardavvik | | 1,305 | 1,097 | |
| | Varians | | 1,704 | 1,204 | |
| | Min | | 1 | 1 | |
| | Maks | | 5 | 5 | |
| | Etat for sykehjem | N | Svart | 37 | 39 |
| Mangler | | | 13 | 11 | |
| Gjennomsnitt | | 3,70 | 3,64 | | |
| Median | | 4,00 | 4,00 | | |
| Modus | | 4 | 4 | | |
| Standardavvik | | 1,102 | 1,203 | | |
| Varians | | 1,215 | 1,447 | | |
| Min | | 1 | 1 | | |
| Maks | | 5 | 5 | | |

VEDLEGG 2 TABELL 2: DESKRIPTIV STATISTIKK INNAD I ETATENE FOR SPØRSMÅLENE KNYTTET TIL ANDRES KOMPETANSE

| Organisatorisk Nivå | | Etat tilsatt | | Jeg vet hva som er forventet av meg under en influensapandemi. | | Jeg har tiltro til at jeg klarer å gjennomføre det som er forventet av meg under en influensapandemi. | |
|--|----------------------------------|-------------------|---------|--|-------|---|--|
| Helsefaglige ansatte ved resultatenehetene | Etat for hjemmebaserte tjenester | N | Svart | 19 | 20 | | |
| | | | Mangler | 5 | 4 | | |
| | | Gjennomsnitt | | 2,47 | 3,75 | | |
| | | Median | | 3,00 | 4,00 | | |
| | | Modus | | 1 | 5 | | |
| | | Standardavvik | | 1,349 | 1,333 | | |
| | | Varians | | 1,819 | 1,776 | | |
| | | Min | | 1 | 1 | | |
| | | Maks | | 4 | 5 | | |
| | | Etat for sykehjem | N | Svart | 16 | 18 | |
| | Mangler | | | 5 | 3 | | |
| | Gjennomsnitt | | 2,81 | 2,83 | | | |
| | Median | | 3,00 | 3,00 | | | |
| | Modus | | 2 | 2 | | | |
| | Standardavvik | | ,981 | 1,200 | | | |
| | Varians | | ,963 | 1,441 | | | |
| | Min | | 1 | 1 | | | |
| | Maks | | 4 | 5 | | | |

| | | | | | |
|---|----------------------------------|---------------|---------|----------------|-------|
| Resultatenhetsledere/ administrativ støtte | Etat for hjemmebaserte tjenester | N | Svart | 16 | 17 |
| | | | Mangler | 9 | 8 |
| | | Gjennomsnitt | | 3,81 | 4,29 |
| | | Median | | 4,00 | 4,00 |
| | | Modus | | 4 | 4 |
| | | Standardavvik | | ,834 | ,686 |
| | | Varians | | ,696 | ,471 |
| | | Min | | 2 | 3 |
| | | Maks | | 5 | 5 |
| | Etat for sykehjem | N | Svart | 20 | 20 |
| | | | Mangler | 8 | 8 |
| | | Gjennomsnitt | | 4,40 | 4,30 |
| | | Median | | 4,00 | 4,00 |
| | | Modus | | 4 | 4 |
| | | Standardavvik | | ,598 | ,657 |
| | | Varians | | ,358 | ,432 |
| | | Min | | 3 | 3 |
| | | Maks | | 5 | 5 |
| Etatsnivå | Etat for hjemmebaserte tjenester | N | Svart | 3 | 3 |
| | | | Mangler | 1 | 1 |
| | | Gjennomsnitt | | 4,00 | 4,33 |
| | | Median | | 4,00 | 5,00 |
| | | Modus | | 3 ^a | 5 |
| | | Standardavvik | | 1,000 | 1,155 |
| | | Varians | | 1,000 | 1,333 |
| | | Min | | 3 | 3 |
| | | Maks | | 5 | 5 |
| | Etat for sykehjem | N | Svart | 1 | 1 |
| | | | Mangler | 0 | 0 |
| | | Gjennomsnitt | | 4,00 | 5,00 |
| | | Median | | 4,00 | 5,00 |
| | | Modus | | 4 | 5 |
| | | Min | | 4 | 5 |
| | | Maks | | 4 | 5 |

VEDLEGG 2 TABELL 3: SVARFORDDELING MELLOM OG INNAD I ETATENE FOR SPØRSMÅL 1

| Jeg vet hva som er forventet av meg under en influensapandemi. | | | | | | | |
|--|--|-------------------|----------------------------------|--------------|--------------|---------------|------|
| Organisatorisk Nivå | Etat tilsatt | | | Frekvens | Prosent | Svart Prosent | |
| Helsefaglig ansatt ved resultatenehetene | Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | Svært uenig | 8 | 33,3 | 42,1 | |
| | | | Verken – eller | 5 | 20,8 | 26,3 | |
| | | | Delvis enig | 6 | 25,0 | 31,6 | |
| | | | Totalt | 19 | 79,2 | 100,0 | |
| | | Mangler | Vet ikke | 4 | 16,7 | | |
| | | | Ikke svart | 1 | 4,2 | | |
| | | | Totalt | 5 | 20,8 | | |
| | | Totalt | | | 24 | 100,0 | |
| | | Etat for sykehjem | Svart | Svært uenig | 1 | 4,8 | 6,3 |
| | | | | Delvis uenig | 6 | 28,6 | 37,5 |
| | Verken – eller | | | 4 | 19,0 | 25,0 | |
| | Delvis enig | | | 5 | 23,8 | 31,3 | |
| | Totalt | | | 16 | 76,2 | 100,0 | |
| | Mangler | | Vet ikke | 2 | 9,5 | | |
| | | | Ikke svart | 3 | 14,3 | | |
| | | | Totalt | 5 | 23,8 | | |
| | Totalt | | | 21 | 100,0 | | |
| | Resultatenhetslederne/ administrativ støtte | | Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | Delvis uenig | 1 | 4,0 |
| | | Verken – eller | | | 4 | 16,0 | 25,0 |
| | | Delvis enig | | | 8 | 32,0 | 50,0 |
| Helt enig | | 3 | | | 12,0 | 18,8 | |
| Totalt | | 16 | | 64,0 | 100,0 | | |
| Mangler | | Vet ikke | | 1 | 4,0 | | |
| | | Ikke svart | | 8 | 32,0 | | |
| | | Totalt | | 9 | 36,0 | | |
| Totalt | | | 25 | 100,0 | | | |
| Etat for sykehjem | | Svar | Verken – eller | 1 | 3,6 | 5,0 | |
| | | | Delvis enig | 10 | 35,7 | 50,0 | |
| | | | Helt enig | 9 | 32,1 | 45,0 | |
| | | | Totalt | 20 | 71,4 | 100,0 | |
| | | Mangler | Ikke svart | 8 | 28,6 | | |
| Totalt | | | 28 | 100,0 | | | |
| Etatsnivå | Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | Verken – eller | 1 | 25,0 | 33,3 | |
| | | | Delvis enig | 1 | 25,0 | 33,3 | |
| | | | Helt enig | 1 | 25,0 | 33,3 | |
| | | | Totalt | 3 | 75,0 | 100,0 | |
| | | Mangler | System | 1 | 25,0 | | |
| | Totalt | | | 4 | 100,0 | | |
| | Etat for sykehjem | Svart | Delvis enig | 1 | 100,0 | 100,0 | |

VEDLEGG 2 TABELL 4: SVARFORDELING MELLOM OG INNAD I ETATENE FOR SPØRSMÅL 2

| Jeg har tiltro til at jeg klarer å gjennomføre det som er forventet av meg under en influensapandemi. | | | | | | | |
|---|---|----------------------------------|----------------|----------------|---------|---------------|------|
| Organisatorisk Nivå | Etat tilsatt | | | Frekvens | Prosent | Svart prosent | |
| Helsefaglige ansatte ved resultatenehetene | Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | Svært uenig | 1 | 4,2 | 5,0 | |
| | | | Delvis uenig | 4 | 16,7 | 20,0 | |
| | | | Verken – eller | 2 | 8,3 | 10,0 | |
| | | | Delvis enig | 5 | 20,8 | 25,0 | |
| | | | Helt enig | 8 | 33,3 | 40,0 | |
| | | | Totalt | 20 | 83,3 | 100,0 | |
| | | Mangler | Vet ikke | 2 | 8,3 | | |
| | | | Ikke svart | 2 | 8,3 | | |
| | | | Totalt | 4 | 16,7 | | |
| | | | Totalt | 24 | 100,0 | | |
| | Etat for sykehjem | Valid | Svært uenig | 2 | 9,5 | 11,1 | |
| | | | Delvis uenig | 6 | 28,6 | 33,3 | |
| | | | Verken – eller | 5 | 23,8 | 27,8 | |
| | | | Delvis enig | 3 | 14,3 | 16,7 | |
| | | | Helt enig | 2 | 9,5 | 11,1 | |
| | | | Totalt | 18 | 85,7 | 100,0 | |
| | | Mangler | Ikke svart | 3 | 14,3 | | |
| | | Totalt | 21 | 100,0 | | | |
| | Resultatenhetsledere/ administrativ støtte | Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | Verken – eller | 2 | 8,0 | 11,8 |
| | | | | Delvis enig | 8 | 32,0 | 47,1 |
| Helt enig | | | | 7 | 28,0 | 41,2 | |
| Totalt | | | | 17 | 68,0 | 100,0 | |
| Mangler | | | Ikke svart | 8 | 32,0 | | |
| | | | Totalt | 25 | 100,0 | | |
| Etat for sykehjem | | Svart | Verken – eller | 2 | 7,1 | 10,0 | |
| | | | Delvis enig | 10 | 35,7 | 50,0 | |
| | | | Helt enig | 8 | 28,6 | 40,0 | |
| | | | Totalt | 20 | 71,4 | 100,0 | |
| | | Mangler | Ikke svart | 8 | 28,6 | | |
| | | Totalt | 28 | 100,0 | | | |
| Etatsnivå | | Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | Verken – eller | 1 | 25,0 | 33,3 |
| | | | | Helt enig | 2 | 50,0 | 66,7 |
| | Totalt | | | 3 | 75,0 | 100,0 | |
| | Mangler | | Ikke svart | 1 | 25,0 | | |
| | Totalt | 4 | 100,0 | | | | |
| | Etat for sykehjem | Svart | Helt enig | 1 | 100,0 | 100,0 | |

VEDLEGG 2 TABELL 5: TOTAL SVARFORDELING KNYTTET TIL OPPLÆRING

| Jeg opplever at jeg har fått god nok opplæring i hvordan jeg skal utføre det som er forventet av meg under en influensapandemi. | | | | |
|---|---------------------|--------------|------------|---------|
| Etat tilsatt | Organisatorisk Nivå | | Frekvens | Prosent |
| Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | Helt uenig | 6 | 25,0 |
| | | Delvis uenig | 4 | 16,7 |
| | | Verken eller | 3 | 12,5 |
| | | Delvis enig | 4 | 16,7 |
| | | Helt enig | 1 | 4,2 |
| | | Totalt | 18 | 75,0 |
| | Mangler | Ikke svart | 2 | 8,3 |
| | | Vet ikke | 4 | 16,7 |
| | | Totalt | 6 | 25,0 |
| | Totalt | | 24 | 100,0 |
| | Etat for sykehjem | Svart | Helt uenig | 4 |
| Delvis uenig | | | 5 | 23,8 |
| Verken eller | | | 2 | 9,5 |
| Delvis enig | | | 6 | 28,6 |
| Helt enig | | | 1 | 4,8 |
| Totalt | | | 18 | 85,7 |
| Mangler | | Ikke svart | 3 | 14,3 |
| Totalt | | 21 | 100,0 | |

Vedlegg 3: Konsensus om hvor omfattende beredskapen skal være

TABELL 3.1: DESKRIPTIV STATISTIKK MELLOM ETATENE FOR SPØRSMÅLENE KNYTTET TIL «KONSENSUS AV HVOR OMFATTENDE BEREDSKAPEN SKAL VÆRE»

| Etat tilsatt | | Jeg opplever at influensapandemi er et scenario som tas alvorlig i kommunen | Jeg opplever at det er like oppfatninger i kommunen angående hvor mye tid og ressurser som bør brukes på beredskap for en influensapandemi | Det eksisterer klare og definerte mål og ambisjoner | |
|----------------------------------|---------------|---|--|---|------|
| Etat for hjemmebaserte tjenester | N | Svart | 34 | 31 | 15 |
| | | Mangler | 19 | 22 | 38 |
| | Gjennomsnitt | | 3,76 | 2,61 | 2,93 |
| | Median | | 4,00 | 3,00 | 3,00 |
| | Modus | | 4 | 2 | 3* |
| | Standardavvik | | 1,075 | ,919 | ,961 |
| | Varians | | 1,155 | ,845 | ,924 |
| | Min | | 1 | 1 | 1 |
| | Maks | | 5 | 4 | 4 |
| Etat for sykehjem | N | Svart | 35 | 29 | 18 |
| | | Mangler | 15 | 21 | 32 |
| | Gjennomsnitt | | 3,89 | 2,79 | 3,78 |
| | Median | | 4,00 | 3,00 | 4,00 |
| | Modus | | 4 | 3 | 4 |
| | Standardavvik | | ,932 | ,726 | ,878 |
| | Varians | | ,869 | ,527 | ,771 |
| | Min | | 1 | 1 | 2 |
| | Maks | | 5 | 5 | 5 |

TABELL 3.2: DESKRIPTIV STATISTIKK INNAD I ETATENE FOR SPØRSMÅLENE KNYTTET TIL «KONSENSUS AV OMFANGET AV BEREDSKAPEN»

| Organisatorisk Nivå | Etat tilsatt | | 1 | 2 | 3 | |
|--|--|----------------------------------|---------|----------------|----------------|------|
| Helsefaglige ansatte ved resultatenheterne | Etat for hjemmebaserte tjenester | N | Svart | 17 | 15 | 0 |
| | | | Mangler | 7 | 9 | 24 |
| | | Gjennomsnitt | | 3,59 | 2,20 | |
| | | Median | | 4,00 | 2,00 | |
| | | Modus | | 4 ^a | 2 | |
| | | Standardavvik | | 1,326 | ,862 | |
| | | Varians | | 1,757 | ,743 | |
| | | Min | | 1 | 1 | |
| | | Maks | | 5 | 4 | |
| | Etat for sykehjem | N | Svart | 15 | 13 | 0 |
| | | | Mangler | 6 | 8 | 21 |
| | | Gjennomsnitt | | 3,60 | 2,85 | |
| | | Median | | 4,00 | 3,00 | |
| | | Modus | | 4 | 3 | |
| | | Standardavvik | | 1,121 | ,899 | |
| | | Varians | | 1,257 | ,808 | |
| | | Min | | 1 | 1 | |
| | | Maks | | 5 | 5 | |
| | Resultatenhetsledere/ administrativ støtte | Etat for hjemmebaserte tjenester | N | Svart | 14 | 13 |
| Mangler | | | | 11 | 12 | 13 |
| Gjennomsnitt | | | 3,93 | 3,15 | 2,92 | |
| Median | | | 4,00 | 3,00 | 3,00 | |
| Modus | | | 4 | 3 ^a | 3 ^a | |
| Standardavvik | | | ,730 | ,801 | ,996 | |
| Varians | | | ,533 | ,641 | ,992 | |
| Min | | | 3 | 2 | 1 | |
| Maks | | | 5 | 4 | 4 | |
| Etat for sykehjem | | N | Svart | 19 | 15 | 17 |
| | | | Mangler | 9 | 13 | 11 |
| | | Gjennomsnitt | | 4,05 | 2,73 | 3,82 |
| | | Median | | 4,00 | 3,00 | 4,00 |
| | | Modus | | 4 | 3 | 4 |
| | | Standardavvik | | ,705 | ,594 | ,883 |
| | | Varians | | ,497 | ,352 | ,779 |
| | | Min | | 3 | 2 | 2 |
| | | Maks | | 5 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|-----------|----------------------------------|---------------|----------------|------|----------------|---|
| Etatsnivå | Etat for hjemmebaserte tjenester | N | Svart | 3 | 3 | 3 |
| | | | Mangler | 1 | 1 | 1 |
| | | Gjennomsnitt | 4,00 | 2,33 | 3,00 | |
| | | Median | 4,00 | 2,00 | 3,00 | |
| | | Modus | 3 ^a | 2 | 2 ^a | |
| | | Standardavvik | 1,000 | ,577 | 1,000 | |
| | | Varians | 1,000 | ,333 | 1,000 | |
| | | Min | 3 | 2 | 2 | |
| | | Maks | 5 | 3 | 4 | |
| | Etat for sykehjem | N | Svart | 1 | 1 | 1 |
| | | | Mangler | 0 | 0 | 0 |
| | | Gjennomsnitt | 5,00 | 3,00 | 3,00 | |
| | | Median | 5,00 | 3,00 | 3,00 | |
| | | Modus | 5 | 3 | 3 | |
| | | Min | 5 | 3 | 3 | |
| | | Maks | 5 | 3 | 3 | |

TABELL 3.3: SVARFORDELING MELLOM OG INNAD I ETATENE FOR SPØRSMÅL 1

| Jeg opplever at influensapandemi er et scenario som tas alvorlig i kommunen | | | | | | |
|---|----------------------------------|------------|----------------|----------|---------|---------------|
| Organisatorisk Nivå | Etat tilsatt | | | Frekvens | Prosent | Svart prosent |
| Helsefaglig ansatt ved resultatenehetene | Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | Helt uenig | 2 | 8,3 | 11,8 |
| | | | Delvis uenig | 1 | 4,2 | 5,9 |
| | | | Verken – eller | 4 | 16,7 | 23,5 |
| | | | Delvis enig | 5 | 20,8 | 29,4 |
| | | | Helt enig | 5 | 20,8 | 29,4 |
| | | | Totalt | 17 | 70,8 | 100,0 |
| | | Mangler | Vet ikke | 5 | 20,8 | |
| | | | Ikke svart | 2 | 8,3 | |
| | | | Totalt | 7 | 29,2 | |
| | Totalt | | | 24 | 100,0 | |
| | Etat for sykehjem | Svart | Helt uenig | 1 | 4,8 | 6,7 |
| | | | Delvis uenig | 1 | 4,8 | 6,7 |
| | | | Verken – eller | 4 | 19,0 | 26,7 |
| Delvis enig | | | 6 | 28,6 | 40,0 | |
| Helt enig | | | 3 | 14,3 | 20,0 | |
| Totalt | | | 15 | 71,4 | 100,0 | |
| Mangler | | Vet ikke | 3 | 14,3 | | |
| | | Ikke svart | 3 | 14,3 | | |
| | | Totalt | 6 | 28,6 | | |
| Totalt | | | 21 | 100,0 | | |

| | | | | | | |
|--|--|---------|----------------|------|------|-------|
| Resultatenhetsleder/ administrativ støtte | Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | Verken – eller | 4 | 16,0 | 28,6 |
| | | | Delvis enig | 7 | 28,0 | 50,0 |
| | | | Helt enig | 3 | 12,0 | 21,4 |
| | | | Totalt | 14 | 56,0 | 100,0 |
| | | Mangler | Vet ikke | 3 | 12,0 | |
| | | | Ikke svart | 8 | 32,0 | |
| | | | Totalt | 11 | 44,0 | |
| | Totalt | 25 | 100,0 | | | |
| | Etat for sykehjem | Svart | Verken – eller | 4 | 14,3 | 21,1 |
| | | | Delvis enig | 10 | 35,7 | 52,6 |
| | | | Helt enig | 5 | 17,9 | 26,3 |
| | | | Totalt | 19 | 67,9 | 100,0 |
| | | Mangler | Vet ikke | 1 | 3,6 | |
| | | | Ikke svart | 8 | 28,6 | |
| Totalt | | | 9 | 32,1 | | |
| Totalt | 28 | 100,0 | | | | |

| | | | | | | |
|-----------|--|------------|----------------|------|-------|-------|
| Etatsnivå | Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | Verken – eller | 1 | 25,0 | 33,3 |
| | | | Delvis enig | 1 | 25,0 | 33,3 |
| | | | Helt enig | 1 | 25,0 | 33,3 |
| | | | Totalt | 3 | 75,0 | 100,0 |
| | Mangler | Ikke svart | 1 | 25,0 | | |
| | Totalt | 4 | 100,0 | | | |
| | Etat for sykehjem | Valid | Helt enig | 1 | 100,0 | 100,0 |

TABELL 3.4: SVARFORDELING MELLOM OG INNAD I ETATENE FOR SPØRSMÅL 2

| Jeg opplever at det er like oppfatninger i kommunen angående hvor mye tid og ressurser som bør brukes på beredskap for en influensapandemi | | | | | | |
|--|----------------------------------|------------|----------------|----------|---------|---------------|
| Organisatorisk Nivå | Etat tilsatt | | | Frekvens | Prosent | Svart Prosent |
| Helsefaglig ansatt ved resultatenehetene | Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | Helt uenig | 3 | 12,5 | 20,0 |
| | | | Delvis uenig | 7 | 29,2 | 46,7 |
| | | | Verken – eller | 4 | 16,7 | 26,7 |
| | | | Delvis enig | 1 | 4,2 | 6,7 |
| | | | Totalt | 15 | 62,5 | 100,0 |
| | Mangler | Vet ikke | 7 | 29,2 | | |
| | | Ikke svart | 2 | 8,3 | | |

| | | | | | | |
|---|----------------------------------|------------|----------------|-------|-------|-------|
| | | | Totalt | 9 | 37,5 | |
| | | | Totalt | 24 | 100,0 | |
| | Etat for sykehjem | Svart | Helt uenig | 1 | 4,8 | 7,7 |
| | | | Delvis uenig | 2 | 9,5 | 15,4 |
| | | | Verken – eller | 9 | 42,9 | 69,2 |
| | | | Helt enig | 1 | 4,8 | 7,7 |
| | | | Totalt | 13 | 61,9 | 100,0 |
| | | Mangler | Vet ikke | 5 | 23,8 | |
| | | | Ikke svart | 3 | 14,3 | |
| | | | Totalt | 8 | 38,1 | |
| Totalt | 21 | 100,0 | | | | |
| Resultatenhetsleder/ administrativ støtte | Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | Delvis uenig | 3 | 12,0 | 23,1 |
| | | | Verken – eller | 5 | 20,0 | 38,5 |
| | | | Delvis enig | 5 | 20,0 | 38,5 |
| | | | Totalt | 13 | 52,0 | 100,0 |
| | | Mangler | Vet ikke | 4 | 16,0 | |
| | | | Ikke svart | 8 | 32,0 | |
| | | | Totalt | 12 | 48,0 | |
| | Totalt | 25 | 100,0 | | | |
| | Etat for sykehjem | Svart | Delvis uenig | 5 | 17,9 | 33,3 |
| | | | Verken – eller | 9 | 32,1 | 60,0 |
| | | | Delvis enig | 1 | 3,6 | 6,7 |
| | | | Totalt | 15 | 53,6 | 100,0 |
| | | Mangler | Vet ikke | 5 | 17,9 | |
| | | | Ikke svart | 8 | 28,6 | |
| Totalt | | | 13 | 46,4 | | |
| Totalt | 28 | 100,0 | | | | |
| Etatsnivå | Etat for hjemmebaserte tjenester | Valid | Delvis uenig | 2 | 50,0 | 66,7 |
| | | | Verken – eller | 1 | 25,0 | 33,3 |
| | | | Totalt | 3 | 75,0 | 100,0 |
| | Mangler | Ikke svart | 1 | 25,0 | | |
| | | Totalt | 4 | 100,0 | | |
| | Etat for sykehjem | Svart | Verken – eller | 1 | 100,0 | 100,0 |

TABELL 3.5: SVARFORDDELING MELLOM OG INNAD I ETATENE FOR SPØRSMÅL 3

| Det eksisterer klare og definerte mål og ambisjoner | | | | | | | |
|---|--|-------------------|----------------|--------------|---------|---------------|-----|
| Organisatorisk Nivå | Etat tilsatt | | | Frekvens | Prosent | Svart Prosent | |
| Resultatenhetsleder/ administrativ støtte | Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | Helt uenig | 1 | 4,0 | 8,3 | |
| | | | Delvis uenig | 3 | 12,0 | 25,0 | |
| | | | Verken – eller | 4 | 16,0 | 33,3 | |
| | | | Delvis enig | 4 | 16,0 | 33,3 | |
| | | | Totalt | 12 | 48,0 | 100,0 | |
| | | Mangler | Ikke svart | 8 | 32,0 | | |
| | | | Vet ikke | 5 | 20,0 | | |
| | | | Totalt | 13 | 52,0 | | |
| | | Totalt | | | 25 | 100,0 | |
| | | Etat for sykehjem | Svart | Delvis uenig | 1 | 3,6 | 5,9 |
| | Verken – eller | | | 5 | 17,9 | 29,4 | |
| | Delvis enig | | | 7 | 25,0 | 41,2 | |
| | Helt enig | | | 4 | 14,3 | 23,5 | |
| | Totalt | | | 17 | 60,7 | 100,0 | |
| | Mangler | | Ikke svart | 8 | 28,6 | | |
| | | | Vet ikke | 3 | 10,7 | | |
| | | | Totalt | 11 | 39,3 | | |
| Totalt | | | 28 | 100,0 | | | |
| Etatsnivå | Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | Delvis uenig | 1 | 25,0 | 33,3 | |
| | | | Verken – eller | 1 | 25,0 | 33,3 | |
| | | | Delvis enig | 1 | 25,0 | 33,3 | |
| | | | Totalt | 3 | 75,0 | 100,0 | |
| | | Mangler | Ikke svart | 1 | 25,0 | | |
| | Totalt | | | 4 | 100,0 | | |
| | Etat for sykehjem | Svart | Verken – eller | 1 | 100,0 | 100,0 | |

Vedlegg 4: Kommunikasjon og kommunikasjonskanaler

| |
|---|
| 1) «Jeg opplever at etablerte kommunikasjonskanaler internt i kommunen i forbindelse med pandemiberedskap fungerer tilstrekkelig» |
| 2) «Jeg opplever at kommunikasjonen mellom ansatte og ledere for beredskapsarbeidet i forbindelse med smittevern er tilfredsstillende». |
| 3) «Jeg opplever at det er tilstrekkelig dialog mellom resultatenehetene i etaten og spesialisthelsetjenesten i kommunen i forbindelse med pandemiplanlegging». |

TABELL 4.1: DESKRIPTIV STATISTIKK MELLOM ETATENE FOR SPØRSMÅLENE KNYTTET TIL KOMMUNIKASJON OG KOMMUNIKASJONSKANALER

| Etat tilsatt | | 1 | 2 | 3 |
|----------------------------------|---------------|------|-------|----------------|
| Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | 31 | 30 | 13 |
| | Mangler | 22 | 23 | 40 |
| | Gjennomsnitt | 3,74 | 3,83 | 2,92 |
| | Median | 4,00 | 4,00 | 3,00 |
| | Modus | 4 | 4 | 2 ^a |
| | Standardavvik | ,965 | ,834 | 1,115 |
| | Varians | ,931 | ,695 | 1,244 |
| | Min | 1 | 2 | 1 |
| | Maks | 5 | 5 | 5 |
| Etat for sykehjem | Svart | 32 | 32 | 16 |
| | Mangler | 18 | 18 | 34 |
| | Gjennomsnitt | 3,75 | 3,50 | 3,50 |
| | Median | 4,00 | 4,00 | 3,00 |
| | Modus | 3 | 4 | 3 |
| | Standardavvik | ,950 | 1,136 | ,966 |
| | Varians | ,903 | 1,290 | ,933 |
| | Min | 2 | 1 | 2 |
| | Maks | 5 | 5 | 5 |

TABELL 4.2: DESKRIPTIV STATISTIKK MELLOM NIVÅENE INNAD I ETATENE FOR SPØRSMÅLENE KNYTTET TIL KOMMUNIKASJON OG KOMMUNIKASJONSKANALER.

| Etat tilsatt | Organisatorisk nivå | | 1 | 2 | 3. |
|----------------------------------|--|--|-------|----------------|-------|
| Etat for hjemmebaserte tjenester | Helsefaglig ansatt ved resultatenheterne | Svart | 16 | 16 | 0 |
| | | Mangler | 8 | 8 | 24 |
| | | Gjennomsnitt | 3,63 | 3,81 | |
| | | Median | 3,50 | 4,00 | |
| | | Modus | 3 | 4 | |
| | | Standardavvik | ,719 | ,834 | |
| | | Varians | ,517 | ,696 | |
| | | Min | 3 | 2 | |
| | | Maks | 5 | 5 | |
| | | Resultatenhetsledere/ administrativ støtte | Svart | 13 | 12 |
| | Mangler | | 12 | 13 | 14 |
| | Gjennomsnitt | | 3,77 | 3,83 | 3,09 |
| | Median | | 4,00 | 4,00 | 3,00 |
| | Modus | | 4 | 4 | 2 |
| | Standardavvik | | 1,235 | ,937 | 1,044 |
| | Varians | | 1,526 | ,879 | 1,091 |
| | Min | | 1 | 2 | 2 |
| | Maks | | 5 | 5 | 5 |
| | Etatsnivå | | Svart | 2 | 2 |
| | | Mangler | 2 | 2 | 2 |
| Gjennomsnitt | | 4,50 | 4,00 | 2,00 | |
| Median | | 4,50 | 4,00 | 2,00 | |
| Modus | | 4 ^a | 4 | 1 ^a | |
| Standardavvik | | ,707 | ,000 | 1,414 | |
| Varians | | ,500 | ,000 | 2,000 | |
| Min | | 4 | 4 | 1 | |
| Maks | | 5 | 4 | 3 | |
| Etat for sykehjem | | Helsefaglig ansatt ved Resultatenhetene | Svart | 14 | 13 |
| | Mangler | | 7 | 8 | 21 |
| | Gjennomsnitt | | 3,50 | 3,15 | |
| | Median | | 3,00 | 3,00 | |
| | Modus | | 3 | 3 | |
| | Standardavvik | | ,855 | 1,281 | |
| | Varians | | ,731 | 1,641 | |
| | Min | | 2 | 1 | |
| | Resultatenhetsledere/ administrativ støtte | Maks | 5 | 5 | |
| | | Svart | 17 | 18 | 15 |
| | | Mangler | 11 | 10 | 13 |
| | | Gjennomsnitt | 4,00 | 3,78 | 3,47 |
| | | Median | 4,00 | 4,00 | 3,00 |
| | | Modus | 5 | 4 | 3 |
| | | Standardavvik | 1,000 | 1,003 | ,990 |
| | | Varians | 1,000 | 1,007 | ,981 |
| | | Min | 2 | 2 | 2 |
| | | Maks | 5 | 5 | 5 |
| | Etatsnivå | Svart | 1 | 1 | 1 |
| | | Mangler | 0 | 0 | 0 |
| | | Gjennomsnitt | 3,00 | 3,00 | 4,00 |
| | | Median | 3,00 | 3,00 | 4,00 |
| | | Modus | 3 | 3 | 4 |
| | | Min | 3 | 3 | 4 |
| | | Maks | 3 | 3 | 4 |

TABELL 4.3: SVARFORDELING MELLOM OG INNAD I ETATENE FOR SPØRSMÅL 1

| Jeg opplever at etablerte kommunikasjonskanaler internt i kommunen i forbindelse med pandemiberedskap fungerer tilstrekkelig | | | | | | |
|--|--|------------|----------------|----------|---------|---------------|
| Etat tilsatt | Organisatorisk Nivå | | | Frekvens | Prosent | Svart Prosent |
| Etat for hjemmebaserte tjenester | Helsefaglig ansatt ved resultatenehetene | Svart | Verken – eller | 8 | 33,3 | 50,0 |
| | | | Delvis enig | 6 | 25,0 | 37,5 |
| | | | Helt enig | 2 | 8,3 | 12,5 |
| | | | Totalt | 16 | 66,7 | 100,0 |
| | | Mangler | Vet ikke | 6 | 25,0 | |
| | | | Ikke svart | 2 | 8,3 | |
| | | | Totalt | 8 | 33,3 | |
| | Totalt | | 24 | 100,0 | | |
| | Resultatenhetsleder/ administrativ støtte | Svart | Helt uenig | 1 | 4,0 | 7,7 |
| | | | Delvis uenig | 1 | 4,0 | 7,7 |
| | | | Verken – eller | 2 | 8,0 | 15,4 |
| | | | Delvis enig | 5 | 20,0 | 38,5 |
| | | | Helt enig | 4 | 16,0 | 30,8 |
| | | Totalt | 13 | 52,0 | 100,0 | |
| Mangler | | Vet ikke | 4 | 16,0 | | |
| Ikke svart | 8 | 32,0 | | | | |
| Totalt | 12 | 48,0 | | | | |
| | | Totalt | | 25 | 100,0 | |
| | Etatsnivå | Svart | Delvis enig | 1 | 25,0 | 50,0 |
| Helt enig | | | 1 | 25,0 | 50,0 | |
| Totalt | | | 2 | 50,0 | 100,0 | |
| Mangler | | Vet ikke | 1 | 25,0 | | |
| | | Ikke svart | 1 | 25,0 | | |
| | | Totalt | 2 | 50,0 | | |
| Totalt | | 4 | 100,0 | | | |
| Etat for sykehjem | Helsefaglig ansatt ved resultatenehetene | Svart | Delvis uenig | 1 | 4,8 | 7,1 |
| | | | Verken – eller | 7 | 33,3 | 50,0 |
| | | | Delvis enig | 4 | 19,0 | 28,6 |
| | | | Helt enig | 2 | 9,5 | 14,3 |
| | | | Totalt | 14 | 66,7 | 100,0 |
| | | Mangler | Vet ikke | 4 | 19,0 | |
| | | | Ikke svart | 3 | 14,3 | |
| Totalt | 7 | 33,3 | | | | |
| | | Totalt | | 21 | 100,0 | |
| | Resultatenhetsledere/ administrativ støtte | Svart | Delvis uenig | 1 | 3,6 | 5,9 |
| Verken – eller | | | 5 | 17,9 | 29,4 | |
| Delvis enig | | | 4 | 14,3 | 23,5 | |
| Helt enig | | | 7 | 25,0 | 41,2 | |
| Totalt | | | 17 | 60,7 | 100,0 | |
| Mangler | | Vet ikke | 3 | 10,7 | | |
| | | Ikke svart | 8 | 28,6 | | |
| Totalt | 11 | 39,3 | | | | |
| Totalt | | 28 | 100,0 | | | |
| | Etatsnivå | Svart | Verken – eller | 1 | 100,0 | 100,0 |

TABELL 4.4: SVARFORDELING MELLOM OG INNAD I ETATENE FOR SPØRSMÅL 2

| Jeg opplever at kommunikasjonen mellom ansatte og ledere for beredskapsarbeidet i forbindelse med smittevern er tilfredsstillende. | | | | | | |
|--|---|------------|--|----------|--------------|---------------|
| Etat tilsatt | Organisatorisk Nivå | | | Frekvens | Prosent | Svart prosent |
| Etat for hjemmebaserte tjenester | Helsefaglig ansatt ved resultatenhetene | Svart | Delvis uenig | 1 | 4,2 | 6,3 |
| | | | Verken – eller | 4 | 16,7 | 25,0 |
| | | | Delvis enig | 8 | 33,3 | 50,0 |
| | | | Helt enig | 3 | 12,5 | 18,8 |
| | | | Totalt | 16 | 66,7 | 100,0 |
| | | Mangler | Ikke svart | 2 | 8,3 | |
| | | | Vet ikke | 6 | 25,0 | |
| | | | Totalt | 8 | 33,3 | |
| | | | Totalt | 24 | 100,0 | |
| | | | Resultatenhetsledere/ administrativ støtte | Svart | Delvis uenig | 1 |
| | Verken – eller | 3 | | | 12,0 | 25,0 |
| | Delvis enig | 5 | | | 20,0 | 41,7 |
| | Helt enig | 3 | | | 12,0 | 25,0 |
| | Totalt | 12 | | | 48,0 | 100,0 |
| | Mangler | Ikke svart | | 8 | 32,0 | |
| | | Vet ikke | | 5 | 20,0 | |
| | | Totalt | | 13 | 52,0 | |
| | | Totalt | | 25 | 100,0 | |
| | | Etatsnivå | | Svart | Delvis enig | 2 |
| | Mangler | | Ikke svart | | 1 | 25,0 |
| Vet ikke | 1 | | 25,0 | | | |
| Totalt | 2 | | 50,0 | | | |
| Totalt | 4 | | 100,0 | | | |
| Etat for sykehjem | Helsefaglig ansatt ved resultatenhetene | Svart | Helt uenig | 2 | 9,5 | 15,4 |
| | | | Delvis uenig | 1 | 4,8 | 7,7 |
| | | | Verken – eller | 5 | 23,8 | 38,5 |
| | | | Delvis enig | 3 | 14,3 | 23,1 |
| | | | Helt enig | 2 | 9,5 | 15,4 |
| | | Totalt | 13 | 61,9 | 100,0 | |
| | | Mangler | Ikke svart | 3 | 14,3 | |
| | | | Vet ikke | 5 | 23,8 | |
| | | | Totalt | 8 | 38,1 | |
| | | | Totalt | 21 | 100,0 | |

| | | | | | | | |
|--|---|-----------|----------------|----------------|------|-------|-------|
| | Resultatenhetsledere/ administrativ støtte | Svart | Delvis uenig | 3 | 10,7 | 16,7 | |
| | | | Verken – eller | 2 | 7,1 | 11,1 | |
| | | | Delvis enig | 9 | 32,1 | 50,0 | |
| | | | Helt enig | 4 | 14,3 | 22,2 | |
| | | | Totalt | 18 | 64,3 | 100,0 | |
| | | Mangler | Ikke svart | 8 | 28,6 | | |
| | | | Vet ikke | 2 | 7,1 | | |
| | | | Totalt | 10 | 35,7 | | |
| | | Totalt | | | 28 | 100,0 | |
| | | Etatsnivå | Svart | Verken – eller | 1 | 100,0 | 100,0 |

TABELL 4.5: SVARFORDDELING MELLOM OG INNAD I ETATENE FOR SPØRSMÅL 3

| Jeg opplever at det er tilstrekkelig dialog mellom resultatenheter i etaten og spesialisthelsetjenesten i kommunen i forbindelse med pandemiplanlegging. | | | | | | | |
|--|---|-----------|----------------|-------------|---------|---------------|-------|
| Etat tilsatt | Organisatorisk Nivå | | | Frekvens | Prosent | Svart Prosent | |
| Etat for hjemmebaserte tjenester | Resultatenhetsledere/ administrativ støtte | Svart | Delvis uenig | 4 | 16,0 | 36,4 | |
| | | | Verken – eller | 3 | 12,0 | 27,3 | |
| | | | Delvis enig | 3 | 12,0 | 27,3 | |
| | | | Helt enig | 1 | 4,0 | 9,1 | |
| | | | Totalt | 11 | 44,0 | 100,0 | |
| | | Mangler | Ikke svart | 8 | 32,0 | | |
| | | | Vet ikke | 6 | 24,0 | | |
| | | | Totalt | 14 | 56,0 | | |
| | | Totalt | | | 25 | 100,0 | |
| | | Etatsnivå | Svart | Svært uenig | 1 | 25,0 | 50,0 |
| | Verken – eller | | | 1 | 25,0 | 50,0 | |
| | Total | | | 2 | 50,0 | 100,0 | |
| | Mangler | | Ikke svart | 1 | 25,0 | | |
| | | | Vet ikke | 1 | 25,0 | | |
| | | | Totalt | 2 | 50,0 | | |
| Totalt | | | | 4 | 100,0 | | |
| Etat for sykehjem | Resultatenhetsledere/ administrativ støtte | Svart | Delvis uenig | 2 | 7,1 | 13,3 | |
| | | | Verken – eller | 7 | 25,0 | 46,7 | |
| | | | Delvis enig | 3 | 10,7 | 20,0 | |
| | | | Helt enig | 3 | 10,7 | 20,0 | |
| | | | Totalt | 15 | 53,6 | 100,0 | |
| | | Mangler | Ikke svart | 8 | 28,6 | | |
| | | | Vet ikke | 5 | 17,9 | | |
| | | | Totalt | 13 | 46,4 | | |
| | | Totalt | | | 28 | 100,0 | |
| | | Etatsnivå | Svart | Delvis enig | 1 | 100,0 | 100,0 |

Vedlegg 5: Planer og planlegging

| |
|---|
| 1) I hvilken grad er det iverksatt beredskapsplanlegging for tjenestekontinuitet i etaten (og resultatenehetene) ved en influensapandemi med høyt personellfravær? |
| 2) I hvilken grad er det implementert retningslinjer eller prosedyrer for kontinuitetsplanlegging ved vanlige episoder med høyt fravær blant ansatte? |
| 3) I hvilken grad er det identifisert og beskrevet hvor stor andel av tjenester som kan reduseres i rutiner eller retningslinjer for tjenestekontinuitet/episoder med høyt personellfravær? |
| 4) I hvilken grad er det identifisert og beskrevet hvilke tjenester som er kritiske i rutiner eller retningslinjer for tjenestekontinuitet/episoder med høyt personellfravær? |

TABELL 5.1: DESKRIPTIV STATISTIKK MELLOM OG INNAD I ETATENE FOR SPØRSMÅLENE KNYTTET TIL PLANER OG PLANLEGGING

| Etat tilsatt | Organisatorisk Nivå | | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|----------------------------------|--|---------------|---------------|------|-------|-------|------|
| Etat for hjemmebaserte tjenester | Resultatenhetsleder/administrativ støtte | Svart | 18 | 20 | 17 | 16 | |
| | | Mangler | 7 | 5 | 8 | 9 | |
| | | Gjennomsnitt | 3,17 | 3,30 | 2,41 | 2,44 | |
| | | Median | 3,00 | 3,50 | 2,00 | 2,00 | |
| | | Modus | 3 | 4 | 3 | 2 | |
| | | Standardavvik | ,577 | ,816 | 1,155 | ,577 | |
| | | Varians | ,333 | ,667 | 1,333 | ,333 | |
| | | Min | 3 | 3 | 2 | 2 | |
| | | Maks | 4 | 5 | 4 | 3 | |
| Etat for sykehjem | Resultatenhetsleder/administrativ støtte | Svart | 25 | 24 | 21 | 20 | |
| | | Mangler | 3 | 4 | 7 | 8 | |
| | | Gjennomsnitt | 3,48 | 3,50 | 2,81 | 3,10 | |
| | | Median | 4,00 | 4,00 | 3,00 | 3,00 | |
| | | Modus | 4 | 4 | 3 | 3 | |
| | | | Standardavvik | ,823 | ,885 | 1,030 | ,641 |
| | | | Varians | ,677 | ,783 | 1,062 | ,411 |
| | | | Min | 1 | 1 | 1 | 2 |
| | | | Maks | 5 | 5 | 5 | 4 |
| | | Etatsnivå | Svart | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | Mangler | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | Gjennomsnitt | 4,00 | 4,00 | 2,00 | 3,00 |
| | | | Median | 4,00 | 4,00 | 2,00 | 3,00 |
| | Modus | | 4 | 4 | 2 | 3 | |
| | | Min | 4 | 4 | 2 | 3 | |
| | | Maks | 4 | 4 | 2 | 3 | |

TABELL 5.2 SVARFORDELING MELLOM OG INNAD I ETATENE FOR SPØRSMÅL 1

| Etat tilsatt | Organisatorisk Nivå | | | Frekvens | Prosent | Svart Prosent |
|----------------------------------|--|--|--------------------|--------------------|---------|---------------|
| Etat for hjemmebaserte tjenester | Resultatenhetsleder/ administrativ støtte | Svart | I svært liten grad | 1 | 4,0 | 5,6 |
| | | | I liten grad | 3 | 12,0 | 16,7 |
| | | | I noen grad | 8 | 32,0 | 44,4 |
| | | | I stor grad | 4 | 16,0 | 22,2 |
| | | | I svært stor grad | 2 | 8,0 | 11,1 |
| | | | Totalt | 18 | 72,0 | 100,0 |
| | | Mangler | Ikke svart | 3 | 12,0 | |
| | | | Vet ikke | 4 | 16,0 | |
| | | | Totalt | 7 | 28,0 | |
| | | Totalt | 25 | 100,0 | | |
| | Etatsnivå | Svart | I noen grad | 2 | 50,0 | 50,0 |
| | | | I stor grad | 2 | 50,0 | 50,0 |
| | | | Totalt | 4 | 100,0 | 100,0 |
| | Etat for sykehjem | Resultatenhetsleder/ administrativ støtte | Svart | I svært liten grad | 1 | 3,6 |
| I liten grad | | | | 1 | 3,6 | 4,0 |
| I noen grad | | | | 9 | 32,1 | 36,0 |
| I stor grad | | | | 13 | 46,4 | 52,0 |
| I svært stor grad | | | | 1 | 3,6 | 4,0 |
| Total | | | | 25 | 89,3 | 100,0 |
| Mangler | | | Ikke svart | 2 | 7,1 | |
| | | | Vet ikke | 1 | 3,6 | |
| | | | Total | 3 | 10,7 | |
| Totalt | | | 28 | 100,0 | | |
| Etatsnivå | | Svart | I stor grad | 1 | 100,0 | 100,0 |

TABELL 5.3 SVARFORDELING MELLOM OG INNAD I ETATENE FOR SPØRSMÅL 2

| Etat tilsatt | Organisatorisk Nivå | | | Frekvens | Prosent | Svart Prosent | |
|----------------------------------|--|------------|--------------------|------------|-------------|------------------|-------|
| Etat for hjemmebaserte tjenester | Resultatenhetsleder/ administrativ støtte | Svart | I liten grad | 5 | 20,0 | 25,0 | |
| | | | I noen grad | 5 | 20,0 | 25,0 | |
| | | | I stor grad | 9 | 36,0 | 45,0 | |
| | | | I svært stor grad | 1 | 4,0 | 5,0 | |
| | | | Total | 20 | 80,0 | 100,0 | |
| | Mangler | Ikke svart | 3 | 12,0 | | | |
| | | Vet ikke | 2 | 8,0 | | | |
| | | Totalt | 5 | 20,0 | | | |
| | Totalt | | 25 | 100,0 | | | |
| | Etatsnivå | Svart | I noen grad | 1 | 25,0 | 25,0 | |
| I stor grad | | | 2 | 50,0 | 50,0 | | |
| I svært stor grad | | | 1 | 25,0 | 25,0 | | |
| Totalt | | | 4 | 100,0 | 100,0 | | |
| Etat for sykehjem | Resultatenhetsleder/ administrativ støtte | Svart | I svært liten grad | 1 | 3,6 | 4,2 | |
| | | | I liten grad | 1 | 3,6 | 4,2 | |
| | | | I noen grad | 9 | 32,1 | 37,5 | |
| | | | I stor grad | 11 | 39,3 | 45,8 | |
| | | | I svært stor grad | 2 | 7,1 | 8,3 | |
| | | | Totalt | 24 | 85,7 | 100,0 | |
| | | | Mangler | Ikke svart | 3 | 10,7 | |
| | | | | Vet ikke | 1 | 3,6 | |
| | | | | Totalt | 4 | 14,3 | |
| | | | Totalt | | 28 | 100,0 | |
| | | | Etatsnivå | Svart | I stor grad | 1 | 100,0 |

TABELL 5.4 SVARFORDELING MELLOM OG INNAD I ETATENE FOR SPØRSMÅL 3

| Etat tilsatt | Organisatorisk Nivå | | | Frekvens | Prosent | Svart prosent |
|----------------------------------|--|------------|--------------------|----------|---------|---------------|
| Etat for hjemmebaserte tjenester | Resultatenhetsleder/ administrativ støtte | Svart | I svært liten grad | 4 | 16,0 | 23,5 |
| | | | I liten grad | 5 | 20,0 | 29,4 |
| | | | I noen grad | 6 | 24,0 | 35,3 |
| | | | I stor grad | 1 | 4,0 | 5,9 |
| | | | I svært stor grad | 1 | 4,0 | 5,9 |
| | | Total | 17 | 68,0 | 100,0 | |
| | Mangler | Ikke svart | 4 | 16,0 | | |
| | | Vet ikke | 4 | 16,0 | | |
| | | Totalt | 8 | 32,0 | | |
| | Totalt | | 25 | 100,0 | | |
| | Etatsnivå | Svart | I liten grad | 2 | 50,0 | 66,7 |
| | | | I stor grad | 1 | 25,0 | 33,3 |
| | | | Total | 3 | 75,0 | 100,0 |
| Mangler | | Ikke svart | 1 | 25,0 | | |
| Totalt | | 4 | 100,0 | | | |
| Etat for sykehjem | Resultatenhetsleder/ administrativ støtte | Svart | I svært liten grad | 2 | 7,1 | 9,5 |
| | | | I liten grad | 6 | 21,4 | 28,6 |
| | | | I noen grad | 8 | 28,6 | 38,1 |
| | | | I stor grad | 4 | 14,3 | 19,0 |
| | | | I svært stor grad | 1 | 3,6 | 4,8 |
| | | Total | 21 | 75,0 | 100,0 | |
| | Mangler | Ikke svart | 4 | 14,3 | | |
| | | Vet ikke | 3 | 10,7 | | |
| | | Totalt | 7 | 25,0 | | |
| | Totalt | | 28 | 100,0 | | |
| | Etat | Svart | I liten grad | 1 | 100,0 | 100,0 |

TABELL 5.5 SVARFORDELING MELLOM OG INNAD I ETATENE FOR SPØRSMÅL 4

| Etat tilsatt | Organisatorisk Nivå | | | Frekvens | Prosent | Svart Prosent |
|----------------------------------|--|-------------|--------------------|----------|---------|---------------|
| Etat for hjemmebaserte tjenester | Resultatenhetsleder/ administrativ støtte | Svart | I svært liten grad | 2 | 8,0 | 12,5 |
| | | | I liten grad | 7 | 28,0 | 43,8 |
| | | | I noen grad | 5 | 20,0 | 31,3 |
| | | | I stor grad | 2 | 8,0 | 12,5 |
| | | | Total | 16 | 64,0 | 100,0 |
| | Mangler | Ikke svart | 5 | 20,0 | | |
| | | Vet ikke | 4 | 16,0 | | |
| | | Totalt | 9 | 36,0 | | |
| | Totalt | | 25 | 100,0 | | |
| | Etatsnivå | Svart | I liten grad | 1 | 25,0 | 33,3 |
| I noen grad | | | 2 | 50,0 | 66,7 | |
| Total | | | 3 | 75,0 | 100,0 | |
| Mangler | | Ikke svart | 1 | 25,0 | | |
| Totalt | | 4 | 100,0 | | | |
| Etat for sykehjem | Resultatenhetsleder/ administrativ støtte | Valid | I liten grad | 3 | 10,7 | 15,0 |
| | | | I noen grad | 12 | 42,9 | 60,0 |
| | | | I stor grad | 5 | 17,9 | 25,0 |
| | | | Total | 20 | 71,4 | 100,0 |
| | Mangler | Ikke svart | 5 | 17,9 | | |
| | | Vet ikke | 3 | 10,7 | | |
| | | Totalt | 8 | 28,6 | | |
| Totalt | | 28 | 100,0 | | | |
| Etatsnivå | Svart | I noen grad | 1 | 100,0 | 100,0 | |

TABELL 5.6 DESKRIPTIV STATISTIKK MELLOM ETATENE

| Ca. hvor høyt personellfravær (i prosent %) antar du at arbeidsplassen din kan tåle dersom man skal opprettholde de kritiske tjenestene som er identifisert? | | |
|--|---------------|-----------------|
| Etat for hjemmebaserte tjenester | Gjennomsnitt | 26,87 |
| | Median | 29,00 |
| | Modus | 10 |
| | Standardavvik | 11,160 |
| | Varians | 124,552 |
| | Min | 10 |
| | Maks | 45 |
| Etat for sykehjem | Gjennomsnitt | 23,76 |
| | Median | 25,00 |
| | Modus | 20 ^a |
| | Standardavvik | 9,331 |
| | Varians | 87,066 |
| | Min | 5 |
| | Maks | 40 |

TABELL 5.7: SVARFORDELING MELLOM ETATENE

| Ca. hvor høyt personellfravær (i prosent %) antar du at arbeidsplassen din kan tåle dersom man skal opprettholde de kritiske tjenestene som er identifisert? | | | |
|--|-------|----------|---------|
| Etat tilsatt | | Frekvens | Prosent |
| Etat for hjemmebaserte tjenester | 10 | 3 | 20,0 |
| | 20 | 1 | 6,7 |
| | 21 | 1 | 6,7 |
| | 25 | 2 | 13,3 |
| | 29 | 1 | 6,7 |
| | 30 | 2 | 13,3 |
| | 33 | 1 | 6,7 |
| | 35 | 1 | 6,7 |
| | 40 | 2 | 13,3 |
| | 45 | 1 | 6,7 |
| | Total | 15 | 100,0 |
| Etat for sykehjem | 5 | 1 | 5,9 |
| | 10 | 2 | 11,8 |
| | 20 | 3 | 17,6 |
| | 22 | 1 | 5,9 |
| | 23 | 1 | 5,9 |
| | 25 | 3 | 17,6 |
| | 30 | 3 | 17,6 |
| | 34 | 1 | 5,9 |
| | 35 | 1 | 5,9 |
| | 40 | 1 | 5,9 |
| | Total | 17 | 100,0 |

TABELL 5.8: DESKRIPTIV STATISTIKK FOR «JEG OPPLEVER AT MINE KRAV TIL PERSONLIG SIKKERHET VIL BLI IVARETATT UNDER EN INFLUENSAPANDEMI»

| Krav til personlig sikkerhet blir ivaretatt | | | |
|---|---------------|---------|----------------|
| Etat for hjemmebaserte tjenester | N | Svart | 21 |
| | | Mangler | 3 |
| | Gjennomsnitt | | 4,29 |
| | Median | | 4,00 |
| | Modus | | 4 ^a |
| | Standardavvik | | ,717 |
| | Varians | | ,514 |
| Etat for sykehjem | N | Svart | 16 |
| | | Mangler | 5 |
| | Gjennomsnitt | | 3,75 |
| | Median | | 4,00 |
| | Modus | | 4 |
| | Standardavvik | | ,931 |
| | Varians | | ,867 |

TABELL 5.9: SVARFORDELING KNYTTET TIL «JEG OPPLEVER AT MINE KRAV TIL PERSONLIG SIKKERHET VIL BLI IVARETATT UNDER EN INFLUENSAPANDEMI»

| Etat tilsatt | Organisatorisk Nivå | | Frekvens | Prosent | Svarprosent |
|----------------------------------|---------------------|--------------|----------|---------|-------------|
| Etat for hjemmebaserte tjenester | Svart | Verken eller | 3 | 12,5 | 14,3 |
| | | Delvis enig | 9 | 37,5 | 42,9 |
| | | Helt enig | 9 | 37,5 | 42,9 |
| | | Total | 21 | 87,5 | 100,0 |
| | Mangler | Vet ikke | 2 | 8,3 | |
| | | Ikke svart | 1 | 4,2 | |
| | | Totalt | 3 | 12,5 | |
| Totalt | | 24 | 100,0 | | |
| Etat for sykehjem | Svart | Delvis uenig | 2 | 9,5 | 12,5 |
| | | Verken eller | 3 | 14,3 | 18,8 |
| | | Delvis enig | 8 | 38,1 | 50,0 |
| | | Helt enig | 3 | 14,3 | 18,8 |
| | | Total | 16 | 76,2 | 100,0 |
| | Mangler | Vet ikke | 2 | 9,5 | |
| | | Ikke svart | 3 | 14,3 | |
| | | Totalt | 5 | 23,8 | |
| Totalt | | 21 | 100,0 | | |

Tabell 1 Vedlegg 6: Verdier i korrelasjonsmatrise med tilhørende spørsmål

| N | Spørsmål: |
|----|---|
| 1 | <i>Jeg har tiltro til at ansatte i etaten min vet hva som er forventet av dem under en</i> |
| 2 | <i>Jeg har tiltro til at ansatte innenfor resultatenehetene i etaten min vet hva som er forventet av de under en influensapandemi</i> |
| 3 | <i>Jeg har tiltro til at ansatte i etaten min klarer å gjennomføre det som er forventet av de under en</i> |
| 4 | <i>Jeg har tiltro til at ansatte innenfor resultatenehetene i etaten min klarer å gjennomføre det som er forventet av de under en influensapandemi</i> |
| 5 | <i>Jeg vet hva som er forventet av meg under en influensapandemi.</i> |
| 6 | <i>Jeg har tiltro til at jeg klarer å gjennomføre det som er forventet av meg under en</i> |
| 7 | <i>I hvilken grad er det iverksatt beredskapsplanlegging for tjenestekontinuitet ved en influensapandemi med høyt personellfravær?</i> |
| 8 | <i>I hvilken grad er det implementert retningslinjer eller prosedyrer for kontinuitetsplanlegging ved vanlige episoder med høyt fravær blant ansatte?</i> |
| 9 | <i>I hvilken grad er du kjent med at det finnes planer for beredskap og tjenestekontinuitet i din etat ved episoder med høyt personellfravær?</i> |
| 10 | <i>Jeg opplever at etablerte kommunikasjonskanaler internt i kommunen i forbindelse med pandemiberedskap fungerer tilstrekkelig</i> |
| 11 | <i>Jeg opplever at etablerte kommunikasjonskanaler internt i kommunen i forbindelse med pandemiberedskap fungerer tilstrekkelig</i> |
| 12 | <i>Jeg opplever at det er tilstrekkelig dialog mellom resultatenehetene i etaten og spesialisthelsetjenesten i kommunen i forbindelse med pandemiplanlegging.</i> |
| 13 | <i>Jeg opplever at influensapandemi er et scenario som tas alvorlig i kommunen</i> |
| 14 | <i>Jeg opplever at det er like oppfatninger i kommunen angående hvor mye tid og ressurser som bør brukes på beredskap for en influensapandemi</i> |
| 15 | <i>Det eksisterer klare og definerte mål og ambisjoner i kommunen for hvor forberedt helse- og omsorgstjenesten skal være på å håndtere en influensapandemi</i> |
| 16 | <i>I hvilken grad er det identifisert og beskrevet hvor stor andel av tjenester som kan reduseres i rutiner eller retningslinjer for tjenestekontinuitet/episoder med høyt personellfravær?</i> |
| 17 | <i>I hvilken grad er det identifisert og beskrevet hvilke tjenester som er kritiske i rutiner eller retningslinjer for tjenestekontinuitet/episoder med høyt personellfravær?</i> |
| 18 | <i>Jeg opplever at mine krav til personlig sikkerhet vil bli ivaretatt under en influensapandemi.</i> |
| 19 | <i>Jeg opplever at jeg har fått god nok opplæring i hvordan jeg skal utføre det som er forventet av meg under en influensapandemi.</i> |
| 20 | <i>I hvilken grad er ansattgruppen involvert i planleggingen for å møte hendelser/episoder med høyt personellfravær? f.eks. gjennom ansattrepresentanter, verneombud, kvalitetsrådgivere,</i> |

Vedlegg 7 Lowerk

Lov om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og Siviltforsvaret (Sivilbeskyttelsesloven, 2010)

Sivilbeskyttelsesloven (2010) pålegger hver kommune generell beredskapsplikt, og det skal arbeides systematisk og helhetlig med samfunnsikkerhetsarbeidet på tvers av sektorene. Kommunene skal, ifølge loven, utarbeide en helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse. Fra paragraf 14 står det:

«Kommunen plikter å kartlegge hvilke uønskede hendelser som kan inntreffe i kommunen, vurdere sannsynligheten for at disse hendelsene inntreffer og hvordan de i så fall kan påvirke kommunen. Resultatet av dette arbeidet skal vurderes og sammenstilles i en helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse».
(Sivilbeskyttelsesloven, §14)»

Analysen skal fungere som grunnlag for sikkerhetsarbeidet i kommunen. Lovens formål i forhold til uønskede hendelser, jf. §1, er å beskytte liv, helse, miljø, materielle verdier og kritiske verdier ved uønskede hendelser.

Forskrift om kommunal beredskapsplikt (2011)

Forskriften beskriver hva en ROS-analyse må inneholde. Resultatenhetene fra ROS-analysen skal følges opp i kommunens beredskapsplan, og planen skal fungere som en operativ plan for kommunenes håndtering av kriser. Fra forskriften skal beredskapsplanen minimum inneholde (Forskrift om kommunal beredskapsplikt, 2011, §4):

- a) *en plan for kommunens kriseledelse som gir opplysninger om hvem som utgjør kommunens kriseledelse og deres ansvar, roller og fullmakter, herunder hvem som har fullmakt til å bestemme at kriseledelsen skal samles.*
- b) *en varslingsliste over aktører som har en rolle i kommunens krisehåndtering. Kommunen skal informere alle som står på varslingslisten om deres rolle i krisehåndteringen.*
- c) *En ressuroversikt som skal inneholde opplysninger om hvilke ressurser kommunen selv har til rådighet og hvilke ressurser som er tilgjengelige hos andre aktører ved uønskede hendelser. Kommunen bør på forhånd inngå avtaler med relevante aktører om bistand under kriser.*
- d) *evakueringsplaner og plan for befolkningsvarsling basert på den helhetlige risiko- og sårbarhetsanalysen.*
- e) *plan for krisekommunikasjon med befolkningen, media og egne ansatte.*

Samvirkeprinsippet blir også nevnt i forskriften ved at beredskapsplanen skal være samordnet med andre krise- og beredskapsplaner av relevant karakter. Forskriften pålegger hver kommune å utarbeide en ressuroversikt i kommunen, samt oversikt over tilgjengelige ressurser hos andre aktører ved uønskede hendelser. På forhånd bør også kommunen inngå avtaler med andre relevante aktører om bistand under kriser.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011)

Denne loven nevner også kravet til beredskapsplanlegging: Kommunen skal tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd (3). Helse- og omsorgstjenesten er også pliktig til å utarbeide egen beredskapsplan i samsvar med helseberedskapsloven. Denne skal samordnes med øvrige beredskapsplaner.

Lov om helsemessig og sosial beredskap (Helseberedskapsloven, 2000)

Helseberedskapsloven pålegger kommunene å utarbeide planer som sikrer at nødvendige helse- og omsorgstjenester blir gitt befolkningen i krig og krisesituasjoner.

Kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten plikter å utarbeide en beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester de skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlige for (Helseberedskapsloven, §2-2).

Lov om vern mot smittsomme sykdommer (Smittevernloven, 1994)

Formålet med smittevernloven er å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen. Kommunene er pålagt å sikre at nødvendige forebyggende tiltak, behandling, pleie og undersøkelsesmuligheter er tilgjengelig for alle som oppholder seg i kommunen. Det skal også sørges for at befolkningen er sikret behandling pleie utenfor institusjon og pleie i sykehjem eller annen kommunal institusjon. Kommunene skal skaffe seg info og oversikt over smittsomme sykdommer, gi råd og veilede om hvordan de kan forebygges. I tillegg skal kommunene sørge for at individuelt forebyggende tiltak blir gjennomført og at andre tiltak etter lovverket (smittevernloven, folkehelseloven eller helse- og omsorgstjenesteloven) blir satt i verk. Planverket for kommunens helse- og omsorgstjeneste skal inneholde et eget område for tiltak og tjenester rettet mot å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført.

Kommunelegen (smittevernlegen i Bergen kommune) har et spesielt ansvar i forbindelse med smittevern og beredskap, jf. § 7-2 (Smittevernloven, 1994) Ifølge loven skal smittevernlegen:

- a) utarbeide forslag til plan for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer, herunder beredskapsplaner og -tiltak, og organisere og lede dette arbeidet,
- b) ha løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen,
- c) utarbeide forslag til forebyggende tiltak for kommunen,
- d) bistå kommunen, helsepersonell og andre i kommunen som har oppgaver i arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer,
- e) gi informasjon, opplysninger og råd til befolkningen om vern mot smittsomme sykdommer,
- f) utføre alle andre oppgaver som følger av loven eller bestemmelser i medhold av loven, og medvirke til effektive tiltak for å forebygge smittsomme sykdommer og motvirke at de blir overført.

I Bergen kommune er smittevernoverlegen gitt dette ansvaret.

Vedlegg 8: Spørreundersøkelse (tatt fra nettet)

Øyvind Storsveen Dale

Masteroppgave ved Universitetet i Stavanger i samarbeid med Bergen kommune

Dato: 28.03.2019

Undersøkelse av beredskapen i Bergen kommune i forbindelse med pandemisk influensa.

"En pandemi er en epidemi som opptrer i et stort område av verden, og som rammer en stor del av befolkningen" (DSB, 2014:67)

I denne undersøkelsen ønsker jeg å spørre deg hvordan du opplever beredskapsarbeidet som blir gjort i kommunen angående pandemisk influensa, og i hvilken grad du har tiltro til helse- og omsorgstjenesten sin evne til å sørge for tjenestekontinuitet ved høyt personellfravær.

Du som respondent vil være fullstendig anonymisert. Undersøkelsen vil bli sendt ut til samtlige av ledere og ansatte innenfor etat for sykehjem og etat for hjemmebaserte tjenester. Svarene dine vil bli behandlet strengt konfidensielt, og det vil ikke være mulig å knytte ditt navn eller identitet til spørreskjemaet. Alle svar på spørreskjemaer vil også bli slettet etter at analysen er avsluttet.

Din mening vil hjelpe helse- og omsorgstjenesten Bergen kommune til å bli enda bedre forberedt til å håndtere en influensapandemi. Undersøkelsen skulle ikke ta mer enn 10 minutter å gjennomføre (kanskje litt lengre om du jobber i resultatenehetene), og det er fint om du kan svare innen 12.04.

Har du noen spørsmål er det bare å ta kontakt med Øyvind Storsveen Dale på telefonnummer 99364212.

Takk for at du svarer.

Øyvind Storsveen Dale

Masterstudent ved UiS

Litt praktisk info:

- Som oftest vil det bli stilt spørsmål med mellom 3-6 svaralternativ. Noen steder vil du bli spurt om å skrive inn tekst i en tekstboks. Når du er ferdig med et spørsmål, klikker du der det står "Neste". Du må som oftest svare på spørsmålene for å gå videre. Boksen til høyre for der det står "Neste", viser hvor langt du har kommet i spørreundersøkelsen. Denne kan plutselig gå fra for eksempel 20% til 50%. Dette skyldes at undersøkelsen er delt i fire, avhengig av hvor man jobber.
- **De fire delene av undersøkelsen utgjør til sammen 100%, og dette betyr også at du gjerne vil være ferdig med undersøkelsen når boksen viser 42% (18% for SKM, 42% for etat, 80% for resultatenehet (leder eller administrativ støtte)).** Alt avhenger av hvor du er ansatt, og det er kun om du er helsefaglig ansatt i resultatenehetene at spørreundersøkelsen er ferdig ved 100%. **Det er eksempelvis ikke slik at du skal besvare 60 flere spørsmål dersom du er på 40%! Undersøkelsen tar ca. 10 minutter.**
- I løpet av undersøkelsen vil du mest sannsynlig få et spørsmål der du skal bevege på en "glider" slik som

avbildet 

Den firkantede boksen i midten drar du mot venstre eller høyre for å treffe den verdien som passer best i forhold til spørsmålet som blir stilt. NB: vennligst ikke rør boksen dersom du ikke ønsker å svare. Da trykker du bare på "Neste".

1) Hvilket organisatorisk nivå jobber du på i Byrådsavdelingen for helse og omsorg?

- (1) Seksjon for kvalitet, mestring, voksne og eldre i Byrådsavd. for helse og omsorg
- (2) Etatsnivå
- (3) Resultatenhetsnivå (leder eller administrativ støtte)
- (4) Resultatenhetsnivå (Helsefaglig ansatt)

1.(2.3.4)->2³⁴

2) Innenfor hvilken etat er du ansatt?

- (1) Etat for hjemmebaserte tjenester
- (2) Etat for sykehjem

1.(3.4)->3

3) Hvor mange tilsatte er det på din arbeidsplass? (ca.)

- (1) 20 eller mindre
- (2) 21-50
- (3) 51-100
- (4) Over hundre

Seksjon for kvalitet, mestring, voksne og eldre i Byrådsavd. for helse og omsorg (1.1)->

4) I hvor stor grad har du tiltro til at nødvendig tjenesteproduksjon kan bli opprettholdt i etat for sykehjem under en influensapandemi med et personellfravær på 20%?

- (5) I svært stor grad
- (4) I stor grad
- (3) I noen grad
- (2) I liten grad
- (1) I svært liten grad
- (0) Vet ikke

5) I hvor stor grad har du tiltro til at nødvendig tjenesteproduksjon kan bli opprettholdt i etat for hjemmebaserte tjenester under en influensapandemi med et personellfravær på 20%?

- (5) I svært stor grad
- (4) I stor grad
- (3) I noen grad
- (2) I liten grad
- (1) I svært liten grad
- (0) Vet ikke

6) Er det iverksatt beredskapsplanlegging i etatene som skal sikre nødvendig tjenesteproduksjon under en influensapandemi med høyt fravær av ansatte?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Vet ikke

7) I hvilken grad er du enig med påstandene under?

| | Helt enig | Delvis enig | Verken - eller | Delvis uenig | Helt uenig | Vet ikke |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1) Jeg har tiltro til at ansatte innenfor etatene vet hva som er forventet av de under en influensapandemi. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 2) Jeg har tiltro til at ansatte innenfor resultatenhetene vet hva som er | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |

³⁴ Dette betyr at respondentene enten svarte 1.2, 1.3 eller 1.4., og deretter ble overført til spørsmål 2. Dersom de svarte 1.1, ble de ført til spørsmål 4

| | Helt enig | Delvis enig | Verken - eller | Delvis uenig | Helt uenig | Vet ikke |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| forventet av de under en influensapandemi. | | | | | | |
| 3) Jeg har tiltro til at ansatte innenfor etatene klarer å gjennomføre det som er forventet av de under en influensapandemi. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 4) Jeg har tiltro til at ansatte innenfor resultatenehetene klarer å gjennomføre det som er forventet av de under en influensapandemi. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 5) Jeg opplever at etablerte kommunikasjonskanaler internt i kommunen i forbindelse med pandemiberedskap fungerer tilstrekkelig | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |

8) En influensapandemi er et scenario preget av mye usikkerhet knyttet til omfang, konsekvens ved smitte, sannsynligheten for å inntreffe osv. Hvor enig er du med påstandene under i forbindelse med dette?

| | Helt enig | Delvis enig | Verken - eller | Delvis uenig | Helt uenig | Vet ikke |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1) Jeg opplever at influensapandemi er et scenario som tas på alvor i kommunen | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 2) Jeg opplever at det er ulike oppfatninger i kommunen angående hvor mye tid og ressurser som bør brukes på beredskap for en influensapandemi | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 3) Jeg antar at det er tilgangen på kompetent personell som er den viktigste faktoren for om en avdeling klarer å håndtere en influensapandemi eller ikke | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 4) Det eksisterer klare og definerte mål og ambisjoner i kommunen for hvor forberedt helse- og omsorgstjenesten skal være på å håndtere en influensapandemi. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 5) Jeg antar at tilstrekkelig kompetent personell kan mobiliseres/disponeres ved behov i resultatenehetene under en influensapandemi. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |

9) Tror du at enkelte avdelinger (innenfor egen byrådsavdeling) vil ha større problemer enn andre til å opprettholde nødvendig tjenesteproduksjon under en pandemisk influensa med et personellfravær på 20%?

- (1) Ja
(2) Nei
(3) Vet ikke

9.1->10

10) Hvilket tjenesteområde (innenfor egen byrådsavdeling) tror du vil ha størst problemer med å opprettholde nødvendig tjenesteproduksjon under en influensapandemi med 20% personellfravær?

Kan svare flere.

- (1) Hjemmehjelp
- (2) Hjemmesykepleie
- (3) Omsorg+
- (4) Hverdagsrehabilitering
- (5) Responssenter
- (6) Dagaktiviteter
- (7) Kommunal hjelpemiddelservice
- (8) Sykehjem
- (9) Andre: vennligst spesifiser _____
- (10) Vet ikke

10. (1-9)->11

11) Kan du vennligst utdype hvorfor du tror at enkelte tjenesteområder vil ha større problemer enn andre?

- (1) Vennligst utdyp i tekstboksen _____
- (0) Ønsker ikke å utdype

Tusen takk for at du svarte!

Etatsnivå 1.3->

12) I hvor stor grad har du tiltro til at nødvendig tjenesteproduksjon kan bli opprettholdt ved resultatenehetene i din etat under en influensapandemi med et personellfravær på 20%?

- (5) I svært stor grad
- (4) I stor grad
- (3) I noen grad
- (2) I liten grad
- (1) I svært liten grad
- (0) Vet ikke

13) I hvilken grad er det iverksatt beredskapsplanlegging for tjenestekontinuitet i etaten ved en influensapandemi med høyt personellfravær?

- (5) I svært stor grad
- (4) I stor grad
- (3) I noen grad
- (2) I liten grad
- (1) I svært liten grad
- (0) Vet ikke

14) I hvilken grad er det implementert retningslinjer eller prosedyrer for kontinuitetsplanlegging ved vanlige episoder med høyt fravær blant ansatte?

- (5) I svært stor grad
- (4) I stor grad
- (3) I noen grad
- (2) I liten grad
- (1) I svært liten grad
- (0) Vet ikke

15) Antar du at en andel av tildelte pleie- og omsorgstjenester i din etat (f.eks. hjelp med personlig hygiene, aktiviteter mm) kan reduseres under en influensapandemi uten av det går utover forsvarlig helsehjelp?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Usikker

15.1->16

16) Ca. hvor stor andel (i prosent %) av tildelte pleie- og omsorgstjenester i din etat (f.eks. hjelp med personlig hygiene, aktiviteter mm) antar du kan reduseres under en pandemisk influensa uten av det går utover forsvarlig helsehjelp?

17) I hvilken grad er det identifisert og beskrevet hvor stor andel av tjenester som kan reduseres i rutiner eller retningslinjer for tjenestekontinuitet/episoder med høyt personellfravær?

- (5) I svært stor grad
- (4) I stor grad
- (3) I noen grad
- (2) I liten grad
- (1) I svært liten grad
- (0) Vet ikke

18) Kritiske tjenester kan ikke reduseres i nevneverdig grad. Hvilke tjenester som blir utført i din etat identifiserer du som kritiske?

- (1) Vennligst oppgi noen eksempler i tekstboksen _____
- (2) Usikker

18.1->19

19) Antar du at enkelte av tjenestene du identifiserer som kritiske, er særlig sårbare ved en influensapandemi med høyt personellfravær?

- (1) Ja, alle
- (2) Ja, men bare de jeg nevner i tekstboksen _____
- (3) Nei
- (4) Usikker

19.(1,2)->20

20) Kan du vennligst spesifisere hvorfor du mener disse tjenestene er spesielt sårbare ved en influensapandemi med høyt personellfravær?

- (1) Vennligst spesifiser i tekstboksen _____
- (2) Usikker

21) I hvilken grad er det identifisert og beskrevet hvilke tjenester som er kritiske i rutiner eller retningslinjer for tjenestekontinuitet/episoder med høyt personellfravær?

- (5) I svært stor grad
- (4) I stor grad
- (3) I noen grad
- (2) I liten grad
- (1) I svært liten grad
- (0) Vet ikke

22) Antar du at samtlige resultatenheter innenfor din etat kan håndtere et personellfravær på 20 % eller mer dersom man skal opprettholde de kritiske tjenestene som er identifisert?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Usikker

22.1->23

23) Ca. hvor høyt personellfravær (i prosent %) antar du at samtlige resultatenheter innenfor din etat kan tåle dersom man skal opprettholde de kritiske tjenestene som er identifisert?

22.2->24

24) Ca. hvor høyt personellfravær (i prosent %) antar du at samtlige resultatenheter innenfor din etat kan tåle dersom man skal opprettholde de kritiske tjenestene som er identifisert?

25) I hvilken grad er du enig med påstandene under?

| | Helt enig | Delvis enig | Verken - eller | Delvis uenig | Helt uenig | Vet ikke |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1) Jeg vet hva som er forventet av meg under en influensapandemi. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 2) Jeg har tiltro til at jeg klarer å gjennomføre det som er forventet av meg under en influensapandemi. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 3) Jeg har tiltro til at ansatte i min etat vet hva som er forventet av de under en influensapandemi. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 4) Jeg har tiltro til at ansatte ved resultatenheter i min etat vet hva som er forventet av de under en influensapandemi. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 5) Jeg har tiltro til at ansatte i min etat klarer å gjennomføre det som er forventet av de under en influensapandemi. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 6) Jeg har tiltro til at ansatte ved resultatenheter i min etat klarer å gjennomføre det som er forventet av de under en influensapandemi. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 7) Jeg opplever at etablerte kommunikasjonskanaler internt i kommunen i forbindelse med pandemiberedskap fungerer tilstrekkelig. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 8) Jeg opplever at kommunikasjonen mellom ansatte og ledere for beredskapsarbeidet i forbindelse med smittevern er tilfredsstillende. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 9) Jeg opplever at det er tilstrekkelig dialog mellom resultatenheter i etaten og spesialisthelsetjenesten i kommunen i forbindelse med pandemiplanlegging. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |

26) En influensapandemi er et scenario preget av mye usikkerhet knyttet til omfang, konsekvens ved smitte, sannsynligheten for å inntreffe osv. Hvor enig er du med påstandene under i forbindelse med dette?

| | Helt enig | Delvis enig | Verken - eller | Delvis uenig | Helt uenig | Vet ikke |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1) Jeg opplever at influensapandemi er et scenario som tas på alvor i kommunen | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |

| | Helt enig | Delvis enig | Verken - eller | Delvis uenig | Helt uenig | Vet ikke |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 2) Jeg opplever at det er ulike oppfatninger i kommunen angående hvor mye tid og ressurser som bør brukes på beredskap for en influensapandemi | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 3) Jeg antar at det er tilgangen på kompetent personell som er den viktigste faktoren for om en avdeling klarer å håndtere en influensapandemi eller ikke | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 4) Jeg antar at resultatene innenfor etaten har tilstrekkelig tilgang på kompetent personell ved behov under en influensapandemi. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 5) Det eksisterer klare og definerte mål og ambisjoner i kommunen for hvor forberedt helse- og omsorgstjenesten skal være på å håndtere en influensapandemi | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |

27) Tror du at enkelte avdelinger (innenfor egen byrådsavdeling) vil ha større problemer enn andre til å opprettholde nødvendig tjenesteproduksjon under en influensapandemi med et personellfravær på 20%?

- (1) Ja
(2) Nei
(3) Vet ikke

27.1->28

28) Hvilket tjenesteområde (innenfor egen byrådsavdeling) tror du vil ha størst problemer med å opprettholde nødvendig tjenesteproduksjon under en influensapandemi med et personellfravær på 20%?

Kan svare flere.

- (1) Hjemmehjelp
(2) Hjemmesykepleie
(3) Omsorg+
(4) Hverdagsrehabilitering
(5) Responssenteret
(6) Dagaktiviteter
(7) Kommunal hjelpemiddelservice
(8) Sykehjem
(9) Andre: vennligst spesifiser _____
(10) Vet ikke

28.(1-9)->29

29) Kan du vennligst utdype hvorfor du tror at enkelte tjenesteområder vil ha større problemer enn andre?

- (1) Vennligst utdyp i tekstboksen _____
(0) Ønsker ikke å utdype

Tusen takk for at du svarte!

Resultatenhetsnivå (leder eller administrativ støtte) 1.3->

30) Ca. hvor mange pasienter/brukere mottar vanligvis tjenester fast fra din arbeidsplass i løpet av en uke?
Er antallet større enn det som er angitt i glideren, svarer du den maksimale verdien.

31) Utfører din arbeidsplass tidskriske tjenester?

Tidskriske tjenester defineres her som: "Helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente uten fare for nært forestående død, varig sterkt nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller sterke smerter" (Forskrift om tjenester til personer uten fast opphold, 2011, § 2)

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Usikker

32) I hvor stor grad har du tiltro til at nødvendig tjenesteproduksjon kan bli opprettholdt på din arbeidsplass under en influensapandemi med et personellfravær på 20%?

- (5) I svært stor grad
- (4) I stor grad
- (3) I noen grad
- (2) I liten grad
- (1) I svært liten grad
- (0) Vet ikke

33) I hvilken grad er det iverksatt beredskapsplanlegging for tjenestekontinuitet i etaten og resultatenheten ved en influensapandemi med et høyt personellfravær?

- (5) I svært stor grad
- (4) I stor grad
- (3) I noen grad
- (2) I liten grad
- (1) I svært liten grad
- (0) Vet ikke

34) I hvilken grad er det implementert retningslinjer eller prosedyrer for kontinuitetsplanlegging ved vanlige episoder med høyt fravær blant ansatte?

- (5) I svært stor grad
- (4) I stor grad
- (3) I noen grad
- (2) I liten grad
- (1) I svært liten grad
- (0) Vet ikke

35) Antar du at en andel av tildelte pleie- og omsorgstjenester på din arbeidsplass (f.eks. hjelp med personlig hygiene, aktiviteter mm) kan reduseres under en influensapandemi uten av det går utover forsvarlig helsehjelp?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Usikker

35.1->36

36) Ca. hvor stor andel (i prosent %) av tildelte pleie- og omsorgstjenester på din arbeidsplass (f.eks. hjelp med personlig hygiene, aktiviteter mm) antar du kan reduseres under en influensapandemi uten av det går utover forsvarlig helsehjelp?

37) I hvilken grad er det identifisert og beskrevet hvor stor andel av tjenester som kan reduseres i rutiner eller retningslinjer for tjenestekontinuitet/episoder med høyt personellfravær?

- (5) I svært stor grad
- (4) I stor grad
- (3) I noen grad
- (2) I liten grad
- (1) I svært liten grad
- (0) Vet ikke

38) Kritiske tjenester kan ikke reduseres i nevneverdig grad. Hvilke tjenester som blir utført på din arbeidsplass identifiserer du som kritiske?

- (1) Vennligst oppgi noen eksempler i tekstboksen _____
- (2) Usikker

38.1->39

39) Antar du at enkelte av tjenestene du identifiserer som kritiske, er særlig sårbare ved en influensapandemi med høyt personellfravær?

- (1) Ja, alle
- (2) Ja, men bare de jeg nevner i tekstboksen _____
- (3) Nei
- (4) Usikker

39.(1.2)->40

40) Kan du vennligst spesifisere hvorfor du mener disse tjenestene er spesielt sårbare ved en influensapandemi med høyt personellfravær?

- (1) Vennligst spesifiser i tekstboksen _____
- (2) Usikker

41) I hvilken grad er det identifisert og beskrevet hvilke tjenester som er kritiske i rutiner eller retningslinjer for tjenestekontinuitet/episoder med høyt personellfravær?

- (5) I svært stor grad
- (4) I stor grad
- (3) I noen grad
- (2) I liten grad
- (1) I svært liten grad
- (0) Vet ikke

42) Antar du at arbeidsplassen din kan tåle et personellfravær på 20% eller mer dersom man skal opprettholde de kritiske tjenestene som er identifisert?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Usikker

42.1->43

43) Ca. hvor høyt personellfravær (i prosent %) antar du at arbeidsplassen din kan tåle dersom man skal opprettholde de kritiske tjenestene som er identifisert?

42.2->44

44) Ca. hvor høyt personellfravær (i prosent %) antar du at arbeidsplassen din kan tåle dersom man skal opprettholde de kritiske tjenestene som er identifisert?

45) Er en andel av arbeidstakerne på din arbeidsplass ufaglærte?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Usikker

46) Ca. hvor stor andel (i prosent %) av arbeidstakerne på din arbeidsplass er ufaglærte?

47) Er du enig med påstandene under?

| | Enig | Vet ikke | Uenig |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| (1) Ufaglærte kan brukes på min arbeidsplass under en pandemisk influensa med 20% fravær blant ansatte. | (1) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> |
| (2) Arbeidsplassen min er svært avhengig av spesialister/personell med spesialkompetanse. | (1) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> |
| (3) Det vil ikke være mulig å gi minimumsopplæring på kort tid for å kunne utføre kritiske tjenester på min arbeidsplass. | (1) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> |
| (4) Man bør utdanne/lære opp flere til å kunne utføre kritiske tjenester. | (1) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> |
| (5) Det er mulig å samarbeide med andre avdelinger innenfor den etaten jeg er ansatt under en influensapandemi. | (1) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> |
| (6) Det er mulig å samarbeide med andre avdelinger innenfor andre etater under en influensapandemi. | (1) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> |
| (7) Det vil være mulig å overføre pasienter til min arbeidsplass ved behov under en influensapandemi. | (1) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> |
| (8) Det vil være mulig å overføre ansatte fra min arbeidsplass til andre avdelinger ved behov under en influensapandemi. | (1) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> |
| (9) Det vil være mulig å overføre pasienter, som ikke er definert som utskrivningsklare, fra spesialisthelsetjenesten til min arbeidsplass ved behov under en influensapandemi. | (1) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> |
| (10) Det eksisterer konkrete planer for omfordeling av arbeidskraft i kommunen. | (1) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> |

48) I hvilken grad har din arbeidsplass planlagt omdefinering av arbeidsoppgaver under en influensapandemi?

Eksempelvis at administrativt personale jobber med pasientnære arbeidsoppgaver

- (5) I svært stor grad
 (4) I stor grad
 (3) I noen grad
 (2) I liten grad
 (1) I svært liten grad

(0) Vet ikke

49) Har alle arbeidstakerne på din arbeidsplass fast ansettelse?

- (1) Ja
(2) Nei
(3) Vet ikke

49.2->50

50) Ca. hvor stor andel (i prosent %) av arbeidstakerne på din arbeidsplass har fast ansettelse?

51) I hvilken grad forventer du tilgjengelighet av vikarer ved økt personellbehov?

- (5) I svært stor grad
(4) I stor grad
(3) I noen grad
(2) I liten grad
(1) I svært liten grad
(0) Vet ikke

52) Antar du det er mulig å erstatte en del av arbeidstakerne med fast ansettelse på din arbeidsplass ved behov under en influensapandemi?

Gjennom bruk av vikarer, studenter osv.

- (1) Ja
(2) Nei
(3) Usikker

53) Hvor stor del av arbeidstakerne (i prosent %) med fast ansettelse antar du det er mulig å erstatte ved behov under en influensapandemi? Gjennom bruk av vikarer, studenter osv.

54) Forventer du at din arbeidsplass må tilkalle eksterne aktører ved et personellfravær på et 20% eller mer under en pandemisk influensa?

Eksterne aktører som eksempelvis frivillige organisasjoner

- (1) Ja
(2) Nei
(3) Vet ikke

55) I hvilken grad er du enig med påstandene under

| | Helt enig | Delvis enig | Verken - eller | Delvis uenig | Helt uenig | Vet ikke |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1) Jeg vet hva som er forventet av meg under en influensapandemi. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 2) Jeg har tiltro til at jeg klarer å gjennomføre det som er forventet av meg under en influensapandemi. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 3) Jeg har tiltro til at ansatte i etaten vet hva som er forventet av de under en influensapandemi. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 4) Jeg har tiltro til at ansatte ved resultatenehetene i etaten vet hva som er forventet av de under en influensapandemi. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |

| | Helt enig | Delvis enig | Verken - eller | Delvis uenig | Helt uenig | Vet ikke |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 5) Jeg har tiltro til at ansatte i etaten klarer å gjennomføre det som er forventet av de under en influensapandemi | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 6) Jeg har tiltro til at ansatte ved resultatenehetene i etaten klarer å gjennomføre det som er forventet av de under en influensapandemi. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 7) Jeg opplever at etablerte kommunikasjonskanaler internt i kommunen i forbindelse med pandemiberedskap fungerer tilstrekkelig. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 8) Kommunikasjonen mellom ansatte og ledere for beredskapsarbeidet i forbindelse med smittevern er tilfredsstillende | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 9) Jeg opplever at det er tilstrekkelig dialog mellom resultateneheten og spesialisthelsetjenesten i kommunen i forbindelse med pandemiplanlegging. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |

56) En influensapandemi er et scenario preget av mye usikkerhet knyttet til omfang, konsekvens ved smitte, sannsynligheten for å inntreffe osv. Hvor enig er du med påstandene under i forbindelse med dette?

| | Helt enig | Delvis enig | Verken - eller | Delvis uenig | Helt uenig | Vet ikke |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1) Jeg opplever at influensapandemi er et scenario som tas på alvor i kommunen. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 2) Jeg opplever at det er ulike oppfatninger i kommunen angående hvor mye tid og ressurser som bør brukes på beredskap for en influensapandemi. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 3) Jeg antar at det er tilgangen på kompetent personell som er den viktigste faktoren for om en arbeidsplass klarer å håndtere en influensapandemi eller ikke. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| 4) Det eksisterer klare og definerte mål og ambisjoner i kommunen for hvor forberedt helse- og omsorgstjenesten skal være på å håndtere en influensapandemi. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |

57) Tror du at enkelte avdelinger (innenfor egen byrådsavdeling) vil ha større problemer enn andre til å opprettholde nødvendig tjenesteproduksjon under en influensapandemi med et personellfravær på 20%?

- (1) Ja
(2) Nei
(3) Vet ikke

57.1->58

58) Hvilke tjenesteområder (innenfor egen byrådsavdeling) tror du vil ha størst problemer med å opprettholde et nødvendig tjenestebehov under en influensapandemi med et personellfravær på 20%?

Kan svare flere

- (1) Hjemmehjelp
- (2) Hjemmesykepleie
- (3) Omsorg+
- (4) Hverdagsrehabilitering
- (5) Responssenteret
- (6) Dagaktiviteter
- (7) Kommunal hjelpemiddelservice
- (8) Sykehjem
- (9) Andre: vennligst spesifiser _____
- (10) Vet ikke

58.(1-9)->59

59) Kan du vennligst utdype hvorfor tror du at enkelte tjenesteområder vil ha større problemer enn andre?

- (0) Ønsker ikke å utdype
- (1) Vennligst utdyp i tekstboksen _____

Tusen takk for at du svarte!

Resultatenhetsnivå (Helsefaglig ansatt) 1.4->

60) Antar du at du vil ha deler av din ordinære fritid tilgjengelig til å jobbe under en influensapandemi?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Usikker

60.1-61

61) Ca. hvor stor del av din ordinære fritid (i prosent %) antar du at du vil ha tilgjengelig til å jobbe under en influensapandemi?

62) Består hele arbeidsdagen din av pasientrettet arbeid?

- (1) Ja
- (2) Ikke hele, men deler av arbeidsdagen min består av pasientrettet arbeid
- (3) Arbeidsdagen min består ikke av pasientrettet arbeid
- (0) Usikker

62.2-63

63) Ca. hvor stor del av arbeidsdagen din (i prosent %) antar du benyttes til pasientrettet arbeid?

64) Vil ditt arbeidsforhold kunne gi deg samtidigetskonflikter vedrørende din tilstedeværelse under en influensapandemi? For eksempel ved at du blir tvunget til å prioritere mellom ulike gjøremål eller arbeidssteder.

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Vet ikke

65) Hvor enig er du med disse påstandene i forhold til en pandemisk influensa?

| | Helt enig | Delvis enig | Verken - eller | Delvis uenig | Helt uenig | Vet ikke |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| (1) Jeg vil ha anledning til å stille på jobb dersom jeg blir tilkalt | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| (2) Jeg vil ha problemer med å jobbe utover tildelt arbeidstid dersom det er ønsket av meg. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| (3) Jeg opplever ikke at det er forventet av meg at jeg skal stille på jobb dersom jeg blir tilkalt. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| (4) Jeg opplever at mine krav til personlig sikkerhet vil bli ivaretatt under en influensapandemi. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| (5) Jeg opplever ikke at frykten for min personlige sikkerhet vil være en faktor for om jeg møter på jobb eller ikke. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| (6) Dersom jeg blir tilkalt til flere steder samtidig, vil jeg prioritere andre arbeidssteder enn den jeg har krysset av her. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |

66) I hvilken grad er du kjent med at det finnes planer for beredskap og tjenestekontinuitet i din etat ved episoder med høyt personellfravær?

- (5) I svært stor grad
 (4) I stor grad
 (3) I noen grad
 (2) I liten grad
 (1) I svært liten grad
 (0) Vet ikke

67) I hvor stor grad har du tiltro til at nødvendig tjenesteproduksjon kan bli opprettholdt på din arbeidsplass under en pandemisk influensa med et personellfravær på 20%?

- (5) I svært stor grad
 (4) I stor grad
 (3) I noen grad
 (2) I liten grad
 (1) I svært liten grad
 (0) Vet ikke

68) I hvilken grad er du kjent med arbeidsgivers forventninger til deg under en influensapandemi?

- (5) I svært stor grad
 (4) I stor grad
 (3) I noen grad
 (2) I liten grad
 (1) I svært liten grad
 (0) Vet ikke

69) Hvor enig er du med påstandene under?

| | Helt enig | Delvis enig | Verken - eller | Delvis uenig | Helt uenig | Vet ikke |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| (1) Jeg opplever at jeg har fått god nok opplæring i hvordan jeg skal utføre det som er forventet av meg under en influensapandemi. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| (2) Jeg er ikke trygg på min evne til å utføre det som er forventet av meg under en influensapandemi. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| (3) Arbeidsplassen min vil ha problemer med å gi et forsvarlig tjenestetilbud dersom 20% eller mer av de ansatte er syke samtidig. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| (4) Jeg har tiltro til at ansatte i etaten vet hva som er forventet av de under en influensapandemi. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| (5) Jeg har tiltro til at ansatte ved arbeidsplasser/resultatenheter i etaten vet hva som er forventet av de under en influensapandemi. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| (6) Jeg har tiltro til at ansatte i etaten klarer å gjennomføre det som er forventet av de under en influensapandemi. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| (7) Jeg har tiltro til at ansatte ved arbeidsplasser/resultatenheter i etaten klarer å gjennomføre det som er forventet av de under en influensapandemi. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| (8) Jeg opplever at influensapandemi er et scenario som tas på alvor i kommunen. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| (9) Jeg opplever at det er ulike oppfatninger i kommunen angående hvor mye tid og ressurser som bør brukes på beredskap for en influensapandemi. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| (10) Jeg antar at det er tilgangen på kompetent personell som er den viktigste faktoren for om en arbeidsplass klarer å håndtere en influensapandemi eller ikke. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| (11) Jeg opplever at etablerte kommunikasjonskanaler internt i kommunen i forbindelse med pandemiberedskap fungerer tilstrekkelig. | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |
| (12) Kommunikasjonen mellom ansatte og ledere for beredskapsarbeidet i | (5) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (1) <input type="checkbox"/> | (0) <input type="checkbox"/> |

| | Helt enig | Delvis enig | Verken - eller | Delvis uenig | Helt uenig | Vet ikke |
|--|-----------|-------------|----------------|--------------|------------|----------|
| forbindelse med smittevern er tilfredsstillende. | | | | | | |

70) I hvilken grad er ansattgruppen involvert i planleggingen for å møte hendelser/episoder med høyt personellfravær? f.eks. gjennom ansattrepresentanter, verneombud, kvalitetsrådgivere, ressurspersoner m.fl.

- (5) I svært stor grad
(4) I stor grad
(3) I noen grad
(2) I liten grad
(1) I svært liten grad
(0) Vet ikke

71) Tror du at enkelte avdelinger (innenfor egen byrådsavdeling) vil ha større problemer enn andre til å opprettholde nødvendig tjenesteproduksjon under en influensapandemi med et personellfravær på 20%?

- (1) Ja
(2) Nei
(3) Vet ikke

71.2->72

72) Hvilket tjenesteområde (innenfor egen byrådsavdeling) tror du vil ha størst problemer med å opprettholde nødvendig tjenesteproduksjon under en influensapandemi med 20% personellfravær?

Kan svare flere

- (1) Hjemmehjelp
(2) Hjemmesykepleie
(3) Omsorg+
(4) Hverdagsrehabilitering
(5) Responssenteret
(6) Dagaktiviteter
(7) Kommunal hjelpemiddelservice
(8) Sykehjem
(9) Andre: vennligst spesifiser _____
(10) Vet ikke

72.(1-9)->73

73) Kan du vennligst utdype hvorfor du tror at enkelte tjenesteområder vil ha større problemer enn andre?

- (1) Vennligst utdyp i tekstboksen _____
(0) Ønsker ikke å utdype

Tusen takk for at du svarte!

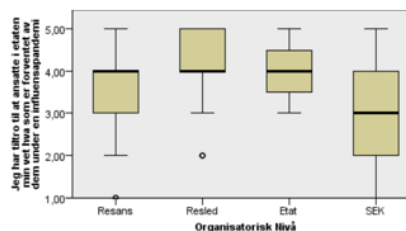
Vedlegg 9: Eksempler på tester

Kruskal-Wallis test

| | Null Hypothesis | Test | Sig. | Decision |
|---|---|---|------|-----------------------------|
| 1 | The distribution of Jeg har tiltro til at ansatte i etaten min vet hva som er forventet av dem under en influensapandemi is the same across categories of Organisatorisk Nivå. | Independent-Samples Kruskal-Wallis Test | ,004 | Reject the null hypothesis. |
| 2 | The distribution of Jeg har tiltro til at ansatte innenfor resultatenehetene i etaten min vet hva som er forventet av de under en influensapandemi is the same across categories of Organisatorisk Nivå. | Independent-Samples Kruskal-Wallis Test | ,272 | Retain the null hypothesis. |
| 3 | The distribution of Jeg har tiltro til at ansatte i etaten min klarer å gjennomføre det som er forventet av de under en influensapandemi is the same across categories of Organisatorisk Nivå. | Independent-Samples Kruskal-Wallis Test | ,117 | Retain the null hypothesis. |
| 4 | The distribution of Jeg har tiltro til at ansatte innenfor resultatenehetene i etaten min klarer å gjennomføre det som er forventet av de under en influensapandemi is the same across categories of Organisatorisk Nivå. | Independent-Samples Kruskal-Wallis Test | ,147 | Retain the null hypothesis. |

Boksdigram og testverdier for Kruskal Wallis-testen

(for nullhypotese 1 i Kruskal- Wallis testen til venstre)



| | |
|--------------------------------|--------|
| Total N | 88 |
| Test Statistic | 13,328 |
| Degrees of Freedom | 3 |
| Asymptotic Sig. (2-sided test) | ,004 |

Post- hoc test for Kruskal Wallis

(for nullhypotese 1 i Kruskal – Wallis testen over)



Each node shows the sample average rank of Organisatorisk Nivå.

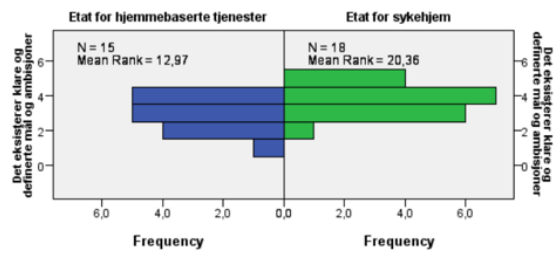
| Sample1-Sample2 | Test Statistic | Std. Error | Std. Test Statistic | Sig. | Adj.Sig. |
|-----------------|----------------|------------|---------------------|------|----------|
| SKM-Resans | 9,016 | 8,247 | 1,093 | ,274 | 1,000 |
| SKM-Etat | 19,273 | 14,105 | 1,366 | ,172 | 1,000 |
| SKM-Rested | 25,626 | 8,380 | 3,058 | ,002 | ,013 |
| Resans-Etat | -10,256 | 12,683 | -,809 | ,419 | 1,000 |
| Resans-Rested | -16,609 | 5,668 | -2,930 | ,003 | ,020 |
| Etat-Rested | 6,353 | 12,770 | ,497 | ,619 | 1,000 |

Mann – Whintney U test

| | Null Hypothesis | Test | Sig. | Decision |
|---|---|---|-------------------|-----------------------------|
| 1 | The distribution of Jeg opplever at influensapandemi er et scenario som tas alvorlig i kommunen is the same across categories of Etat tilsatt. | Independent-Samples Mann-Whitney U Test | ,703 | Retain the null hypothesis. |
| 2 | The distribution of Jeg opplever at det er like oppfatninger i kommunen angående hvor mye tid og ressurser som bør brukes på beredskap for en influensapandemi is the same across categories of Etat tilsatt. | Independent-Samples Mann-Whitney U Test | ,387 | Retain the null hypothesis. |
| 3 | The distribution of Det eksisterer klare og definerte mål og ambisjoner is the same across categories of Etat tilsatt. | Independent-Samples Mann-Whitney U Test | ,027 ¹ | Reject the null hypothesis. |

Boksdigram og testverdier for Mann-Whitney U test

(for nullhypotese 3 i testen over)



| | |
|--------------------------------|---------|
| Total N | 33 |
| Mann-Whitney U | 195,500 |
| Wilcoxon W | 366,500 |
| Test Statistic | 195,500 |
| Standard Error | 26,391 |
| Standardized Test Statistic | 2,292 |
| Asymptotic Sig. (2-sided test) | ,022 |
| Exact Sig. (2-sided test) | ,027 |