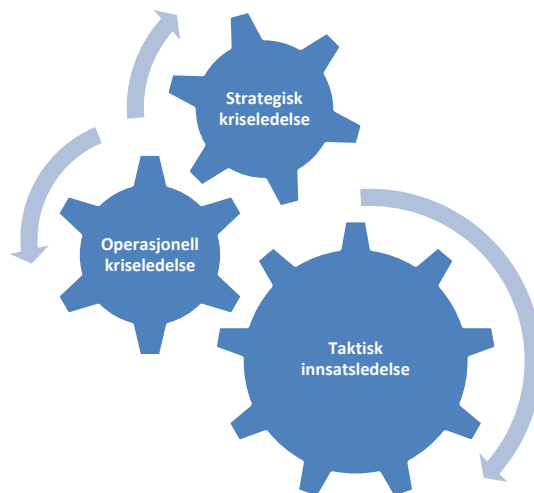


Beredskap- og kriseledelse i helseforetak og sykehus

Masteroppgave i risikostyring og sikkerhetsledelse

Ose, Hans Olav Gerhard

08.10.2019



MASTERGRADSSTUDIUM I
RISIKOSTYRING OG SIKKERHETSLEDELSE

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår 2019

FORFATTER: Hans Olav Gerhard Ose

VEILEDER: Morten Sommer

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Beredskap- og kriseledelse i helseforetak og sykehus

EMNEORD/STIKKORD:

Beredskap, beredskapsledelse, beredskapskompetanse, læring, kriseledelse, helseforetak, sykehus.

SIDETALL: 93 uten vedlegg

Spjelkavik 08.10. 2019

SAMMENDRAG	6
FORORD.....	8
1.0 Innledning.....	12
1.1 Problemstilling	13
1.2 Avgrensning av oppgaven	13
2.0 Kontekst og bakgrunnsinformasjon	14
3.0 Teori	16
3.1 Organisasjon.....	20
3.2 Produksjonspress vs beredskap	21
3.3 Sikkerhet og beredskap	22
3.5 Læring	24
3.5.1 Individuell beredskapslæring	25
3.5.2 Organisatorisk læring	26
3.5.3 Trening og øvelser.....	28
3.6 Beredskapskompetanse og kriseledelse.....	31
3.6.1 Beslutningstaking	33
3.6.2 Beslutninger i team og proaktiv prosess	36
3.6.3 Beslutningsfeil og feller i team	39
3.6.4 Stress	40

3.6.5 Kriseledelse	40
4.0 Metode.....	42
4.1 Design og mål med studien	42
4.2 Forskningsstrategi (Metodisk verktøy)	45
4.3 Teoretisk rammeverk.....	46
4.4 Datakilder	46
4.5 Intervjuer og valg av respondenter	48
4.5.1 Analyse og datareduksjon	52
4.6 Validitet og reliabilitet	52
4.6.1 Validitet	53
4.6.2 Reliabilitet	53
4.7 Forskningsetikk	54
5.0 Empiri.....	55
5.1 Dokumentanalyse	55
5.1.1 Beredskapsprinsippene.....	55
5.1.2 Nasjonal helseberedskapsplan.....	56
5.1.3 Helseberedskapsplaner i regionale og lokale helseforetak.....	58
5.1.4 Momenter fra NOU 2012:14. Rapport fra 22.juli kommisjonen.....	60
5.1.5 Læring for bedre beredskap.....	60
5.1.6 Prosjektrapport Helse – Sør Øst.....	62

5.1.7 Nasjonal helseøvelse 2018	63
5.1.8 Viking sky og Hagland Captain hendelsen	66
5.1.9 Oppsummering dokumentstudier	68
5.2 Intervjuer	69
5.2.1 Hvordan trener og øver beredskapsledelsen i lokale helseforetak	69
5.2.2 Hvordan er beredskapen i helseforetak organisert blant 2019 informantene.....	71
5.2.3 Hvordan jobber helseforetaket sin beredskapsledelse metodisk ved krisehåndteringen?	78
6.0 Drøfting	85
6.1 Hvordan trener og øver beredskapsledelsen i lokale helseforetak for å kunne håndtere kriser?	86
6.2 Hvordan er beredskapsledelsen i helseforetak organisert?.....	93
6.3 Hvordan jobber helseforetaket sin beredskapsledelse metodisk ved krisehåndtering?..	99
6.3.1 Kommunikasjon	101
6.3.2 Modell for utvikling av beredskapsfaget i helseforetak	102
7.0 Konklusjon	102
Hovedkonklusjon	105
8.0 Litteraturliste	106
Vedlegg A: Eksempel på Førstemøte, fokus, aksjon,statustavler i CIM.....	114
Vedlegg B Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til informantene	117
Vedlegg C Intervjuguide	119

SAMMENDRAG

Siden 22. juli 2011 har det blitt større fokus på beredskapsarbeid i helsetjenesten og samfunnet for øvrig. De siste årene har flere hendelser i krisespekteret truffet Norge og behovet for god beredskap- og kriseledelse er viktig for å håndtere disse situasjonene på en god måte.

Hensikten med denne studien har vært å få mer kunnskap om hvordan helseforetak utøver beredskap- og krisehåndtering ved større hendelser som ulykker, kriser og katastrofer, og hva som skal til for at denne type ledelse blir utført på en god måte eller etter «Best praksis».

Studien omhandler teori som bidrar til gode prosesser i team ved krisesituasjoner. Beslutningsteori og proaktiv stabsmetodikk er sentrale momenter i tillegg til trening/øvelser av beredskap/kriseledelsen. Sentralt er også hvordan man lærer og implementerer forbedringspunkter etter øvelser.

I denne studien er det brukt kvalitativt forskningsdesign. 9 semistrukturerte intervjuer er gjennomført i 2019 og 6 tilnærmet like semistrukturerte intervjuer gjennomført i 2017. Disse 6 intervjuene ble gjennomført i samband med en annen prosjektoppgave. Alle informantene er sentrale ressurser innen beredskap i helseforetak, og innehar roller som beredskapssjef eller rådgivere innen beredskap. I tillegg er det gjennomført en dokumentanalyse av beredskapsplaner og evalueringsrapporter etter øvelser og reelle hendelser.

Studien har avdekket stor variasjon i hvor mye det enkelte helseforetak øver sin beredskap/kriseledelse. Det fremkommer forskjeller i engasjement og forankring hos topplederne i tillegg til variasjoner relatert til beredskapskompetanse. Nasjonal helseøvelse 2018 sitt spor innen beredskapsledelse med e-læringskurs har bidratt med kompetanseheving innen proaktiv stabsmetodikk i helseforetak. Læring og implementering av forbedringspunkt etter øvelser er ikke godt nok ivaretatt da man stadig har tilbakevendende feil ved neste øvelse. Den mest effektive øvelsen av disse beredskap/kriseledelsene er korte fokuserte funksjonelle øvelser som f.eks. bordøvelser eller simuleringer som bidrar til etablering av teamfølelse, teamledelse, felles mentale modeller, automatisering, proaktiv tilnærming og tilpasningsevne. Konklusjon er at systematisk trening og læring vil bidra til en mer effektiv beredskap/kriseledelse i helseforetak.

Organisering av beredskap/kriseledelsen i helseforetak varierer mye noe som er en konsekvens av at man organiserer seg etter likhetsprinsippet. Begreper på enhetene og ledernivåene som skal lede krisehåndteringer varierer også mye mellom helseforetak. Overordnet ledelse har også tendens til å blande seg inn i avgjørelser på lavere ledelsesnivå. Det er også avdekket en sårbarhet for spesialkompetansen som besittes av beredskapssjefer/rådgivere, da man i flere helseforetak ikke har god nok redundans innen fagområdet. Konklusjonene er at helseforetak sin beredskap/kriseledelse organiseres i store trekk etter likhetsprinsippet noe som gir utslag i forskjellig organisering. Forskjellig begrepsbruk og ulikt oppsett av beredskapsledernivå kan gi utfordringer for kommunikasjon internt og mot eksterne samvirkepartnere og interessenter.

Nesten alle helseforetakene i studien har innført eller er i prosess for å innføre proaktiv stabsmetodikk. Nå benytter nesten 90 % av helseforetakene proaktiv stabsmetodikk i sin beredskap/kriseledelse. Konklusjonen er at de fleste helseforetak bruker eller er i prosess for å innføre proaktiv stabsmetodikk som metodikk i beredskap- og krisehåndtering. Dette har bidratt til en mer effektiv krisehåndtering, men for flere helseforetak trenger man mer trening og øvelse for at metodikken skal bli effektiv i krisehåndteringen.

Hovedkonklusjonen er at alle helseforetak i studien er forberedt på å håndtere beredskap og kriser. Det er allikevel relativt stort sprik i hvor godt forberedt den enkelte beredskap/kriseledelse er i forhold til beredskapskompetanse for medlemmene. Noen trener og øver mye, mens andre helseforetak er i den andre enden av skalaen.

Måten man trener og øver på er ikke så aller verst, men helseforetak trenger å sette av mer tid til dette og sette kvalitetsmål på hva som kjennetegner god og effektiv håndtering. Det er også en rød tråd gjennom empirien at det er «vill vest» når det gjelder begrepsbruk innen beredskap- og krisehåndtering i helseforetak. En systematisering av dette er viktig å gjøre noe med. Konklusjonen blir da at en nasjonal veileder eller tilsvarende kan bidra mot å samkjøre overordnede prinsipper for beredskap- og kriseledelse og beredskapskompetanse både i helseforetak og i helsetjenesten.

FORORD

Masteroppgaven avslutter ett masterløp i Risikostyring og sikkerhetsledelse ved Universitetet i Stavanger. Dette har vært en lærerik prosess da jeg gjennom hele forløpet har tilegnet meg kunnskap som jeg har kunnet bruke i mitt daglige arbeid med beredskap innen helsetjenesten.

Tre år med studier som grunnet arbeid har blitt forskjøvet er over. Jeg er takknemlig for all erfaring dette studiet har gitt meg. Jeg er imponert over alle flotte og dyktige medstudenter og forelesere, veiledere og ikke minst informantene jeg har møtt gjennom disse årene.

Informantene fortjener en stor takk, for uten deres bidrag så hadde det ikke vært mulig å gjennomføre denne studien.

En stor takk rettes også til arbeidsgiver Helse Møre og Romsdal HF som har bidratt med økonomistøtte og fleksibilitet i forhold til permisjoner i studieforløpet. Takk også til dere som bidro med gjennomlesning av oppgaven med korrektur og tilbakemeldinger i innspurten.

Min dyktige veileder Morten Sommer fortjener en stor takk for å bistå med god rettleiding gjennom arbeidet med oppgaven, og være tilgjengelig for støtte og tilbakemeldinger når behovet meldte seg.

Sist men ikke minst må den største takken gå til familien for tålmodigheten som er vist gjennom flere år når masterstudenten har vært mentalt bortreist i teorier om beredskapsledelse, kriser og katastrofer. Dette hadde ikke gått bra om det ikke hadde vært for denne støtten.

Jeg håper at denne studien kan gi en nytteverdi i videre beredskapsarbeid i helseforetak og helsetjenesten for øvrig.

Spjelkavik 07.09.2019

Oversikt noen forkortelser

AMK	Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral. Blir ofte forkortet til AMK. Helsetjenestens akuttmedisinske fagsentral for mottak og håndtering av medisinsk nødmelding, akutt hjelp, innlegging og ambulanseoppdrag. AMK er også sentral lift internkommunikasjon og varsling
CIM (HelseCIM)	CIM er ett web basert verktøy for krisehåndtering
HF	Helseforetak. Organisatorisk enhet som består av ett eller flere sykehus, psykiatriske enheter og rusbehandlingstilbud. Sykehusapotekforetak med sykehusapotek
HRS	Hovedredningssentral
RHF	Regionalt helseforetak
SAR	Betyr i Norge søk og redning og er ett begrep som også er kalt redningstjeneste

Oversikt Tabeller

Tabell 1		S xxx
1	Oversikt over tjenester helseforetak skal tilby befolkningen	15
2	Sentrale forskjeller på ulykke, krise og katastrofe	18
3	Fokusområder for teamtrening	29
4	Karaktertrekk ved gode team	32
5	Fem kritiske oppgaver for kriseledelse	41
6	Nivå beredskap- og kriseledelse	41
7	Dokumenter benyttet i oppgaven	48
8	Oversikt informanter intervjuet 2019	51
9	Oversikt informanter intervjuet 2017	51
10	Beredskapsprinsippene	55
11	Endringer i nasjonal helseberedskapsplan 2018	57
12	Utdrag fra helseforvaltningens håndtering av hendelsen 22. juli 2011.	61
13	Utdrag funn i Rapport «Gjennomgang og kvalitetssikring av beredskapsplaner i Helse Sør-Øst	62/63
14	Funn relatert til beredskap/kriseledelse nasjonal helseøvelse 2018	64
15	Noen kompetansehevende aktiviteter Nasjonal helseøvelse 2018	65
16	Informantenes funksjon ved beredskap- og krisehendelser	73/74
17	Eksempel på beredskapsnivå i helseforetak	84
18	Oversikt over typebetegnelser på øvelser	89
19	Oversikt over interne og eksterne kommunikasjonsmidler i	91

	beredskap/kriseledelsen	
20	Forslag til betegnelse på beredskapsledelsesnivå i helseforetak	96

Oversikt figurer

Figur 1		S xxx
1	Akuttsykehus i Norge	14
2	Oversikt regionale helseforetak	14
3	Faser i beredskapsarbeidet	17
4	Samfunnssikkerhet som kjede	17
5	Faser i beredskapsarbeid relatert til krisefaser	18
6	Nivåbeskrivelse av hendelser i redningstjenesten	19
7	The unrocked boat	21
8	Rasmussens migrasjonsmodell	22
9	Sikkerhet. Forskjell på security og safety.	23
10	Forholdet mellom sikkerhet og beredskap	23
11	Reason sin swiss cheese modell	24
12	Modell for individuell læring innen beredskapsarbeid	25
13	Sammenheng mellom læring på individ og organisasjonsnivå	26
14	Enkeltkrets og dobbeltkretslæring	27
15	Forbedringspunkter identifisert og forbedringspunkter implementert	28
16	Læringstrappen	30
17	Systematisk trening og øvingsarbeid	31
18	Modell for beslutningstaking	34
19	Modell for situasjonsbevissthet	35
20	Prosess proaktiv stabsmetodikk	37
21	Proaktiv strategi for beslutningstaking	38
22	Informasjons og beslutningsfeller	39
23	Kvalitativ metodikk	43
24	Utvikling av problemstilling som omvendt pyramide	44
25	Varsling og rapporteringslinjer i helse- og omsorgssektoren	57
26	Oversikt og sammenheng mellom planverk relatert til helseberedskap	59
27	Oversikt øvingssteder Nasjonal helseøvelse 2018	63
28	Modell for kompetanseheving i samband med nasjonal helseøvelse 2018	65
29	Skisse kommunikasjon og koordinering Helse Møre og Romsdal HF	67
30	Informantenes funksjon ved beredskap/kriser	74

31	Oversikt titler informanter	74
32	Oversikt beredskapsfaglig kompetanse i beredskap/kriseledelsen	75
33	Oversikt beredskapsfaglig kompetanse blant informantene	75
34	Nasjonale veileder for beredskapsledelse i helseforetak	77
35	Bruk av proaktiv stabsmetodikk blant 2019 informantene	78
36	Bruk av stabsmetodikk blant informanter fra 2017 og 2019	78
37	Bruk av stabsmetodikk blant 2017 informantene i 2017	79
38	Endring blant 2017 informantene i bruk av stabsmetodikk mellom 2017 og 2019	79
39	Metodikk som benyttes for etablering av situasjonsbilde og forståelse	81
40	Eksempel på oppsett av videovegg/skjermflate i stabsrom	82
41	Eksempel på førstemøte- og fokustavle operasjonelt og taktisk nivå	82
42	Eksempel på strategisk førstemøtetavle	83
43	Bekreftende kommunikasjon	101
44	Enkel prosess opplæring og øvelser	102

Oversikt bilder

Bilde		S xxx
1	AMK Møre og Romsdal	67
2	Sentral krisestab Helse Møre og Romsdal	68

1.0 Innledning

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har analysert alvorlige hendelser som kan ramme Norge. Pandemi og legemiddelmangel er scenarier med høyest risiko og deretter følger jordskjelv i by, kvikkleireskred i by, atomulykke, skipskollisjon på Vestlandskysten, storm i indre Oslofjord, Solstorm og regnflom som alle har omtrent samme risiko (DSB, Analyser av krisescenarier 2019).

Risikobildet er i kontinuerlig endring noe som skyldes samfunnsutviklingen og ytre forhold som påvirker oss. Klimaendringer og utfordringer dette gir i forhold til ekstremvær, der ekstreme værhendelser inntreffer oftere og kraftigere er noe vi må forvente fremover.

Avhengighet av IKT og elektroniske kommunikasjon (Ekom) har gjort oss sårbare for utfall. Hybride hendelser initiert av fremmed makt er hendelser i grenseland mellom krig, fred og kan føre til sikkerhetspolitisk krise. Hybride angrep kjennetegnes ved bruk av flere virkemidler som kan ramme ulike samfunnssektorer uten åpenbar sammenheng. Eksempel kan være utnytting av digitale plattformer og desinformasjon via sosiale medier eller andre kanaler (DSB, 2019, s. 10).

Siden 22. juli 2011 har det blitt større fokus på beredskapsarbeid i helsetjenesten og samfunnet for øvrig. De siste årene har flere hendelser i krisespekteret truffet Norge.

Litteraturen er ikke entydig i forhold til hvordan beredskap og krisearbeid skal ledes og organiseres. Forfatteren kjenner heller ikke til klare føringer på hvordan man skal organisere seg og hvordan utøve best praksis ved god kriseledelse i helseforetak og ved sykehus.

«We won't rise to the level of our expectations, we fall to the level of our training»

Sitatet stammer sannsynligvis fra den greske poeten Archilochus. En anonym soldat i spesialstyrken Navy SEALs har beskrevet dette slik: *«Under pressure, you don't rise to the occasion, you sink to the level of your training»*.

Dette går direkte inn i tematikken som denne oppgaven omhandler og viser oss at regelmessig trening og øvelse er viktig for å kunne prestere i kompliserte situasjoner med korte tidsfrister og høy grad av stress.

1.1 Problemstilling

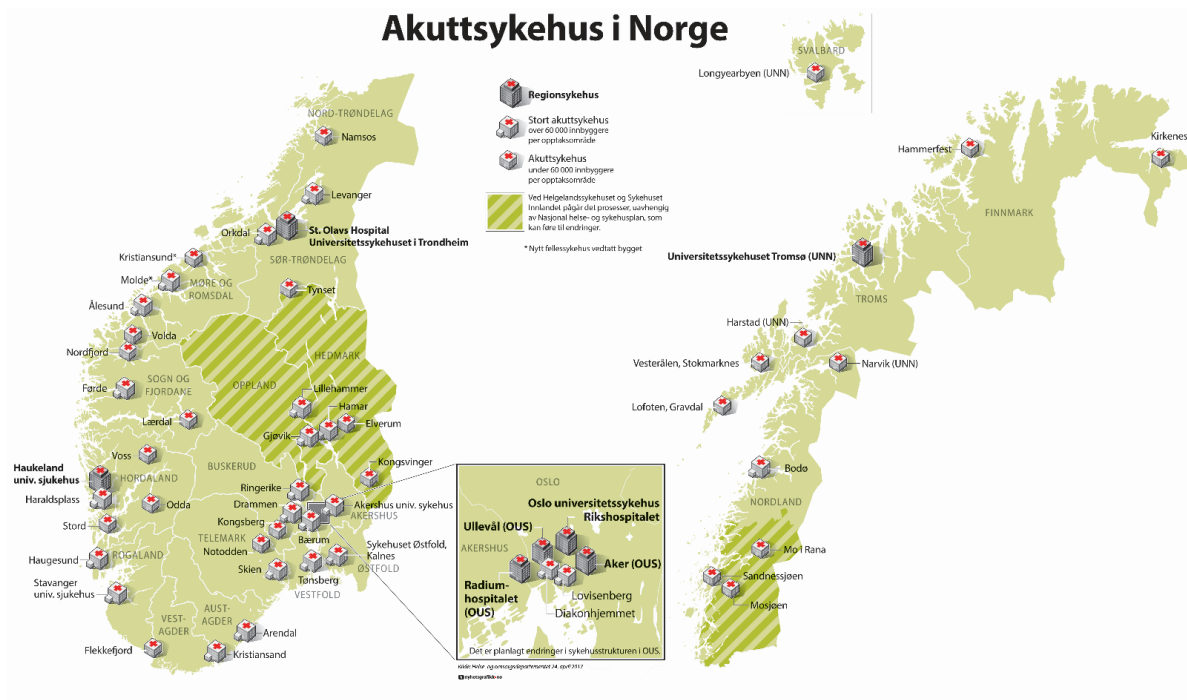
Hvor godt forberedt er helseforetak sin beredskapsledelse for å kunne utføre god kriseledelse?

Med denne problemstillingen som bakteppe har forfatteren utarbeidet forskningsspørsmål som skal bidra til å innhente relevante data fra beredskapsledelser i lokale helseforetak. Disse skal søke å gi innsikt i hvordan man på strategisk og operasjonelt nivå er forberedt for å håndtere større beredskap- og krisehendelser. Det er også fokus på sammenhengen mellom beredskapsledelser som er forberedt og de som er mindre forberedt, og om dette har betydning når man utfører beredskapsledelse i en krise.

1. Hvordan trener og øver beredskapsledelsen i lokale helseforetak for å kunne håndtere kriser?
2. Hvordan er beredskapsledelsen i helseforetak organisert?
3. Hvordan jobber helseforetaket sin beredskapsledelse metodisk ved krisehåndtering?

1.2 Avgrensning av oppgaven

Oppgaven omhandler beredskapsledelse ved kriser, og den avgrenses til å fokusere på beredskapsledelse i lokale somatiske helseforetak på det øverste og nest øverste ledelsesnivået. Det er forskjeller på sammensetningen av helseforetak der enkelte kun er organisert med ett akutt sykehus, mens andre helseforetak har ansvar for opptil fire akutt sykehus (sykehus kan ha ulike funksjoner og spesialiteter, samt lokale, regionale og nasjonale funksjoner). Se figur 1. for oversikt over helseforetak og akutt sykehus i Norge. Helseforetak består ofte av flere institusjoner i tillegg til behandlingsteder som er geografisk plassert vekk fra sykehuskroppen. Disse lokalitetene er ikke omfattet av oppgaven hvis de ikke har en vesentlig funksjon i forhold til helseberedskap.

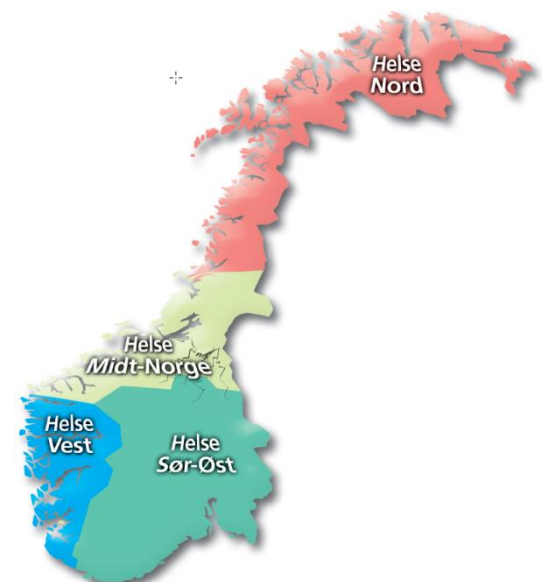


Figur 1: Akuttisyrkehus i Norge (2017). St.meld. 11. Nasjonal helse og sykehusplan (2015).

2.0 Kontekst og bakgrunnsinformasjon

Helseforetak er en samlebetegnelse på regionale helseforetak (RHF) og helseforetak (HF) som ble opprettet etter at staten tok over ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene 1. januar 2002 (Store medisinske leksikon. Nedlastet 2.september 2019).

Helsedepartementet beskriver på sine nettsider at Norge er delt i fire helseregioner, og i hver region er der ett regionalt helseforetak som har ansvar for å yte spesialisthelsetjeneste til befolkningen. Oversikt regionale helseforetak er vist i figur 2. Eier av de regionale helseforetakene er Staten, og de underliggende helseforetakene eies av det regionale helseforetaket. De regionale helseforetakene løser oppgaven ved at underliggende helseforetak drifter sykehusene, men har i tillegg oppgaver innen forskning, utdanning samt opplæring av pasienter og pårørende (regjeringen.no, nedlastet 2.september 2019). Helsedepartementet oppretter styre i de regionale helseforetakene, og de



Figur 2:oversikt regionale helseforetak

regionale Helseforetakene oppretter styre i helseforetakene (Helseforetaksloven, 2001). Tabell 1 gir oversikt over spesialisthelsetjenester som RHF skal tilby befolkningen i regionen i eller utenfor institusjon.

Regionale Helseforetak sitt ansvar for spesialisthelsetjenester	
1	Sykehustjenester
2	Medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester
3	Akuttmedisinsk beredskap
4	medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt,
5	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, herunder institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelavhengige med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 til 10-4,
6	Transport til undersøkelse eller behandling i helse- og omsorgstjenesten og
7	Transport av behandlingspersonell.

Tabell 1: oversikt over tjenester i helseforetak. Lov om spesialisthelsetjeneste (2001)

I helsetjenesten er de allmenne kravene til ledelse beskrevet i forskrift av 28. oktober 2016 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften gir også krav til ledelse ved beredskap og krisesituasjoner. Dette er presisert via likhetsprinsippet som er i denne studien er omtalt i empirikapittelet. Videre vil jeg kort omtale utdrag fra Nasjonal helseberedskapsplan (2018) relatert til beredskapsoppgaver i Helse- og omsorgsdepartementet(HOD), Helsedirektoratet(HDIR) og Regionale helseforetak(RHF).

HOD har nasjonalt ansvar for helseberedskapen og forvalter dette ved reguleringer i regelverk, tilsyn, budsjett samt ledelse og styring av forvaltningen og de regionale helseforetakene. HOD har også et samordningsansvar med andre departementer og har fast plass i kriserådet til regjeringen.

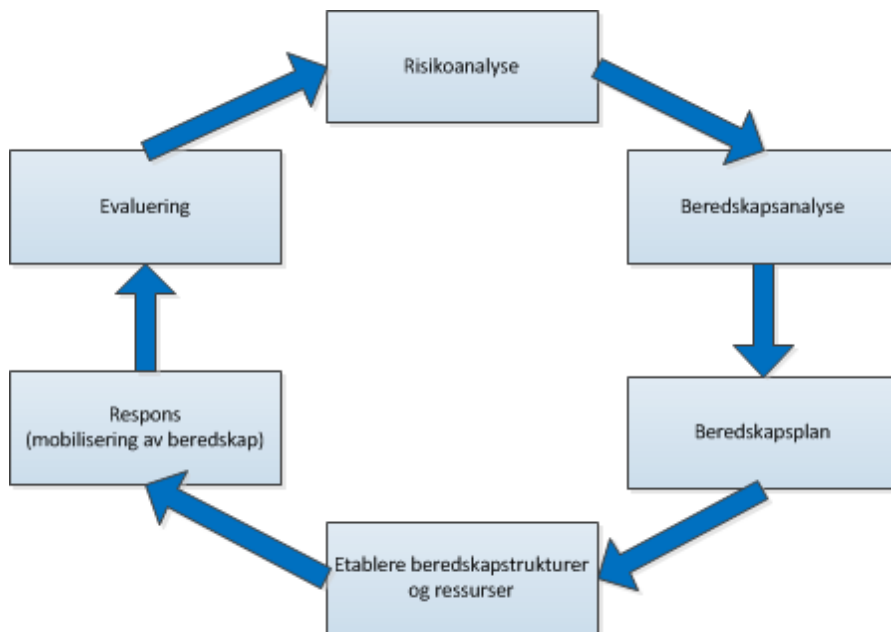
HDIR har ansvar for nasjonal helseberedskap som skal bidra til at samvirke blir fulgt opp i helse- og omsorgssektoren og mot andre sektorer. Oppgaven utføres ved å gi råd og sørge for at vedtatt politikk blir utført. Har også ansvar for tilrettelegging av kompetansetiltak, gi veiledning og retningslinjer via fylkesmann til kommunene. HDIR har etter delegasjon fra HOD å gjennomføre nasjonal koordinering av helse- og omsorgssektoren sin innsats ved krisesituasjoner.

RHF har etter helseberedskapsloven og spesialisthelsetjenesteloven plikt til å utarbeide beredskapsplaner de har ansvar for inkludert innsatsfaktorer som eksempelvis kritisk infrastruktur som er nødvendig for å utføre sine oppgaver (se tabell 2). Dette omfatter blant annet plikt til døgnbemannet nødmeldetjeneste som akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK), ambulansetjenester (Luft, land og sjø) og delta i enkle søk og redningsoperasjoner. Avtaler med frivillige organisasjoner er en del av beredskapen. Nasjonal helseberedskapsplan (2018) beskriver videre at beredskapsplanlegging, trening og øvelser, erfaring fra reelle hendelser danner grunnlaget for håndtering av større katastrofer (Nasjonal helseberedskapsplan, 2018).

3.0 Teori

Nasjonal helseberedskapsplan (2018), utgitt av helse- og omsorgsdepartementet (HOD) legger klare overordnede føringer for helse- og omsorgstjenesten sin beredskap og har forventninger om forberedte tiltak, håndtering, kriseledelse og rapportering (Nasjonal helseberedskapsplan, 2018. s, 11).

Stortingsmelding nr.10 (2016-2017) definerer beredskap som *«planlagte og forberedte tiltak som gjør oss i stand til å håndtere uønskede hendelser slik at konsekvensene blir minst mulig»* dette omfatter både tilsiktet og utilsiktet hendelse. At man skal være forberedt er en del av fasene i beredskapsarbeidet (figur 3), og viser at man må ha gjort risikovurderinger som beskriver hva som kan skje, gjennomfører beredskapsanalyse, utarbeider beredskapsplan og etablerer nødvendige beredskapsstrukturer får å kunne håndtere kriser.

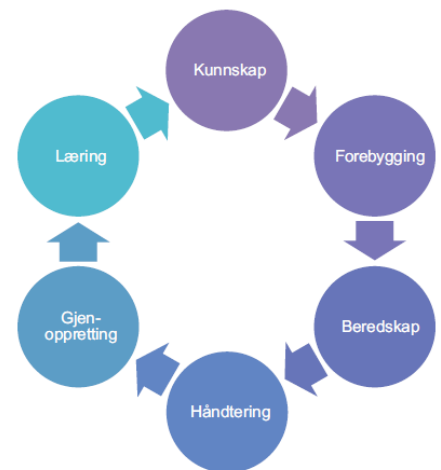


Figur 3: Faser i beredskapsarbeid (Engen et al., 2016).

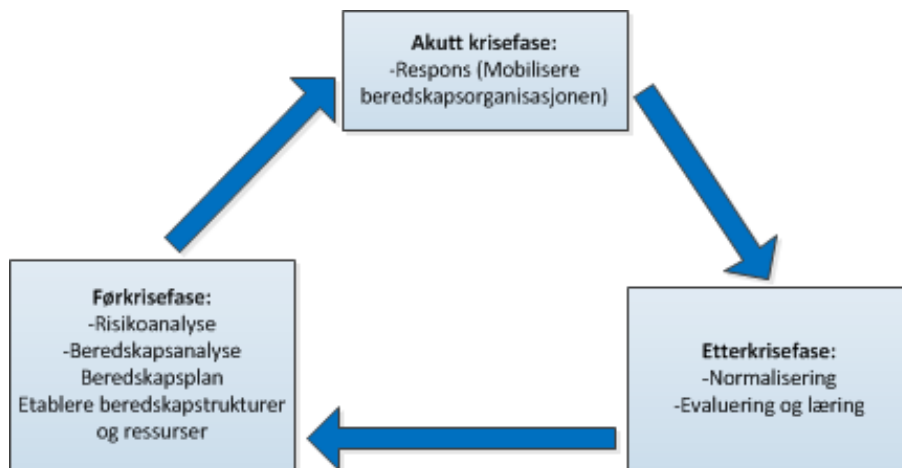
Nasjonal helseberedskapsplan beskriver helseberedskap slik: «helseberedskap er forvaltningens og helse- og omsorgstjenestens forberedelse for å forebygge og håndtere helsemessige konsekvenser av hendelser-ulykker, kriser og katastrofer» (Nasjonal helseberedskapsplan, 2018, s. 5).

Beredskap er også en del av kjeden samfunnssikkerhet. Samfunnssikkerhet er «samfunnets evne til å verne seg mot og håndtere hendelser som truer grunnleggende verdier og funksjoner og setter liv og helse i fare. Slike hendelser kan være utløst av naturen eller være utslag av tekniske eller menneskelige feil eller bevisste handlinger» (ST. meld.nr.10, 2016-2017).

Kjeden samfunnssikkerhet viser at håndtering av en krisesituasjon ligger mellom beredskap og gjenoppretting. Beredskapsarbeidet relatert til krisefaser deles inn i ulike faser som vist i figur 5.



Figur 4: Samfunnssikkerhet som kjede. St.meld.nr.10, 2016-



Figur 5: Faser i beredkapsarbeid i relasjon til krisefaser (Engen et al., 2016).

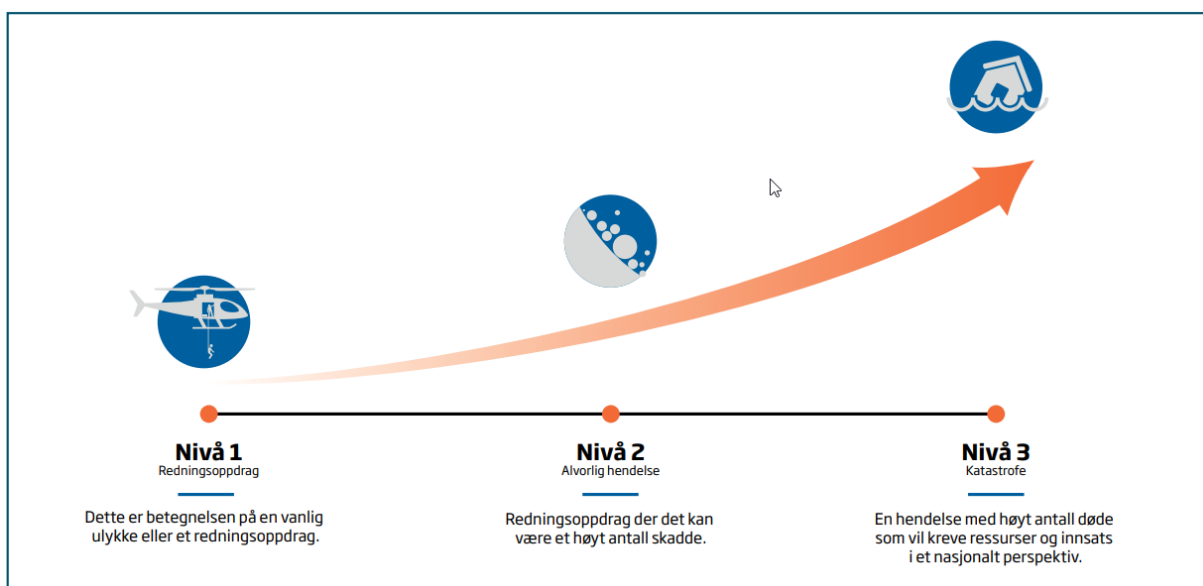
Ulykker, kriser og katastrofer er ulike begreper som benyttes i planverk og litteratur. Forskjeller på disse er vist i tabell 2. Det er ulike definisjoner på krise. Noen er relatert til egenskaper ved hendelsen som i St.meld. 17. (2001-2002): «En krise er en hendelse som har potensiale til å true viktige verdier og svekke en organisasjons evne til å utføre viktige funksjoner». Andre er relatert mer til effekt på virksomheten: «En alvorlig trussel mot strukturer, verdier og normer i et sosialt system som under tidspress og usikkerhet gjør det nødvendig å foreta kritiske beslutninger». Beskrevet i boka perspektiver på samfunnssikkerhet (Engen et al., 2016).

	Omfang	Ressursbehov	Mobilisering
Ulykke	X	X	lokal
Krise	XXX	XXX	Lokal Regional
Katastrofe	XXXXX	XXXXX	Lokal Regional Nasjonal Internasjonal

Tabell 2: Ulykker, kriser og katastrofer; sentrale forskjeller (Engen et al., 2016).

Nasjonal veileder for redningstjenesten beskriver at helsevesenet er en del av samordnet innsats med den øvrige redningstjenesten. Varsling skjer fra hovedredningsentralen (HRS)

og/eller Lokal redningssentral (LRS) til akutt medisinsk kommunikasjonsentral (AMK) i situasjoner der det er mistanke om skade eller sykdom på personer. (Nasjonale veileder for planverk og samvirke i redningstjenesten, 2018). Håndbok for redningstjenesten viser til tre nivå av redningsaksjoner da det ikke har vært noen felles betegnelse rundt nivå/omfang på ulykkeshendelser i Norge. Disse er vist i figur 6. I denne studien tatt med for å sees i sammenheng med sentrale forskjeller mellom ulykker, kriser og katastrofer vist i tabell 3, og at de fleste organisasjoner som håndterer beredskap er delt i tre ledelsesnivå nivå (Militær ledelse, 2019; Eid og Johnsen, 2018; Håndbok redningstjenesten, 2018; Bjelland og Nakstad, 2018; Lunde, 2019; PBS 1, 2011; Løvik, 2010).



Figur 6. Nivå og beskrivelse på hendelser i redningstjenesten. Håndbok for redningstjenesten (2018).

Beredskapsfasene inngår som en naturlig del av krisefasene illustrert i figur 5.

Beredskapsarbeid er ut fra dette primært arbeid i førkrisefasen, mens mobilisering av beredskapsorganisasjonen med nødvendige ressurser er som respons til en akutt krise. Lunde (2019) betegner denne responsen som en beredskapssituasjon: «en tilstand eller hendelse, og dennes eventuelle utvikling, som starter ved at virksomheten beslutter å mobilisere hele eller deler av sin beredskapsorganisasjon og som varer til beredskapsorganisasjonen er demobilisert».

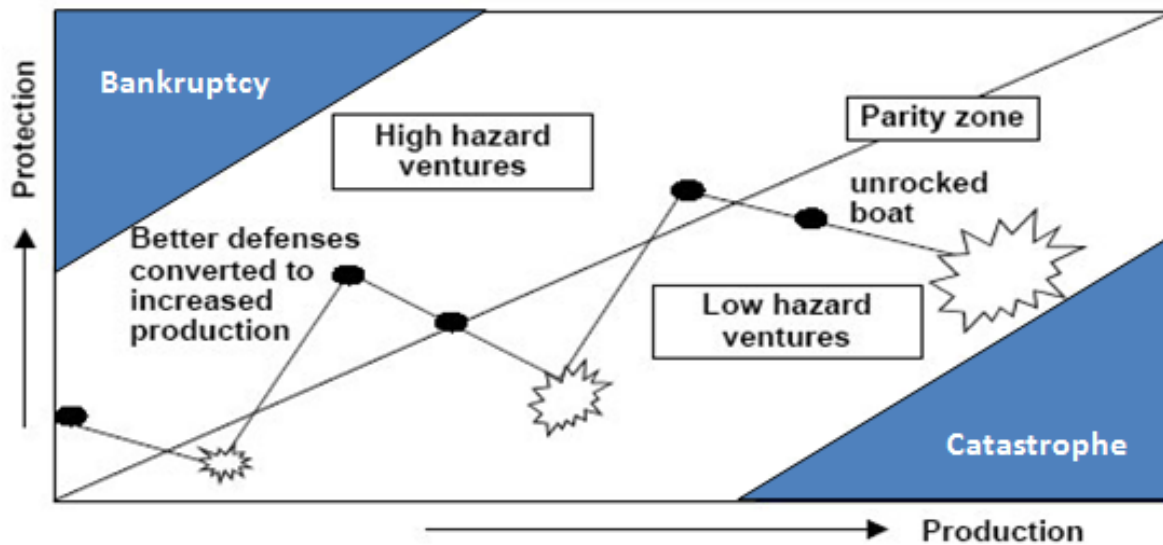
Kriser kan utvikle seg på ulike måter. Noen kriser utvikler seg raskt. Eksempler for helseberedskap kan være en bussulykke, flykrasj, jordskjelv, terror. Andre kriser utvikler seg langsomt. Eksempler her kan være pandemi, forhåndsvarslet fjellskred og ekstremvær. I tillegg kan det være situasjoner som ikke oppfattes som krise grunnet langsom utvikling. Eksempel kan være forurensning lokalt, klimaendringer, sultkatastrofer (Engen et al., 2016).

3.1 Organisasjon

Jeg velger å se organiseringen av helseforetak og sykehus i lys av perspektivet «high reliability organisations» (HRO). Fritt oversatt til norsk som høypålitelig organisasjon. Teorien er utviklet forskere ved University of California, Berkley. Teorien er beskrevet av flere forskere og teorien har som utgangspunkt at ulykker kan forebygges og fokuserer på organisasjonsdesign. Reason (1997) beskriver HRO organisasjon som store og dynamiske, har komplekse oppgaver, ofte med tidspress på gjennomføring. Koordinering og tett samvirke gjør organisasjonen i stand til å utføre oppgavene mer pålitelig. Sikkerhet og pålitelighet har høy prioritet i organisasjonen og har utstrakt bruk av desentralisert styring og beslutninger som gjør det mulig å få raske reaksjoner på akutt oppståtte hendelser. Andre kjennetegn er handlekraft i kritiske situasjoner og evne til å tilpasse seg. En forutsetning for dette er tillit, åpenhet, erfaringsdeling og læring. Ordinær drift kan avdekke svakheter, og det er fokus på å lære av feil, og oppmuntre til rapportering. Prosedyrer og planverk må med bakgrunn i dette revideres. Høy pålitelig forutsetter videre regelmessighet i trening og øvelser for at man ute i organisasjonen skal kunne handle adekvat ved akutte, unormale og kritiske hendelser (Aven et al., 2011). Eksempler på en HRO organisasjon er blant annet luftfart, petroleumsindustrien, kjernekraft og samhandlingen på ett hangarskip kan også være ett ytterpunkt. Helseforetak og sykehus er store dynamiske organisasjoner der deler eller hele organisasjonen jobber under sterkt produksjon og tidspress og man må gjøre vurderinger om hvor mye tid og ressurser som skal prioriteres i forhold til trening og øvelser. Johnsen (2019) beskriver at HRO organisasjoner er avhengig av å ha beredskapsplaner og trent personell for å kunne håndtere operasjonell risiko. (Johnsen, 2019, s. 301).

«*The unrocked boat*»- teorien presentert av Reason (1997) er av interesse i denne sammenheng da teorien viser livet til en organisasjon opp mot produksjon og sikkerhet (fig.7). Den viser at sikkerheten kan være god ved oppstart men ved fravær av uønskede hendelser så slakker man av på kravene, og sikkerhet blir nedprioritert i forhold til drift. Teorien beskriver

at uønskede hendelser kan oppstå når sikkerheten er redusert, og at dette etter hvert fører til katastrofe.

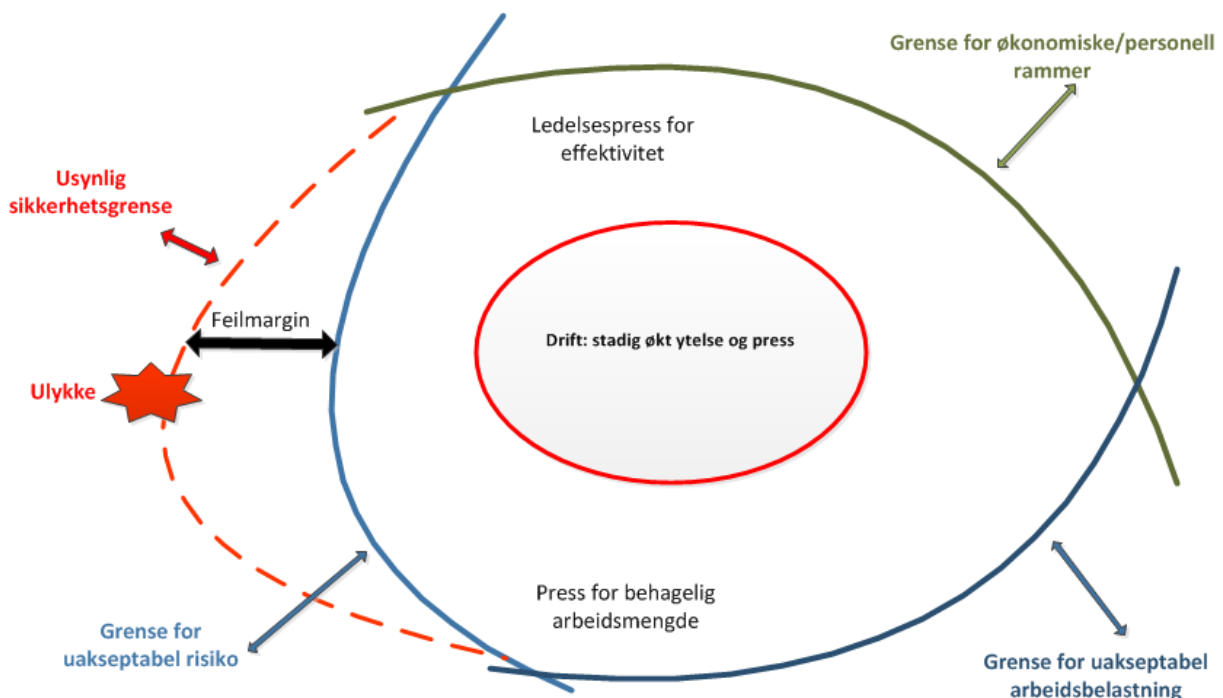


Figur 7: The unrocked boat (Reason 1997). Her vist med formål å beskrive produksjon relatert til sikkerhet i helseforetak.

3.2 Produksjonspress vs beredskap

Rasmussen (1997) viser i migrasjonsmodellen (Figur 8) til interessekonflikter når det gjelder sikkerhet. I denne studien relateres dette til beredskap. Beredskap har sin pris i blant annet penger, innsats og tid. Samspillet mot de tre grensene i modellen må være like sterke i forhold til hverandre for å opprettholde nødvendig sikkerhet i organisasjonen. Hvis en av grensene presses kan det gå utover beredskapen. Reason (1997) hevder at trening vil gi økt sikkerhet, men treningen vil få stor konkurranse fra produksjon og ofte bli den som taper. Redusert fokus på beredskap kan da føre til at organisasjonen ikke har lagt nok ressurser i

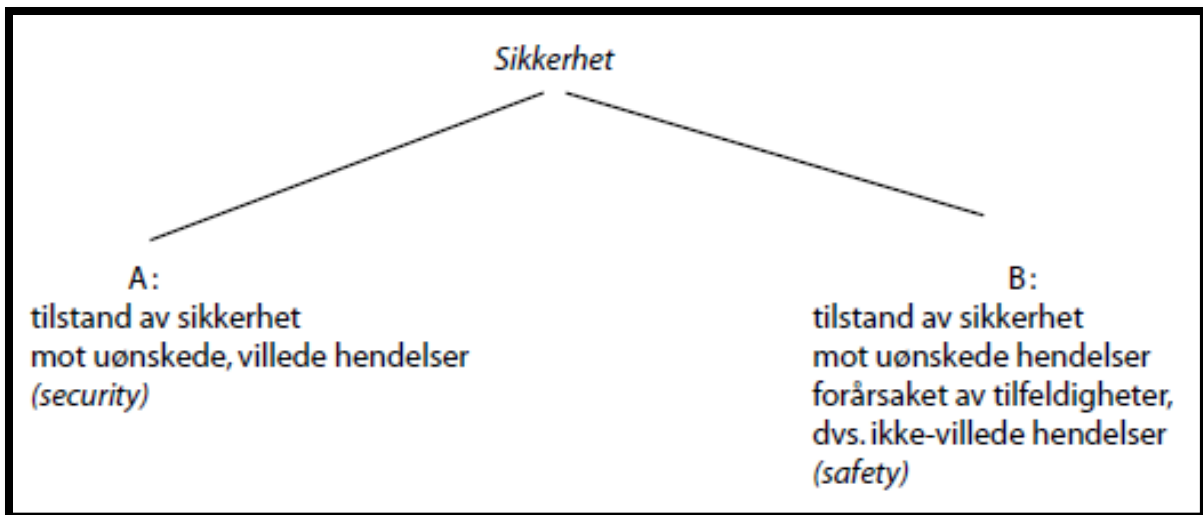
beredskapsorganisasjonen og systemet for å kunne håndtere en beredskapssituasjon.



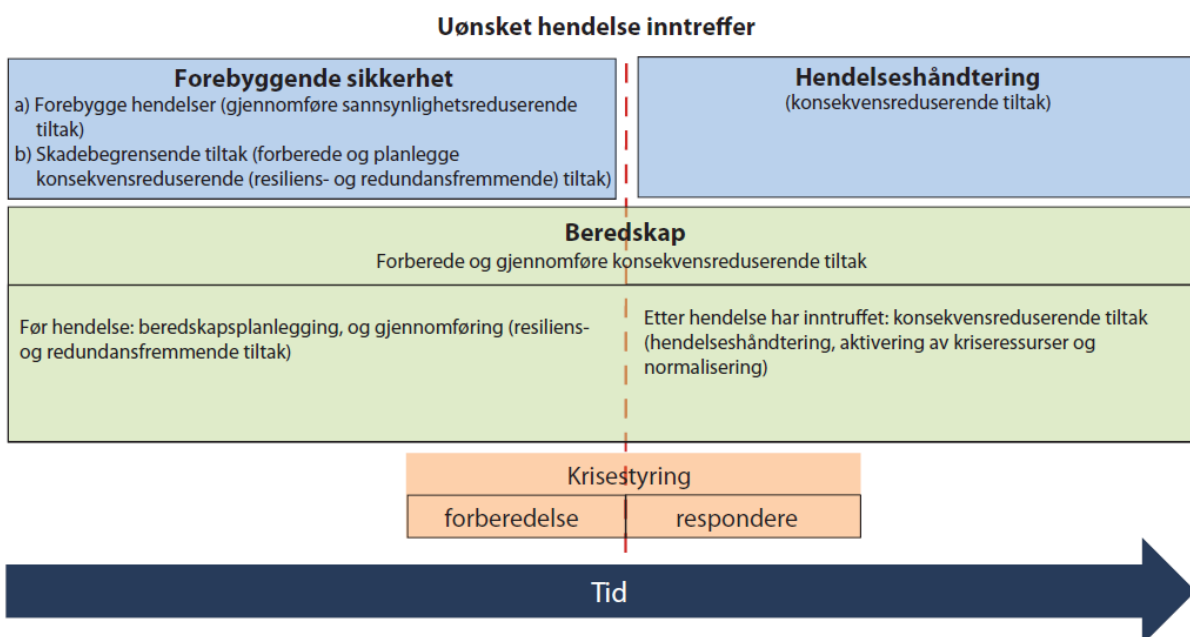
Figur 8: Rasmussens migrasjonsmodell (1997). I denne studien brukt for å vise sammenhengen mellom produksjonspress som beredskap er utsatt for, og de rammer som er fastsatt.

3.3 Sikkerhet og beredskap

Eriksen (2018) beskriver at beredskap inngår i helhetlig risikostyringsarbeid der en tradisjonell oppfatning av beredskap er konsekvensreducerende tiltak, og at sikkerhet i tillegg omfatter forebyggende tiltak. Finn - Erik Vinje gjør en begrepsutredning i vedlegg 5. i NOU 2006:6, «når sikkerhet er viktigst». Kort sammenfatning vist i figur 9 der sikkerhet er delt mellom security og safety. NOU 2016:19, «samhandling for sikkerhet» illustrerer sammenhengen mellom sikkerhet og beredskap i figur 10.



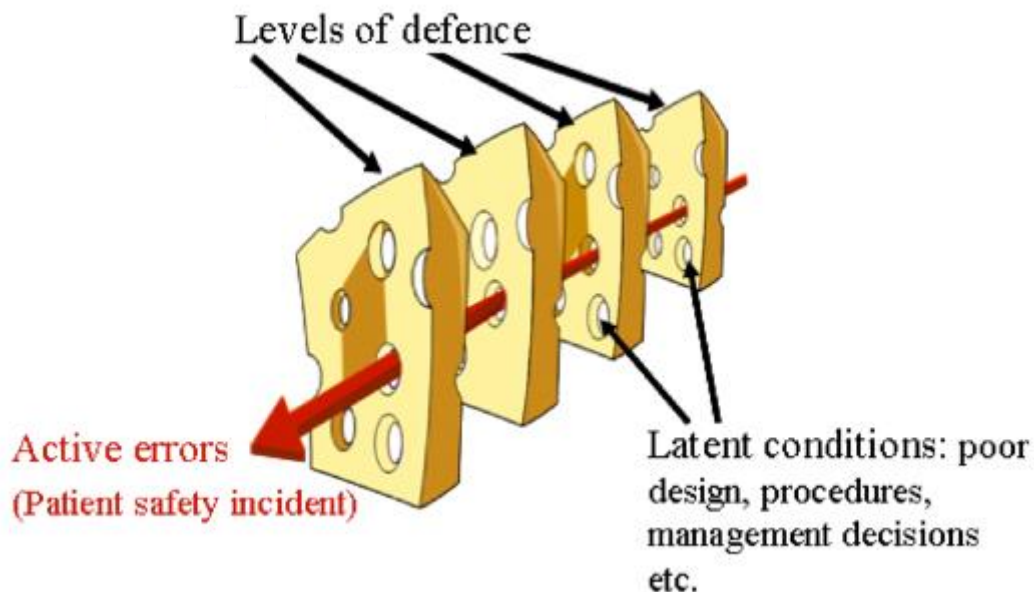
Figur 9: NOU 2006:6 «Når sikkerhet er viktigst» Finn – Erik Vinje. Sikkerhet, begrepsutredning med deling i security og safety.



Figur 10: Forholdet mellom sikkerhet (samfunnssikkerhet) og beredskap (NOU 2016:19)

Reason (1997) har brakt på banen Swiss Cheese modellen som vist i figur 11. Reason viser med denne modellen årsaker til ulykker som kan bestå av aktive og latente feil. Aktive feil begås i den «skarpe» enden. Eksempelvis av leger, sykepleiere, piloter, kapteiner, operatører mens latente feil kan være dårlige eller manglende prosedyrer, dårlig design, vedlikeholds svikt og mangel på trening og øvelse. Hver osteskive i modellen er en barriere som skal

forhindre trusler i å utvikle seg til ulykker. Barrierene kan være myke (eksempel: prosedyrer, metodikk, møter i beredskap/kriseledelsen, opplæring, trening og øvelse) eller harde (eksempel: adgangskontroll, stengte dører, alarmer, skuddsikre vinduer eller pullerter). Ingen forsvarsverk er tette, men har større eller mindre hull. Dette illustreres i modellen ved at osteskivene beveger seg og i enkelte situasjoner vil hullene i barrierene være på linje og feil slipper gjennom slik at ulykker oppstår.



Figur 11: Reason (1997). The swiss cheese model.

Relaterer vi denne modellen til Beredskap og kriseledelsen kan aktive feil være at man ikke tar en beslutning, tar beslutningen for sent eller at man går i beslutningsfeller som beskrives av Lunde (2019). Latente feil kan eksempelvis være manglende planverk og tiltakskort, mangel på ledelse, mangel på trening og øvelse og manglende infrastruktur for kommunikasjon og rapportering. Eksempelvis kan organisasjoner ha iboende latente forhold tilstede over lengre før de utvikler seg. Både aktive og latente forhold kan føre til hull i osteskivene som igjen fører til en ulykke.

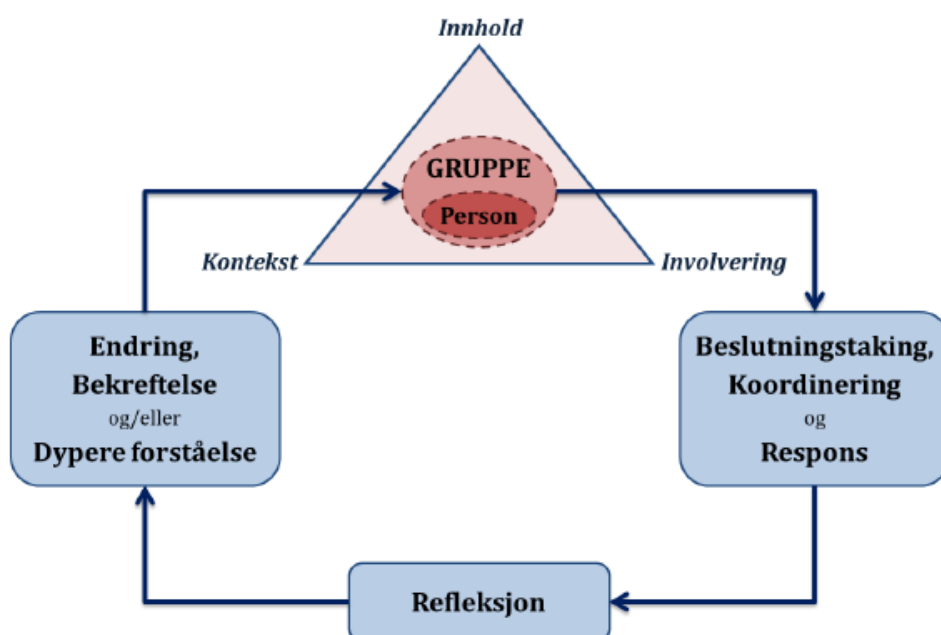
3.5 Læring

Sommer et al. (2019) beskriver at man bør velge den gylne middelvei mellom de to dominerende forståelsene av læring på individnivå (Beckett & Hager, 2002; Hager, 2004, 2011; Sfard, 1998): «læring som tilegnelse» og «læring som deltakelse» (Sommer et al., 2019, s.

41). Den gylne middelvei kombinerer begge tilnærmingene (Sommer et al., 2019, s. 46). I en studie publisert i 2015, om læring i nødetatene, viser at både sosiokulturelle forhold og individ relaterte aspekt er vesentlig for å forstå hvordan man utvikler kompetanse om beredskapsarbeid (Sommer, 2015).

3.5.1 Individuell beredskapslæring

En kombinasjon av de omtalte tilnærmingene ligger til grunn for individuell beredskapslæring. Sommer, Braut og Njå (2013) utarbeidet en modell for individuell beredskapslæring. En tilpasset modell vist i figur 12, er utarbeidet av Sommer et al. (2019).



Figur 12: Modell for individuell læring innen beredskapsarbeid (Sommer et al., 2019).

Modellen viser personen som er utgangspunktet for læring, enten alene eller sammen med en gruppe. De må være motiverte og åpne for læring, lærings situasjonen må være tilrettelagt og de må involvere seg (Sommer et al., 2019, s. 46). Beslutningstaking, koordinering og respons er de personene gjør for å håndtere situasjonen. Adferd og respons er utfallet av hvor godt koordinert man er og beslutninger som blir tatt. Dette blir også resultatet av håndteringen av situasjonen. Refleksjon er avgjørende for læring som individ og som gruppe og refleksjonen må ivareta håndteringen og relevansen til kunnskap og ferdigheter. Endring, Bekreftelse og/eller dypere forståelse er systematisering av læringen. Det kan bli endringer i strukturer,

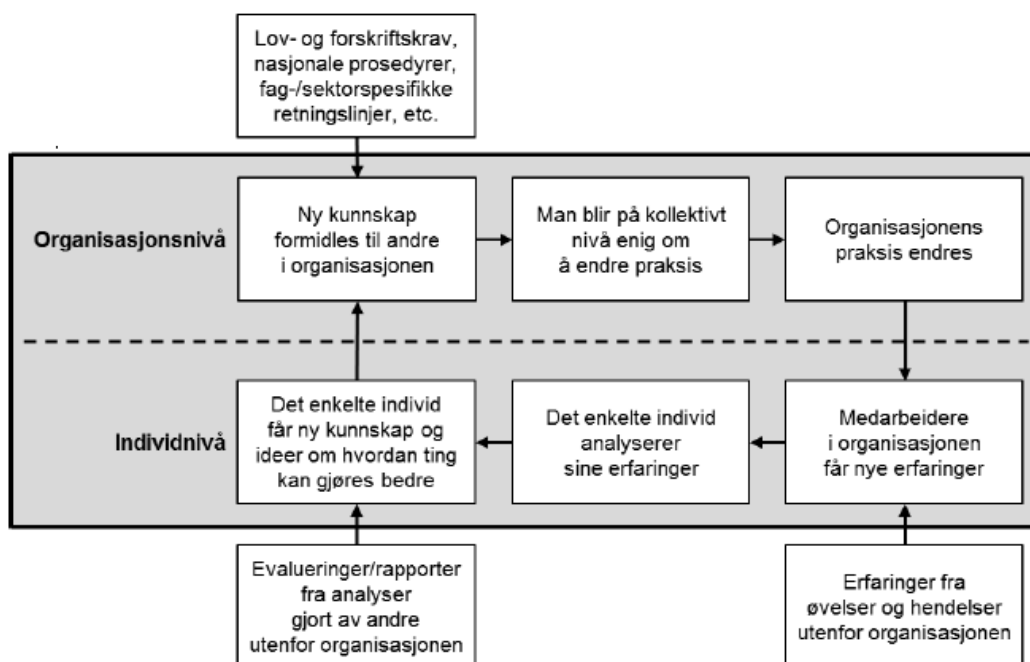
adferd eller fremgangsmåte, bekreftelse på at gjeldende praksis eller kunnskap er god nok eller gi dypere forståelse av gjeldene praksis og selve håndteringen (Sommer et al., 2019, s. 47).

3.5.2 Organisatorisk læring

«Organisasjon er to eller flere mennesker som arbeider sammen og utfører oppgaver for å oppnå et mer eller mindre klart definert mål». Dette vil i praksis innebære en formalisering med fordeling av sider ved arbeidet (rollefordeling/oppgavespesialisering) for at samarbeidet skal gi mest mulig effekt». (Jusleksikon.no. Nedlastet 8.september 2019).

Lunde (2019) beskriver en beredskapsorganisasjon slik: «Beredskapsorganisasjon er den organisasjon som en virksomhet har etablert med ekstraordinære ressurser og fullmakter for å respondere på hendelser som ikke like effektivt kan håndteres av den ordinære driftsorganisasjonen» (Lunde, 2019, s. 45).

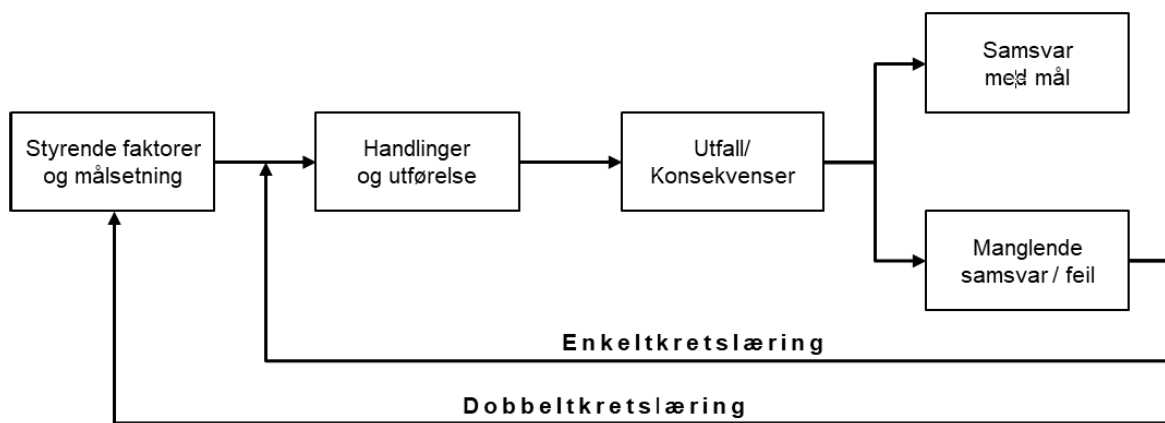
Det finnes mange definisjoner på læring i organisasjoner. Forfatter har valgt å fokusere på modellen som Sommer et al. (2019) har tilpasset for organisasjonslæring etter Jacobsen og Thorsvik (2013) vist i figur 13. Modellen beskriver en prosess som involverer både enkeltindivider og individene som gruppe eller organisasjon.



Figur 13. Sammenheng mellom læring på individ og organisasjonsnivå (Sommer et al., 2019, s. 55).

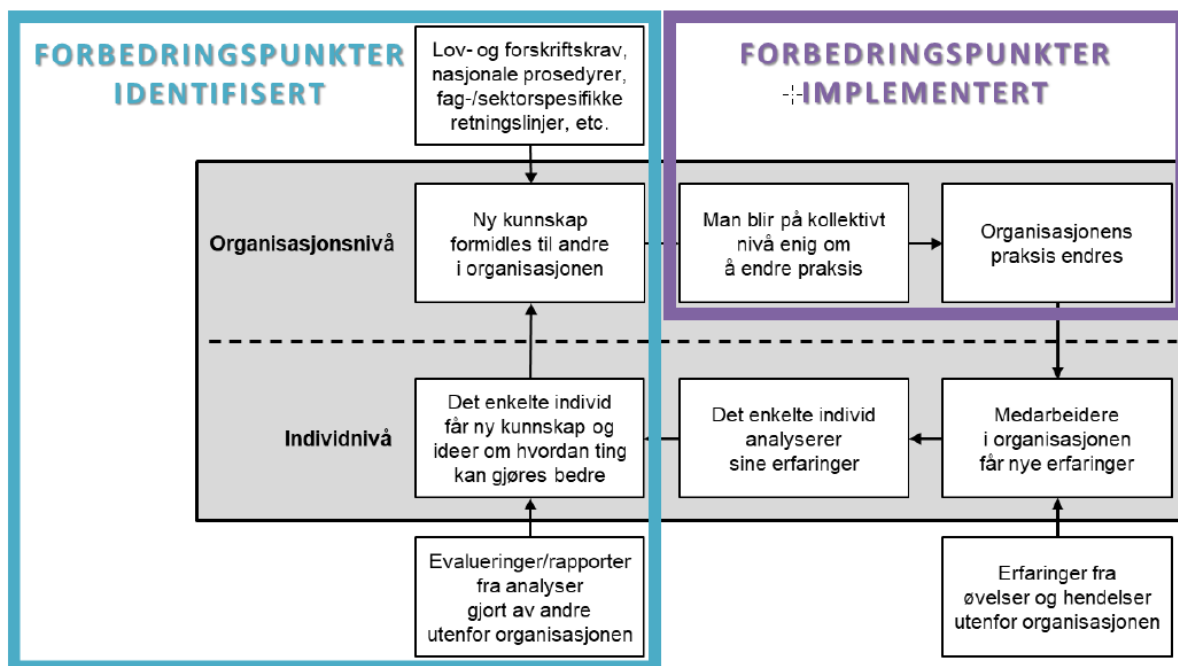
Rammen i figuren viser at læring i organisasjonen skjer i sirkel. Individuer lærer og erfarer og sprer dette til andre i organisasjonen. Organisasjonen blir kollektivt enig om hvordan man skal bli bedre. Organisasjonens praksis endres til slutt etter implementering av aktuelle tiltak (Sommer et al., 2019, s. 55).

Eriksen (2018) beskriver at effektiv organisasjonslæring skjer ved dobbeltsløyfelæring og at man lærer bedre i organisasjoner ved å arbeide i team der teamene lærer effektivt (Eriksen, 2019, s. 208). Dobbeltkretslæring er læring som fører til at man endrer styrende faktorer og målsettinger, mens enkeltkretslæring går på å endre adferd og handlinger for å nå målene. Dette er skjematisk satt opp i figur 14.



Figur 14: Enkeltkretslæring og dobbeltkretslæring basert på Argyris & Schön (1978,1996). Sommer et al. (2019, s.57).

Sommer et al. (2019) beskriver at all læring i utgangspunktet er erfaringslæring både hos personer og organisasjoner. Når det gjelder læring i beredskapssammenheng så skiller man ofte mellom «*lessons identified*» (Forbedringspunkter) og «*lessons learned*» (forbedringspunkter implementert). Sett i sammenheng med erfaringslæring så hentes læring fra forbedringspunktene og dette implementeres (se figur 15) slik at det skjer en endring i organisasjonen basert på erfaringene. (Sommer et al., 2019, s. 59-62).



Figur 15: Forbedringspunkter identifisert og forbedringspunkter implementert i en organisasjon (Sommer et al., 2019, s. 61).

3.5.3 Trening og øvelser

Trening og øvelser har fått mer og mer oppmerksomhet de siste år. Boka «*Øvelse gjør mester*» (Løvik, 2010) og Håndbok i øvingsplanlegging utarbeidet av Samvirkepartnere i Rogaland (2014) er eksempel på dette. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har utarbeidet flere veiledere for hvordan man kan planlegge, gjennomføre og evaluere øvelser. Bokmanuskriptet «Beredskapsøving og læring» (Sommer et al., 2019) er nyeste tilskudd til denne tematikken.

Salas et al. (2015) beskriver beste praksis for effektiv trening i organisasjoner og beskriver hva som må vektlegges før, under og etter trening. Før trening må man blant annet gjennomføre en analyse på hva, hvordan og hvem man skal trene i tillegg til kartlegging av kompetansenivået. Under trening må man trigge motivasjonen for å lære det de skal, samt bygge selvtillit. Etter trening må man vurdere evaluering på flere nivå vurdere i forhold til læringsmålene (Salas et al., 2015).

Fokusområder for trening av team er hentet fra kjennetegn på effektive team. Dette beskrives eksempelvis som ledelse, kommunikasjon, situasjonsbevissthet, beslutningstaking,

teamorientering og støttende adferd. (Eriksen, 2018, s. 44-45). Nevnte fokusområder for teamtrening er illustrert i tabell 3.

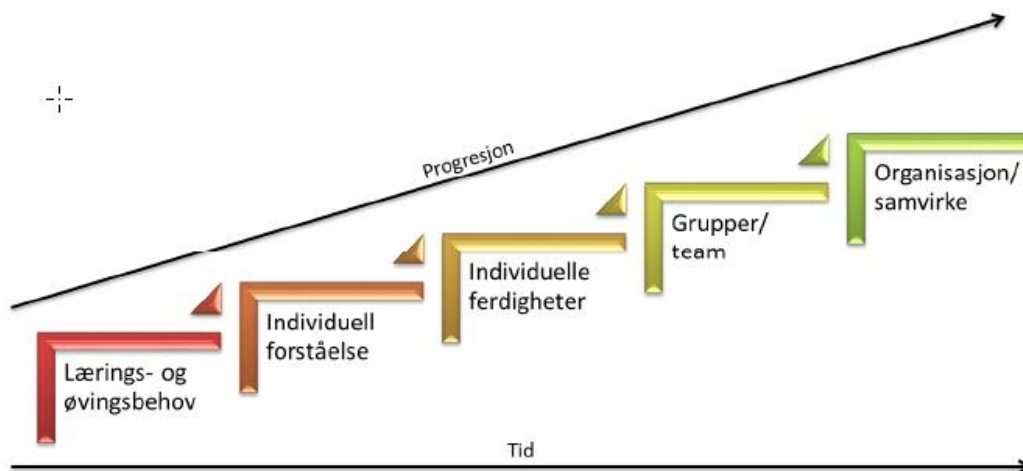
Fokusområder for teamtrening	
1	Teamfølelse a. Teamorientering (f. eks: del av teamet, støttende adferd, holdninger) b. Selvsikkerhet(f. eks: mestrer egne oppgaver, trygg for å gi meldinger og samhandle med andre team medlemmer)
2	Teamledelse (f. eks: mål og oppgaveorientert gjennom kollektiv samspill. Lede prosessen i teamet. Evne til tilpasning, ta initiativ og opprettholde effektiv drift i teamet).
3	Felles mentale modeller
4	Kommunikasjon
5	Beslutningstaking a. Distribuert b. Recognition Primed Decision Making og felles mental situasjonsmodell c. Kritisk tekning d. Proaktivitet
6	Tilpasningsevne a. Situasjonsbevissthet b. Koordinasjon c. Stressmestring d. Kreativitet

Tabell 3: Fokusområder for teamtrening tilpasset etter Eriksen (2018).

DSB (2016) beskriver at man ofte bruker begrepene trening og øvelse synonymt. I veilederen skiller de mellom trening som omfatter fokus på individ og øvelse som har fokus på organisasjon (DSB, 2016, s. 10). I denne studien gjøres det ikke noe skarpt skille mellom trening og øvelse. DSB har definert ulike typer øvelser og med bakgrunn i dette utviklet flere delveiledere som kan være til støtte ved gjennomføring av øvelser. Dette er blant annet metodehefte «*Diskusjonsøvelse, Funksjonsøvelse, Spilløvelse og fullskala øvelse*» (DSB, 2016). Metodehefte for «*Evaluering*» ble utgitt i 2018.

Spennet i øvingstyper og nivåforskjeller i organisasjonen kan gi utfordringer for god læring for alle deltakere ved øvelser. Sommer et al. (2019) har beskrevet en systematisk tilnærming

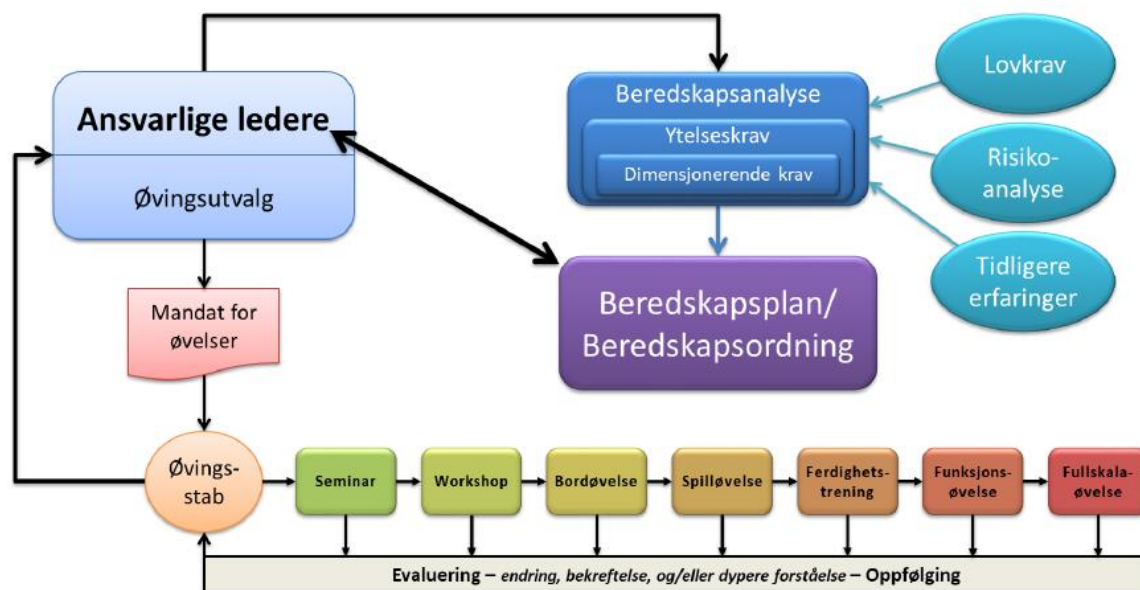
via øvings og læringsaktiviteter slik at læring kan skje på alle nivåer. Læringstrappen vist i figur 16 viser den systematiske tilnærmingen.



Figur 16: Læringstrappen. (Sommer et al., 2019)

Man starter med å avklare lærings og øvingsbehovet via læringsmål. Deretter går man videre med individuell forståelse som betyr at individet må tilegne seg teoretisk eller faktabasert kunnskap ved eksempelvis egenstudier, presentasjoner eller diskusjoner. Trappetrinnet individuelle ferdigheter består koble teori med praksis. Steget skal utvikle praktiske ferdigheter med praktisk trening mot de oppgaver og holdninger som skal etableres. Trening av grupper /team gjennomføres når individet har lært tilstrekkelig for å kunne utføre sin funksjon under en situasjon (eksempel kan være: prosessleder kriseledelse/stab, medlem krisestab, innsatsleder på skadested). Fokuset vil være å trene sammen i teamet for å bli best mulig som enhet for å håndtere hendelser og fungere effektivt i teamarbeidet. Til slutt kan man øve hele organisasjonen eller samvirkeøvelse sammen med andre aktører (Sommer et al., 2019, s. 109-111).

Sommer et al. (2019) har laget en modell for systematisk øvelse- og læringsarbeid. I denne oppgaven relevant relatert til prosessene vedrørende beredskap- og kriseledelse i helseforetak og sykehus. Modellen har en tilnærming som kan føre til at alle involverte lærer noe i samband med gjennomføring av øvelser Sommer et al., (2019). Modellen er vist i figur 17.



Figur 17: Systematisk trening og øvelsesarbeid her brukt for å vise hvordan man systematisk kan gjennomføre øvingsaktiviteter i helseforetak. (Sommer et al., 2019. s.126).

Modellen må gjennomgås systematisk del for del. Første steg er avklaring av læring og øvingsbehovet. Dette finner man gjennom lovkrav, risikoanalyse, tidligere erfaringer, beredskapsanalyse som utgjør eksempelvis beredskapsordning og beredskapsplanen i helseforetaket. Ansvar for beredskapen ligger hos helseforetaket sin ledelse. Toppledelsen gir mandat til en øvingsstab som får ansvar for å gjennomføre øvingsaktivitetene fra workshop til fullskala øvelse. Underveis evalueres aktivitetene og forbedringspunkter sammen med tiltak for hvordan dette kan forbedres. Ansvar for oppfølging må være hos ansvarlige ledere i organisasjonen (Helseforetaket) (Sommer et al., 2019, s. 126).

3.6 Beredskapskompetanse og kriseledelse

«beredskapskompetanse er en samlebetegnelse på de kunnskaper og ferdigheter som personer og organisasjoner trenger for å kunne håndtere ulykker og kriser»

(Sommer et al., 2019, s. 69)

Verdens helseorganisasjon (WHO) har utarbeidet en sjekklister for å hjelpe beredskapsledere og ledere i sjukehus kunne håndtere de mest vanlige scenarioer i henhold til krisehåndteringsprinsipper og best praksis (WHO, 2011). Hovedmomenter i sjekklisten beskrives som 1.organisering av kriseledelsen, 2. Kommunikasjon, 3.safety og security

system, 4. triage og logistikk i sykehuset, 5. Evne til økning av behandlingsskapitet, 6. Opprettholde vesentlig daglig drift, 7. Ledelse av Human Resources (HR), 8. Ledelse av logistikk og forsyning, og 9. planlegging av etterarbeid etter hendelsen (WHO, 2011).

Beredskap og kriseledelse i helseforetak og sykehus blir i de fleste tilfeller håndtert i grupper og team. Det er meningsforskjeller der noen mener at gruppe og team er de samme, mens andre mener at team kan prestere bedre (Eriksen, 2018, s. 18). Eriksen (2018) beskriver videre team som eksempelvis offentlig beredskapsledelse, nødetatene, teamet på broen i maritim virksomhet eller medisinske team (Traumeteam, operasjonsteam) (Eriksen, 2018, s. 18) I denne studien vil jeg benytte begrepet team om beredskap- og kriseledelse i helseforetak. Dette med bakgrunn i beskrivelsen fra Eriksen (2018) at Eid og Johnsen (2018) beskriver at teamarbeid er koordinert, og at dette skiller team fra grupper (Eid og Johnsen, 2018, s. 230). Tabell 4 viser at kjennetegn på team som presterer godt kan deles i kunnskap, ferdighet og holdningskomponent (Eid og Johnsen, 2018).

Kunnskapskomponent	Ferdighetskomponent	Holdningskomponent
Felles strategiforståelse	Felles situasjonsforståelse	Felles visjon
Kjennskap til karakteristika ved teammedlemmene	Gjensidig oppfølging av oppgaver	Sterkt samhold/tillit
Felles oppgaveforståelse	Mellommenneskelige evner	Kollektiv orientering
Felles forståelse av prioriteringer	Teamledelse	Kollektiv mestringsfølelse
Kunnskap om teamets interaksjonsmønster	Felles selvsikkerhet/mestringsfølelse	
	Evne til konfliktløsning	
	Tilpasningsevne	

Tabell 4: Karaktertrekk ved gode team (Eid og Johnsen, 2018, s. 238).

Salas et al. (2005) beskriver fem vesentlige moment for at team skal kunne prestere godt. Dette er *teamleadership*, *mutual performance monitoring*, *back up behavior*, og *adaptability*. Fritt oversatt til norsk kan dette betegnes som Teamlederskap, felles forståelse av teamet sine ressurser, strategier og handlingsrom man arbeider under, Støttende adferd og samarbeid internt mellom medlemmer i teamet samt tilpasningsdyktig i forhold til informasjon og endring i situasjonen. (Salas et al., 2005). Likhetstrekkene mellom momentene som både Eid og Johnsen (2018) og Salas et al. (2005) beskriver er i store trekk sammenfallende.

Når det gjelder ledelse av team så beskriver Johnsen et al. (2019) at man ofte må man bruke de lederne man har i en krise. Da kan funksjonsbaserte scenario og simuleringsøvelser være det som er den beste tilnærmingen for å utvikle individuelle kriseledere (Johnsen et al., 2019, s. 287). Dette hevdes også i en studie gjennomført av Nesse (2016) der toppledere ble trent i funksjonell kriseledelse noe som gav teamet trygghet, ledertillit og derav effektiv kriseledelse (Johnsen et. al., 2019. s. 301).

3.6.1 Beslutningstaking

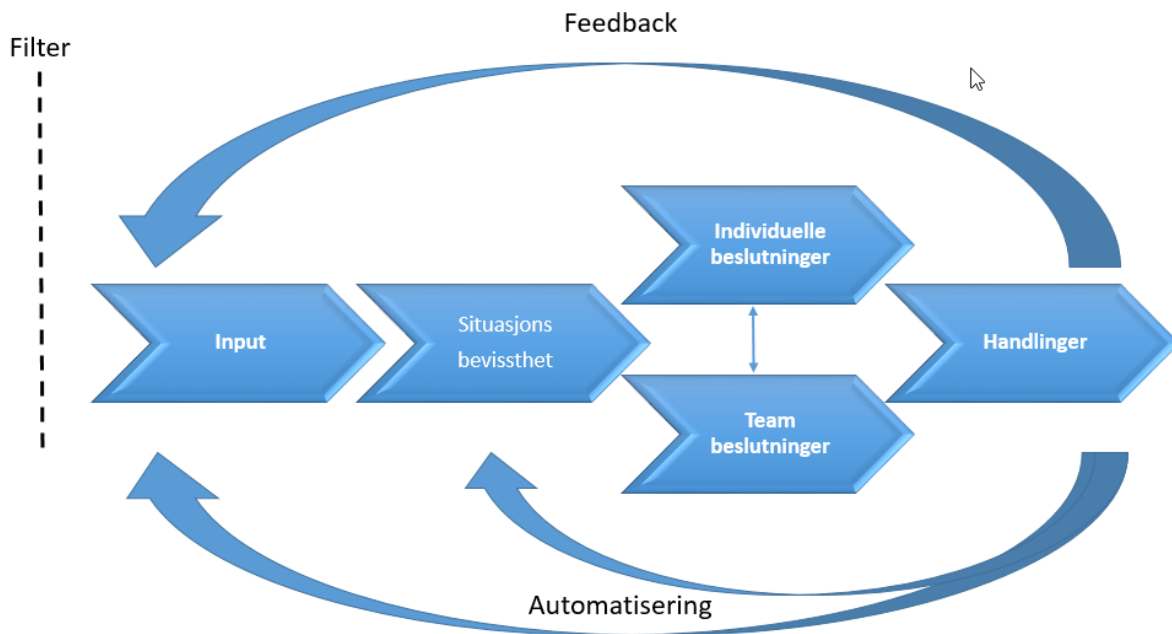
Eid og Johnsen (2018) hevder at kunnskap om beslutningsteori er sentralt for alle som innehar operative yrker for å kunne gi en intern modell på hvordan beslutningstaking foregår da man kan tilpasse håndteringer i nye situasjoner som ikke er beskrevet i prosedyrer (Eid og Johnsen., 2019, s. 251).

Flere forfattere av beredskapslitteratur beskriver en to systems tilnærming til beslutningstaking som viktige tilnærminger for å forstå beslutninger (Evans, 2010; Eriksen, 2018 Lunde, 2019; Sommer et al., 2019). Khaneman (2013) beskriver to kognitive prosesser som blir kalt system 1 og system 2. System 1 beskrives som automatisk kognitive prosesser som virker raskt uten opplevelse av viljekontroll eller bevisst tekning og system 2 krever anstrengende mentale aktiviteter med mer tidkrevende tenkning (Khaneman, 2013, s. 26-37). Eid og Johnsen (2018) presenterer en sammenlignbar modell som bygger på intuitiv og analytisk strategier der den analytiske (normative) omfatter stor grad av tenkning (Eid og Johnsen, 2018, s. 257). Nært opp til dette beskriver Sommer et al. (2019) en beslutningsstil som er intuitiv, regelbasert og analytisk/kreativ (Sommer et al., 2019, s. 72).

Naturalistic decision making teoriene (NDM) hevdes av mange forskere å være godt egnet til å trene kriseteam. De er deskriptive og tar utgangspunkt i hvordan man tar beslutninger i dynamiske situasjoner som utvikles raskt (Eriksen, 2018, s. 79). En sentral modell innen NMD teoriene og intuitiv beslutningstaking er Recognition- Primed Decision Model (RPD) (Klein 1989; Eriksen, 2018; Eid og Johnsen, 2018; Sommer et al., 2019). Modellen beskriver to hovedretninger ved beslutninger i operative situasjoner: gjenkjennelse av situasjon(er) og mental stimulering. Kort oppsummert gjenkjenner man Typiske trekk ved hendelsen og dette sammenlignes med mentale «skjema» i hukommelsen fra tidligere hendelser. Man vil deretter normalt automatisk eller intuitivt iverksette handling i forhold til situasjonen. Før iverksettelse

av tiltak vil man mentalt se for seg det man vil gjøre og ser man for seg noen problemer så kan tiltakene justeres (Sommer et al., 2019, s. 71).

Forfatter vil ta utgangspunkt i Eid og Johnsen (2018) sin modell for beslutningstaking (se figur 18), og deretter gå litt nærmere inn på situasjonsbevissthet og situasjonsforståelse.

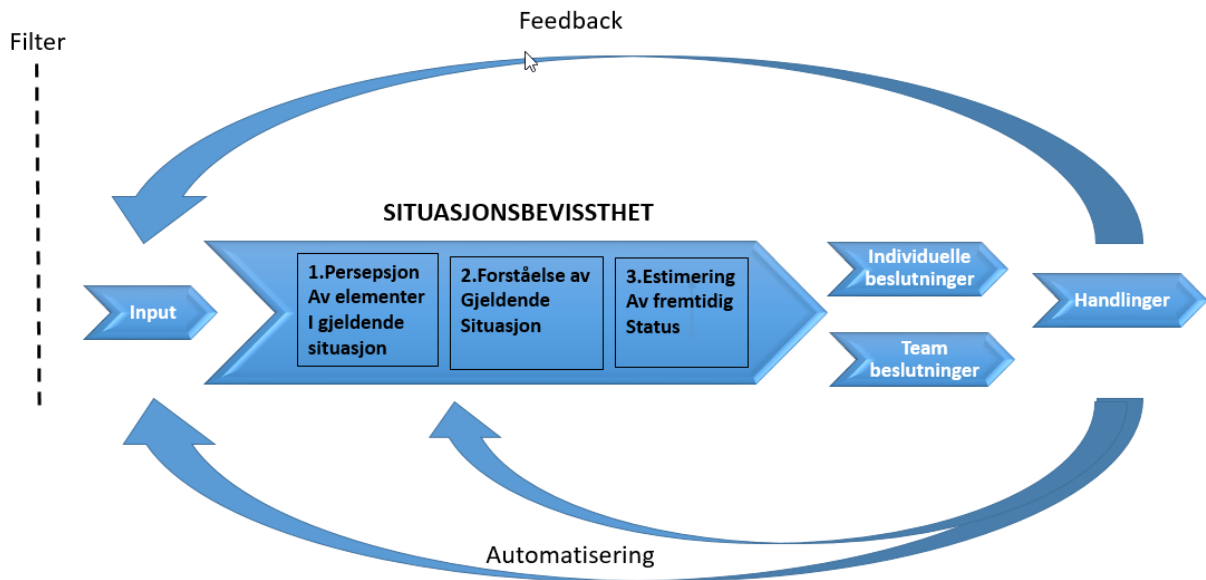


Figur 18: Modell for beslutningstaking. Viser grunnlaget for beslutninger individuelt og i team. Tilpasset etter Eid og Johnsen (2018).

Input er den informasjonen som kommer gjennom filteret og når frem til personen som eksempelvis er leder eller medlem i en kriseledelse eller stab. Filteret er forhold som kan hindre at informasjonen kommer frem til personen. Dette kan være kommunikasjonsløsninger som telefon, samband, videokonferanser eller andre forstyrrende elementer. Input vil bidra til å skape situasjonsbevissthet. Høy situasjonsbevissthet (SB) vil normalt gi økt sannsynlighet for gode beslutninger og motsatt ved lav SB. Beslutninger kan gjøres av leder eller av teamet (Eid og Johnsen, 2018, s. 253).

Grunnlaget for beslutningstaking er situasjonsbevissthet (Eid og Johnsen, 2018). Modell for situasjonsbevissthet tilpasset Endsley (1995) og Eid og Johnsen (2018) er vist i figur 19. Situasjonsbevissthet defineres som:

«Situation awareness is the perception of the elements in the environment within a volume of time and space, the comprehension of their meaning, and the projection of their status in the near future» (Endsley 1995, s. 36).



Figur 19: Modell for situasjonsbevissthet. Tilpasset etter Endsley (1995) og Eid og Johnsen (2018).

Endsley (1995) beskriver tre prosesser som vist i figur 19 og som bygger på hverandre. Persepsjon (nivå1), omfatter å oppfatte kritisk informasjon med sansene fra omgivelsene. Dette kan være vesentlig informasjon formidlet verbalt i møte eller via tekniske kommunikasjonsmidler eller trusler. Forståelse (nivå 2), innebærer å skape en forståelse ved å tolke elementene med informasjon, sette disse sammen for å etablere en riktig forståelse av situasjonen. Eksempel på dette kan være om det er avvik fra forventet utvikling, gyldighet av informasjonen og betydningen av truslene. Estimering av fremtidig status (nivå 3), er en forventning om hva man tror vil skje i fremtiden basert på god forståelse av oppfattet informasjon og de mål som skal nås. Eksempel på dette kan være en leder eller medlem i en kriseledelse som benytter den «mentale modellen» (Lunde, 2019; Eriksen, 2018) for å beslutte, og hvilke aksjoner som skal utføres. (Sommer et al., 2019; Eid og Johnsen, 2018; Eriksen, 2018). Beslutninger fører til handlinger som blir evaluert (feedback). Dette fører til ny input, og dette fortsetter i sirkel til situasjonen er avklart. Ved overlæring kan input føre til

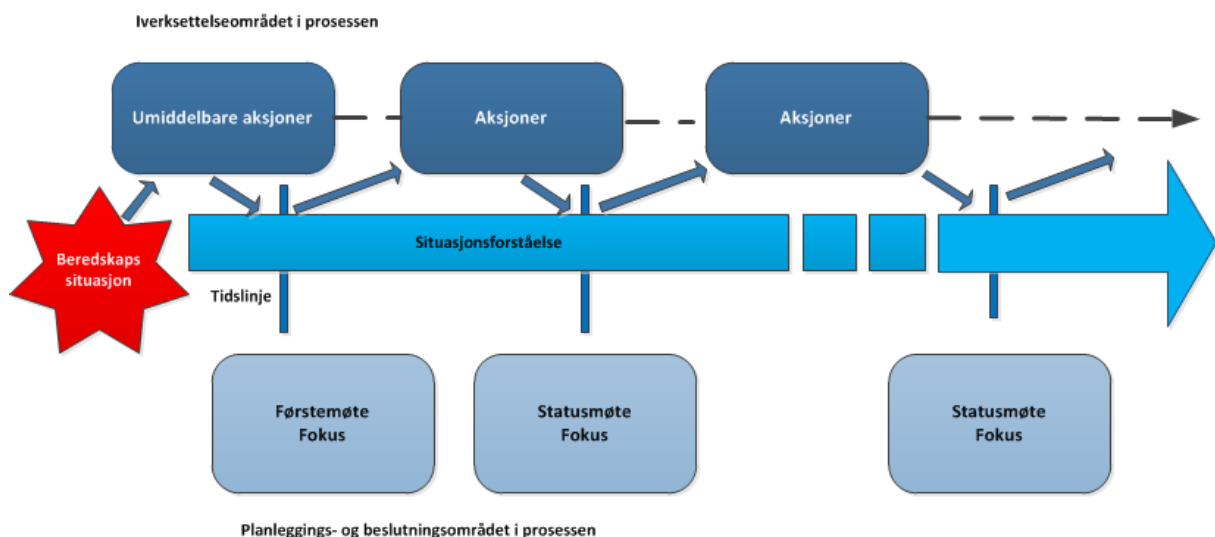
en automatisert handling (Eid og Johnsen, 2018, s. 253). Eksempel kan være standard operasjonsprosedyrer i forsvaret (SOP), Medisinsk operativ Manual i ambulansetjenesten (MOM), Pasientnære akuttprosedyrer for traumeteam/stansteam/ barneteam/akutt fødselsteam eller funksjonsbaserte tiltakskort i beredskap- og kriseledelse, eller på taktisk nivå i Politi og Brannvesen.

Kognitive prosesser ved persepsjon som er relevant i denne sammenheng beskrives av Eid og Johnsen (2018). Dette er nedenfra og opp (Bottom-up prosesser) der sanseorganene oppfatter en situasjon eller objekt og dette formidles til hjernen. Elementer som sanses (f. eks, lyder, farger lukt, bilde) bygges deretter del for del til en helhetlig forståelse. Eksempelvis kan en «*bottom-up*» prosess være en turgåer som er uerfaren i kartbruk. vedkommende beveger seg i ukjent terreng og ved å sammenligne omgivelsene med detaljer i turkartet kan vedkommende finne ut hvor han er og hvordan videre rute skal planlegges basert på topografi, værforhold og tid til disposisjon. Intellektuell bearbeiding av denne type prosess kan være tidkrevende, og i forhold til kritiske situasjoner med tidspress være en utfordring. Prosesser som går ovenfra og ned (Top-down prosesser), kreves det mindre kognitiv kapasitet. Denne prosessen er relatert til tidligere erfaringer, kompetanse, kunnskap, og til tross for relativt komplekse situasjoner vil man benytte tidligere handlingsregler eller erfaringer for å løse situasjonen. Relateres dette til historien om turgåeren, så kan det i denne sammenheng være en erfaren turgåer eller orienteringsløper som i store trekk har automatisert kart og kompassbruk og har ang erfaring i å tyde omkringliggende terreng.

3.6.2 Beslutninger i team og proaktiv prosess

Som vist i figur 18 og 19, så skjer beslutninger også i team. Dette bygger på en felles situasjonsforståelse eller delt situasjonsbevissthet (SB) mellom medlemmene i teamet og består av to hovedkomponenter som er individuell SB og prosesser i teamet som kommunikasjon og interaksjon. (Eid og Johnsen, 2018, s. 259/260). Sentrale momenter for effektive team må sees i sammenheng med Salas et al. (2005) sine fem momenter, samt Eid og Johnsen (2018) sine kjennetegn på team som fungerer godt. Se tabell 5 og kapittel 3.6. Eriksen (2018) beskriver en mental modell som en tenkt presentasjon av verden. Sommer et al. (2019) betegner det som den forståelsen en person har inne i hodet sitt av hendelsen og utviklingen (Sommer et al., 2019). En felles mental situasjonsmodell for team betegner Eriksen (2018) som fornuftig å bruke ved større komplekse hendelser. Den kan gi lederen

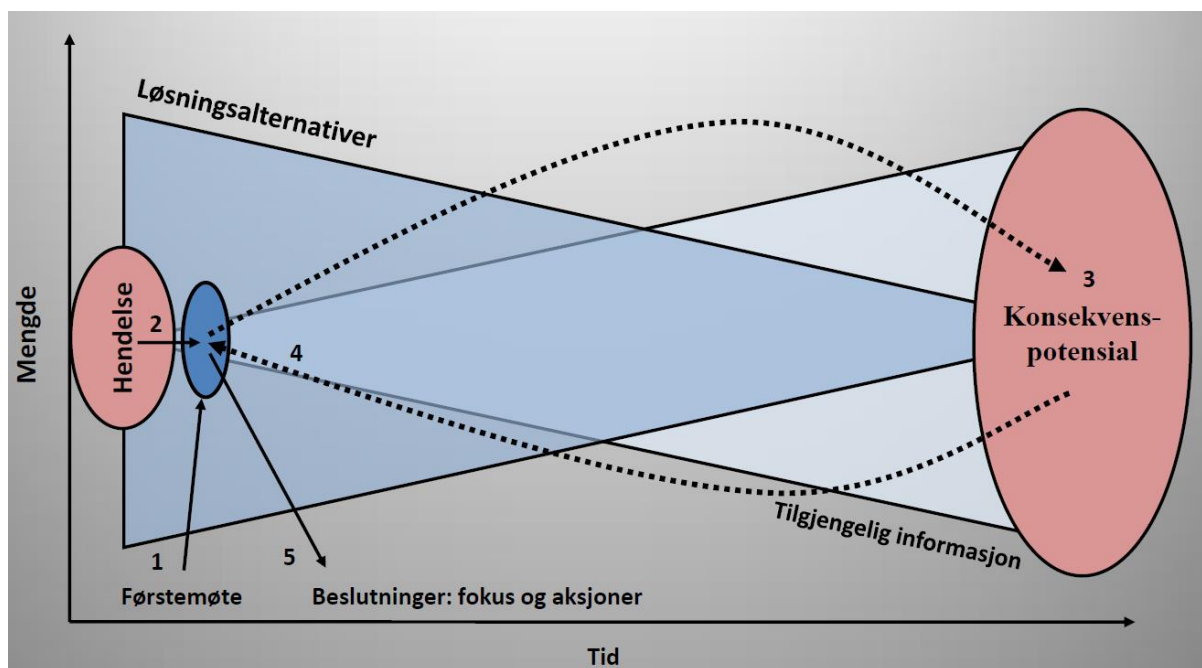
bedre forutsetninger for å kunne delegerer ansvar/myndighet til medlemmer i teamet og drifte en kollektiv ledelse med en distribuert beslutningsprosess (Eriksen, 2018, s.85). Felles mentale modeller etableres når teamet samles i en gitt situasjon og deler oppfatning av hendelsen, etablerer en felles forståelse av hvilke tiltak som skal iverksettes, og hvem som skal gjøre hva i teamet (Sommer et al., 2019, s. 84). Prosessen til Eriksen (2018) består av førstemøte, fokus, aksjoner og evaluere. Man gjennomfører ett førstemøte når teamet er samlet. I førstemøtet gjennomgår teamet hva som er skjedd? Hva er krisepotensialet? Hva som må gjøres og ressursbehov og interesser. Man fastsetter videre fokus man skal arbeide etter og avklarer hvem som har ansvar for aksjoner som iverksettes. Medlemmene går deretter til sin organisasjon (f.eks. Klinik, avdeling, seksjon) og gjennomfører sine aksjoner. Etter noe tid møtes man i ett statusmøte for å kalibrere den felles situasjonsmodellen og vurderer nye fokus eller mål. Denne tilnærmingen er sammenfallende med Lunde (2019) sin proaktive stabsmetodikk vist i figur 20.



Figur 20: Prosess proaktiv stabsmetodikk. «praktisk krise- og beredskapsledelse», Lunde (2019).

Lunde (2019) beskriver at proaktiv stabsmetodikk er bygd opp av seks faste elementer som kan benyttes på alle beredskapsledernivå og i alle beredskapssituasjoner. Metodikken standardiserer samhandlingsprosessen i beredskapsledelsen mot mobilisering, etablere og opprettholde felles situasjonsforståelse med påfølgende beslutninger og aksjoner. Umiddelbare aksjoner er tiltak som utføres straks der det ikke er tid til planlegging eller der dette er forutbestemt (eksempel: definert i plan/tiltakskort eller lignende). I førstemøte blir

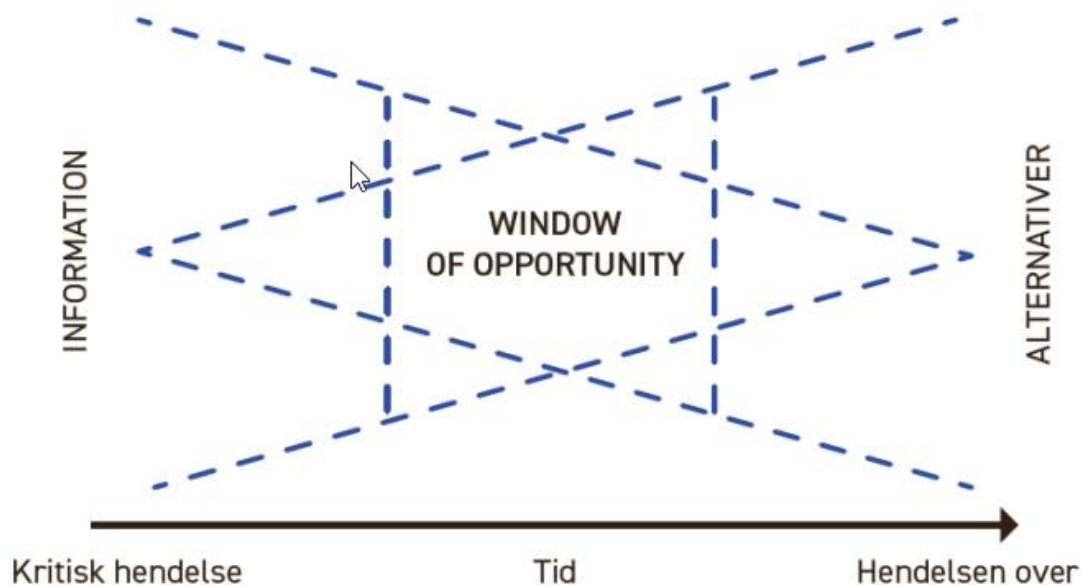
tilgjengelig faktainformasjon om hendelsen samlet og felles situasjonsforståelse blir etablert. Konsekvenspotensialet blir definert, og situasjon spesifikk plan for å håndtere konsekvenspotensialet blir bestemt. Fokus er Prioritering av momenter i situasjon spesifikk plan som skal iverksettes. Situasjonsbeskrivelse er kontinuerlig visuell eller skriftlig beskrivelse av hendelsen som blir rapportert eller innhentet av beredskapsledelsen (eksempel er: tavler i HelseCIM, White Board tavler, meldinger på samband eller andre IKT systemer). Statusmøter er korte møter som blir gjennomført regelmessig i beredskapsledelsen for å etablere felles situasjonsforståelse ved å dele informasjon og for å kalibrere videre planlegging og håndtering av hendelsen (Lunde, 2019, s. 164). Figur 21 viser den proaktive strategi for beslutningstaking der man så tidlig som mulig basert på mentale modeller og fremtidig fokus tar beslutning tidlig nok for å redusere konsekvenspotensialet. Lunde (2019) beskriver at «*Potensialbasert beredskapsledelse skal sikre at beredskapsledelsen handler proaktivt og fremtidsrettet*». Håndtering og planlegging skal knyttes mot beredskapsverdiene som beskriver i kronologisk rekkefølge etter viktighet. Verdiene er mennesker, ytre miljø, økonomiske verdier og omdømme (Lunde, 2019).



Figur 21: Den proaktive strategi. «praktisk krise- og beredskapsledelse», Lunde (2019).

3.6.3 Beslutningsfeil og feller i team

Eriksen (2018) og Eid og Johnsen (2018) peker på at prinsippet om en felles mental situasjonsmodell har svakheter. Hvis den mentale modellen ikke er i henhold til virkeligheten vil man kunne gjøre feil prioriteringer, jobbe mot uhensiktsmessige mål og ta feil beslutninger. Mangel på erfaring og informasjon om hendelsen kan føre til dårligere beslutninger. Teamet bør derfor vurdere påliteligheten til modellen som er etablert i situasjonen ved å evaluere dette kontinuerlig underveis. Lunde (2019) beskriver beslutningsinformasjonsfellen som ett kjent fenomen der man kan være fristet til å vente med beslutning til man har nok informasjon. Dette er illustrert i figur 22. Ved å vente med beslutning ser vi at situasjonen blir kan bli påvirket for sent, og konsekvensene blir store i tillegg til at handlingsrommet krymper. Personell i kriseledelser bør ta beslutninger så tidlig som mulig ved å benytte mentale modeller og senest i det mange benevner som «*window of opportunity*» (Eid og Johansen, 218, s. 262).



Figur 22: Informasjons og beslutningsfellen (Eid og Johansen, 2018).

Bekreftelsesfellen innebærer at personer har en tendens til å søke bekreftelse på egne vurderinger om situasjonen og ser bort fra informasjon som går imot dette. En annen felle er *optimistfellen* der man antar at alt vil ordne seg og at negative ting ikke vil ramme en selv. *Rettferdig verden syndromet* kan minne om optimistfellen, men der man har tro på at verden

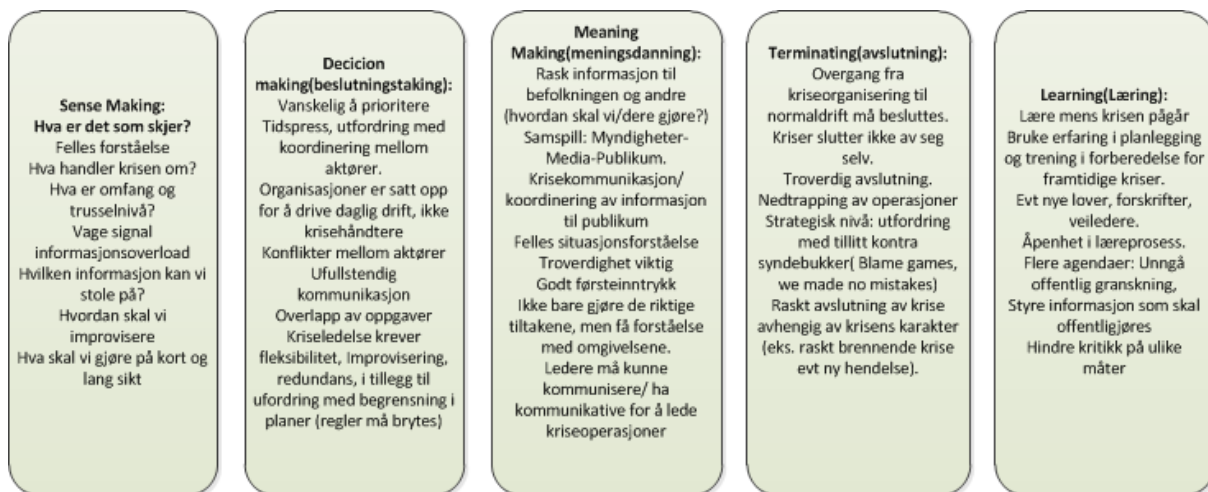
skal være rettferdig. Konsekvenser kan bli at man legger årsaker til negativ utkomme til feil miljø eller personer. *Innrammingsfellen* har en mulighet for at presentasjonen av problemet styrer valg av løsninger. *Status Quo* beslutningsfellen innebærer motstand mot endring og har sterk tendens til å ville foretrekke nåværende tilstand. *Sunket kostnad* fellen ligner på status quo fellen og beskriver en tilstand der man holder fast ved en strategi til tross for at den ikke fungerer, og ønsker å unngå tap av tid/energi og aktiviteter (Eid og Johnsen, 2018).

3.6.4 Stress

Stress kan bidra både positivt og negativt ved håndtering av krisesituasjoner. Positive bidrag kan være økt motivasjon, økt energinivå, klarere tanker og hukommelse og raskere reaksjon. Negativt stress kan deles i kronisk og akutt stress. Kronisk stress kan betegnes som misforhold mellom krav og ressurser som er oppmagasinert over lengre tid eksempelvis på arbeidsplassen, hjemme eller en kombinasjon. Akutt stress skjer brått og varigheten er kort. Eksempel på dette kan være at man blir innkalt i kriseledelsen for å kunne håndtere en utfordrende krisesituasjon som relativt raskt blir avsluttet. Stressmottakelighet er individuelt fra person til person, og studier har vist at man kan få nedsatt oppmerksomhet, kognitiv reduksjon og dette kan påvirke samhandlingsevnen til teamet (Eriksen, 2018, s.107).

3.6.5 Kriseledelse

Boin et al. (2005) beskriver i boka «*The Politics of Crises Management*» fem kritiske oppgaver som er vesentlig i kriseledelse. Boka har perspektiv på strategisk og politisk nivå, men inkluderer også krisehåndtering på lavere nivå. Tabell 5, beskriver disse fem nivåene og disse tas med da de er gjenkjennbare utfordringer for kriseledelse også innenfor helseforetak og sykehus og kan relateres til foregående kapitler om beredskap kompetanse og gi innspill til hva man bør trene og øve på for kriseledelser.



Tabell 5: Komprimert sammendrag av Boin et al. (2005) Sine fem kritiske oppgaver for kriseledelse.

Lunde (2019) beskriver hvordan man bør etablere beredskap, utføre potensiale basert beredskapsledelse og bruke proaktiv stabsmetodikk. Han beskriver også beredskap ledernivåene og viser til at beredskapsledelse har ulike fokus på ulike nivå. Som tidligere nevnt er det strategisk og operasjonelt nivå i helseforetak jeg skal se nærmere på i denne studien og jeg vil bruke definisjonen til Lunde (2019) relatert til ledernivå i helseforetak vis i tabell 6.

Politisk nivå: Ivaretagelse av lokale, regionale, nasjonale og internasjonale fellesinteresser som er truet eller utfordret som følge av den oppståtte beredskapssituasjon – konsentrerer innsatsen ut mot fellesskapets interesser og øvrige omgivelser
Strategisk nivå: Lede og koordinere innsatsen for å ivareta virksomhetens overordnede interesser for å sikre videre drift og ivareta virksomhetens omdømme – konsentrerer innsatsen ut mot virksomhetens interesser og øvrige omgivelser
Operasjonelt nivå: Lede, koordinere og støtte taktiske nivå med kompetanse, kapasitet og kommunikasjon, samt ivareta innsatsmannskaper og mennesker som er evakuert fra hendelsesstedet – konsentrerer innsatsen inn mot hendelsesstedet
Taktisk nivå: Lede og koordinere bekjempelse og ivaretagelse på, eller nær, hendelsesstedet, for å forhindre eller redusere skade på, eller tap av, mennesker, ytre miljø og økonomiske verdier – konsentrerer innsatsen inn mot hendelsesstedet
Hendelsessted: Det sted hvor en beredskapssituasjon har inntruffet eller har sitt utspring – innsats kan iverksettes mot flere hendelsessteder samtidig i samme beredskapssituasjon

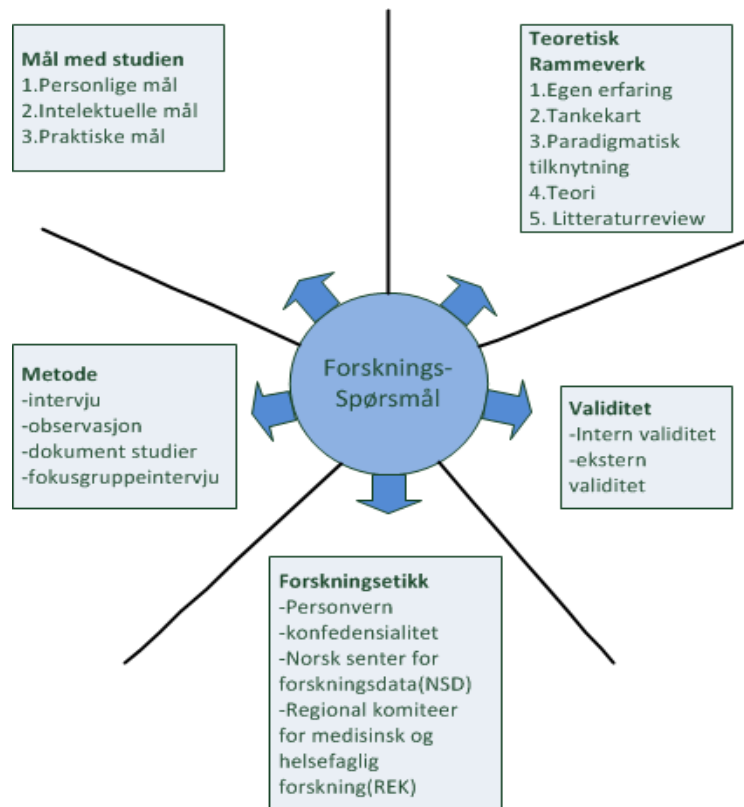
Tabell 6: Nivå beredskap- og kriseledelse. Tilpasset etter Lunde (2019).

4.0 Metode

Metode er ifølge Krumsvik (2015, s. 22) en bestemt vei mot ett mål eller en systematisk framgangsmåte. Blakie og Priest (2017, s. 33) beskriver forskningsdesign som «*research design refers to the process that links research questions, empirical data and research conclusions*». Forfatteren vil i dette kapittel beskrive metode og forskningsdesign for innhenting av data og kunnskap for å besvare problemstillingen. Tema og mål for oppgaven vil bli belyst, samt hvordan forfatteren har løst oppsett av oppgaven, innsamling av data og gjennomføring av intervjuer. Reliabilitet og validitet vil også drøftes for å vurdere relevansen og påliteligheten til oppgavens innhold. «med pålitelighet og troverdighet mener vi at undersøkelsen må være til å stole på» Jacobsen (2018, s. 17). Til slutt i kapittelet vil den forskningsetiske tilnærmingen belyses.

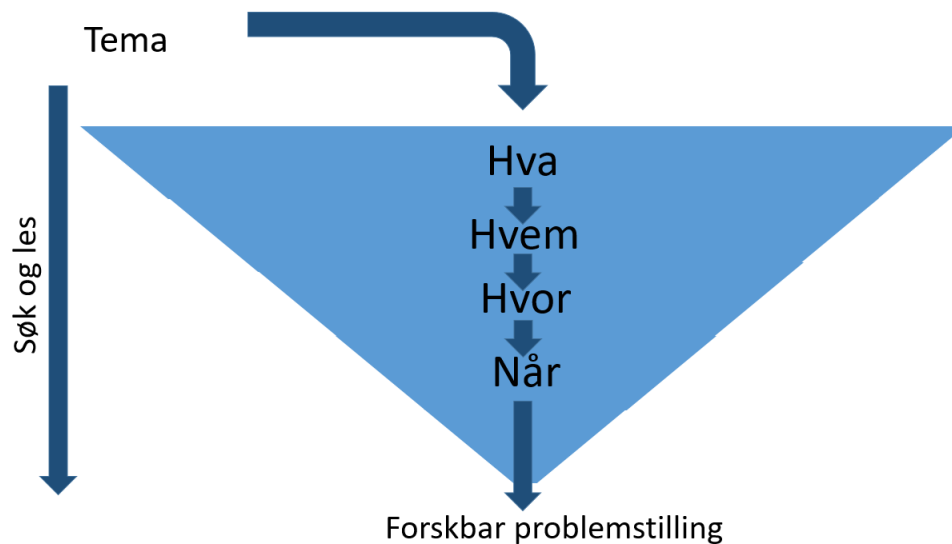
4.1 Design og mål med studien

Forfatteren bruker kvalitativt forskningsdesign, som kan beskrives å studere «*hvorfor det skjer*» Krumsvik (2017, s. 27). Krumsvik beskriver ett forskningsdesign med sammenheng, som er logisk og velfundert, der forskningsspørsmål i sentrum er nært knyttet mot fire elementer (mål, rammeverk, validitet, etikk, metode). Dette forskningsdesignet er også i tilnærmet likt de fem «*key concepts*» som Blaikie og Priest (2019, s. 10) beskriver som «*research questions, reserach purposes, logics of inquiry, paradigm and methods*». Dette bakteppet var forfatterens utgangspunkt for arbeidet med problemstillingen og forskningsspørsmålene i oppgaven. Se figur 23.



Figur 23. Kvalitativ metodikk (Krumsvik, 2015, s. 50)

Tema for oppgaven ble klarlagt tidlig, men selve problemstillingen tok noe lengre tid å formulere. I studien ble problemstillingen justert flere ganger og forskningsspørsmålene ble endret underveis i arbeidet. At dette er en dynamisk og langvarig prosess beskrives også av Jacobsen (2018), der man stadig presiserer og snevrer inn, noe som stemmer med erfaringene i denne studien. Dette arbeidet kan beskrives som en omvendt pyramide som vist i figur 24.



Figur 24: Utvikling av problemstilling som en omvendt pyramide. Tilpasset etter Jacobsen (2018).

Formålet med studien var å ta utgangspunkt i en antatt problemstilling samt utgangspunkt i delvis kjent empiri fra ett prosjekt i 2017. Videre finne relevant teori som kunne belyse studiens problemstilling. Fokuset ble deretter å gå i dybden relatert til beredskapsledelse- og kriseledelse i helseforetak og registrere hvordan dette faktisk foregår i dag. Det er en naturlig begrensning i forhold til tid og kapasitet for å gjennomføre en slik studie relatert til gjeldende rammer. Motivasjonen for studiet er kort oppsummert å skaffe mer kunnskap om hvordan helseforetak lærer, organiserer og gjennomfører krisehåndtering på strategisk og operasjonelt nivå. Primært for å bidra mot en mer samordnet konsensus relatert til beredskapskompetanse, men også økt bevissthet mot utfordringer man har i store høypålitelige organisasjoner som helseforetak- og sykehus i krisesituasjoner. Ved å svare ut forskningsspørsmålene og konkludere så fremhever forskningen flere utfordringer som helseforetak bør gjøre noe med for å etablere en bedre og mer effektiv beredskap- og kriseledelse på ledelsesnivåene studien omhandler. Med bakgrunn i dette ble designet på forskningsarbeidet besluttet. Det ligger til grunn en antakelse om at det er forskjeller i hvordan helseforetak organiserer sin beredskap/kriseledelse, hvordan de trener og hvilken metodikk de bruker i krisehåndteringen. Dette kan utgjøre en forskjell når man skal ta beslutninger i krisesituasjoner som er preget av tidspress og stress. Jacobsen (2019, s. 73) beskriver *variabler, undersøkelseenheter* og

kontekst som sentrale komponenter i en problemstilling. I denne studien består undersøkelsesenheterne av lokale somatiske helseforetak (informantene). Konteksten er forberedelsene som må til for at beredskap og kriseledelsen skal kunne utføre god og effektiv kriseledelse. Variablene består av forskjeller relatert til de to kontekstene. Formålet med problemstillingen er om det i helseforetak er utfordringer relatert til variablene og hva disse går ut på.

4.2 Forskningsstrategi (Metodisk verktøy)

Det er i denne oppgaven brukt en kvalitativ metode for å se på hvordan og hvilke forberedelser helseforetak gjennomfører for å kunne utføre god beredskap/kriseledelse i helseforetak. Den kvalitative forskningen betegnes som en forskningsmessig ferdsskriver (eks. ferdsskriver i fly som registrerer kontinuerlig det som skjer) som har sin styrke i å avdekke det som skjer i kontekstene (Krumsvik 2014, s. 18). Forfatter har vært opptatt av å finne ut hva som skjer og da er kvalitativ metode godt egnet da den går i dybden på enhetene som undersøkes (Jacobsen 2018). Forfatter har også benyttet en tilnærmet datatriangulering (Krumsvik 2014, s. 30) da informanter fra prosjekt i 2017 er tatt inn i studien, for å se om der har vært en utvikling innen tematikken det forskes på. I tillegg er det kobling mot relevante dokumenter. Dette er med på å gi større bredde i forskningen.

Min bakgrunn med arbeid innen akuttmedisin og beredskap i snart 30 år, samt god kjennskap til beredskapsmiljøet innen helsetjenesten lokalt og nasjonalt, var det relativt lett å finne informanter som kunne belyse problemstillingen best mulig. Forfatter har også en to år gammel prosjektoppgave innen tilnærmet samme tematikk nært i minne, i tillegg til å være prosjektmedlem i planlegging og gjennomføring av Nasjonal helseøvelse 2018. Dette betyr at forfatter kontinuerlig har jobbet med denne tematikken siden 2017. Kobler vi dette med lang erfaring så kan det føre til at man blir forutinntatt og farget av egne erfaringer noe som kan være negativt for forskningen. Forfatter har i hele prosessen vært bevisst på dette og søkt å være nøytral og åpen for ny viten og impulser. Innledningen hadde naturlig nok ett deduktivt utgangspunkt på hvordan dette kunne se ut og hvilke sammenhenger som kunne være relevante relatert til erfaringen og prosjektet i 2017. Siden helseforetak er kompliserte organisasjoner, så kan også dette være en fordel for å forstå hvordan dette henger sammen. Relevant faglig innsikt kan være til hjelp for å etablere en referanseramme (Andersen, 2006). Forfatter har også vært viktig å ha ett kontinuerlig åpent sinn i relatert til empirien hvis der

kom til nye data som lede forfatter i nye retninger. Derav har denne studien også en induktiv tilnærming der forfatter har vært åpen for å finne nye sammenhenger.

Helseforetakene og sykehus varierer i størrelse og ofte er der funksjonsfordeling som traumesenter, akuttisykehus med og uten traumefunksjon samt forskjeller i andre regionale og nasjonale spesialområder. Det var derfor vesentlig å ha ett så bredt grunnlag som mulig for å belyse problemstillingen godt.

4.3 Teoretisk rammeverk

Jacobsen (2018) mener det er viktig at man sammenstiller empirien med annen forskning og teori. Dette fordi en empirisk undersøkelse bare undersøker en liten del av virkeligheten. Sammenligner man med andres funn og konklusjoner kan funn i denne oppgaven settes i en større sammenheng. Det teoretiske rammeverket i denne oppgaven har fokusert på teori som omhandler læring (individuell, organisatorisk og erfaringsbasert) og beredskapskompetanse som man bør ha i en beredskap/kriseledelse. Dette omfatter teori om samarbeid i team, modeller for beslutningstaking og ikke minst proaktiv stabsmetodikk. Dette er elementer som er vesentlige relatert til beredskap/kriseledelse og sentrale faktorer for å finne svar på oppgavens problemstilling med forsknings spørsmål. Nyrevisjoner av norske lærebøker revidert i 2018 og 2019 er tatt med, og forfatter har også fått tilgang til ett helt ferskt bokmanuskript innen beredskapsøving og læring som har bidratt til ny viten og åpnet for ny relevant litteratur. Studiens teorigrunnlag er hentet fra både utenlandske og norske anerkjente forskere relatert til oppgavens tematikk.

4.4 Datakilder

Blaikie og Priest (2019) skiller mellom tre typer data. Dette er primærdata. Sekundærdata og tertierdata. Primærdata er samlet inn av forskeren selv og blir analysert og formidlet i studien. Da dette er en førstehåndskilde bidrar det til at oppgaven kan stå på egne ben. Sekundærdata er rådata samlet inn av andre enn forskeren selv. Tertiærdata er data som er analysert og konkludert med av andre. Eksempelvis konklusjoner basert på rådata fra sekunderdata (Blaikie og Priest, 2019, s. 25).

Forfatter har valgt å benytte tre datatyper. Primærdata gjennom informant intervjuer. Sekundærdata eksempelvis ved lokal og nasjonal evalueringsrapport etter nasjonal helseøvelse 2018, og tertierdata gjennom dokumenter og analyser beskrevet av andre forskere. Meningsinnholdet er i noe omfang fortolket på nytt av forfatter. Forfatter har også fått klarsignal av Helsedirektoratet til å benytte rådata fra evalueringsverktøyet HelseCIM som ble benyttet under nasjonal helseøvelse. Dett iste seg vanskelig å samordne innen tidsrammen, så derav er erfaringer fra den øvelsen hentet fra evalueringsrapporten og prosjektdirektivet.

Dokumentene som er benyttet er førende lover, forskrifter og overordnet nasjonalt og regionalt, og lokalt planverk for helse- og omsorgstjenestene. I tillegg kjent litteratur fra forfattere og studier. Etter hvert som forfatter fikk lest seg opp, kom der referanser til mer relevant og nyere litteratur som forfatter har benyttet i oppgaven. De aller fleste dokumentene er offentlig tilgjengelig foruten rådata fra evaluering etter nasjonal helseøvelse, og nasjonal evalueringsrapport fra samme øvelse. Utdrag fra disse dokumentene er tatt med relatert til beredskapsledelse da det bidrar til større bredde for å svare ut problemstillingen og å stille relevante spørsmål. I tabell 7 presenterer forfatter dokumentene som er benyttet.

Sektor dokumentet tilhører	Navn på dokument	Utgitt årstall
Helsedirektoratet	Evalueringsrapport Nasjonal helseøvelse 2018	Overlevert Helsedirektoratet 2019. Foreløpig Unntatt offentlighet
Helse Møre og Romsdal HF	Evalueringsrapport «Viking Sky» hendelsen. Helse Møre og Romsdal HF	2019
Helsedirektoratet	Læring for bedre beredskap. Helseinnsatsen etter terrorhendelsen 22. juli	2012
Helsedepartementet	Nasjonale helseberedskapsplan	2018
Helsedirektoratet	Prosjektrapport nasjonal helseøvelse 2018	2019
Helse Sør-Øst	Rapport: Gjennomgang og kvalitetssikring av beredskapsplaner Helse Sør-Øst	2017
NOU	Rapport fra 22. juli kommisjonen	2012
Helse Nord	Regional helseberedskapsplan Helse Nord	2013
Helse Midt	Regional helseberedskapsplan Helse Midt Norge HF	2019
Helse Vest	Regional helseberedskapsplan Helse Vest	2019
Helse Sør -Øst	Regional helseberedskapsplan Helse Sør-Øst	2018
NOU	Samhandling for sikkerhet. NOU:2016:19.	2016

Tabell 7: Oversikt over dokumenter brukt i oppgaven

4.5 Intervjuer og valg av respondenter

Forfatter har benyttet åpne individuelle intervju med en tilnærmet middels strukturingsgrad i form av en intervjuguide. Vanligvis er det åpne intervjuet til en viss grad strukturert ved hjelp av lister på tema som skal tas opp (Jacobsen 2018, s.149). Jacobsen (2018) mener videre at det til tross for faren ved å bevege seg bort fra den kvalitative metodens ideal kan prestrukturering forsvares. Det vises da til at man uten struktur kan få data som blir så komplekse å tolke at de i ytterste konsekvens blir umulige å tolke. I tillegg vil man uansett ha med seg

noen antakelser og disse kan bli klargjort bedre ved en formalisering. Pre strukturering betyr ikke at man blir helt lukket, bare at man har ett fokus. Man kan fortsatt ha åpenhet, men med en glidende overgang med mulighet for åpne svar (Jacobsen, 2018).

Intervju guiden ble utviklet med problemstillingen og forskningsspørsmålene som rettesnor. Siden der ble noen justeringer av både problemstilling og forskningsspørsmål måtte guiden justeres tilsvarende. Kvale og Brinkmann (2009) beskrive at håndverket intervju læres best ved praktisk trening, og at man bør gjennomføre ett pilotintervju (Krumsvik, 2015). Pilot intervju er ikke gjennomført, men forfatter har gjennomført studiet «*granskningsmetodikk*» ved Universitetet i Stavanger der intervju var tema. Intervjuguiden er lagt opp etter forskningsspørsmåla med hovedtema og underspørsmål. Dette for at forfatter skulle kunne kvalitetssikre at man får inn de data som er nødvendig. Krumsvik (2015, s. 125) mener at det er lurt at intervjuguiden er så spesifikk at man får fra kunnskapen problemstilling og forskningsspørsmål spør etter.

Forfatter valgte samme tilnærming til alle informantene i studien (Omfatter både informantene fra 2017 og 2019) for å redusere risikoen for feilkilder. Grunnet stor geografisk avstand mellom informantene ble intervjuene av 14 informanter gjennomført via *Skype* med videovisning slik at det ble tilnærmet ansikt til ansikt situasjon. Ett intervju ble gjennomført med fysisk møte. Å benytte fysisk møte med ansikt til ansikt bidrar til å etablere tillit, flyt i samtalen, åpenhet og mindre distraksjoner (Jacobsen 2018, s. 148). *Skype* møte med ansikt- til ansikt er det nærmeste man kommer fordelene ved fysisk møte, og det er lave kostnader. Derav ble denne tilnærmingen benyttet.

Intervjuguide ble sendt ut til informantene i forkant for å ha mest mulig fokus på tema, og flyt i samtalen under intervjuet. Det ble også sendt ut informasjon om formålet med studien og presentasjon av forfatter. Forventningen til forfatter var også å legge til rette for å lettere kunne hente ut data relatert til utfordringer det er med datanalyse av helt åpne intervju.

For å sikre informasjonsinnhenting ble intervjuene tatt opp enten via opptaksfunksjonen i *Skype* eller med smarttelefon. Alle informanter ble i informert i forkant om dette via informasjonsskriv og utsendt samtykkeerklæring. Forfatter opplevde ikke at dette skapte noen begrensinger i intervjusituasjonen blant informantene. Jacobsen (2018) beskriver utfordringer med ressurssterke informanter som kan ha sterke meninger og sette intervjueren på prøve og

man må ha evne til å skifte til en mer aktiv rolle. Intervjustilen må derav tilpasses det enkelte intervjuobjekt. I denne oppgaven har dette ikke vært noe problem.

Intervjuene hadde varighet fra 40 minutt til 1 time. Det har også blitt stilt oppfølgings spørsmål per e-post i etterkant der det har vært behov for klargjøringer. Dette gjelder spesielt flere informanter fra 2017, der det har vært behov for å avklare utvikling og endringer i løpet av perioden frem til 2019.

Informantene ble valgt ut fra funksjon som beredskapssjef, rådgiver eller tilsvarende. Informantene måtte ha god kjennskap til helseforetakene sine beredskapsplaner, hvordan beredskap/kriseledelsen er organisert og vite noe om hvordan man håndterer krisesituasjoner i helseforetaket. Forfatter har tatt med helseforetak i alle fire helseforetaksregionene og ett naturlig utvalg av store sykehus med traumesenter og små akutt sykehus med og uten traumefunksjon. De fleste informantene har mer enn 10 års erfaring innen fagområdet beredskap og har inngående kjennskap til tematikken. De fleste var også svært engasjerte og viste stor interesse for å delta.

Forfatter har i oppgaven totalt 15 informanter fra både 2017 og 2019. Informantene fra 2019 vises i tabell 8 og informantene fra 2017 i tabell 9. Som vi ser er det høy alder på de fleste, og der er skjevhet i kjønnsfordeling uten at dette nødvendigvis er en svakhet. År i fagfeltet er beregnet frem til 2017 for informanter i tabell 9. Tabellene viser kun somatiske sykehus med akuttfunksjoner. Alle helseforetak har i tillegg flere institusjoner som distriktpspsykiatri og rusbehandling, men disse er altså ikke beskrevet.

Beskrivelse av helseforetak	Omtales i evt. oppgaven	År i Fagfeltet	Kjønn	Alder
2 somatiske sykehus. Har egen AMK	Helseforetak 1	6-10	Mann	50-60
3 somatiske sykehus. Har egen AMK	Helseforetak 2	> 26	Mann	50-60
2 somatiske sykehus. Har egen AMK	Helseforetak 3	16-20	Mann	>60
1 Universitetssykehus og 1 Lokal sjukehus. Har egen AMK	Helseforetak 4	16-20	Mann	40-50
3 somatiske sjukehus. Har egen AMK	Helseforetak 5	0-5	Mann	30-40
2 somatiske sykehus. Har ikke egen AMK	Helseforetak 6	6-10	Mann	>60
2 somatiske sykehus, Har ikke egen AMK.	Helseforetak 7	11-15	Mann	50-60
1 Universitetssykehus + 1 lokal sykehus	Helseforetak 8	16-20	Kvinne	50- 60
1 Universitetssykehus + 1 lokalsykehus. Har ikke egen AMK.	Helseforetak 9	11-15	Kvinne	>60

Tabell 8 – Oversikt over informanter intervjuet 2019

Beskrivelse av helseforetak	Omtales i oppgaven	År i Fagfeltet	Kjønn	Alder
1 Universitetssykehus + 2 lokalsykehus. Har egen AMK	Helseforetak 10	0-5	Mann	40-50
3 somatiske sykehus. Har egen AMK	Helseforetak 11	16-20	Mann	50-60
1 Universitetssykehus. Har egen AMK.	Helseforetak 12	16-20	Mann	50-60
1 sykehus, har egen AMK	Helseforetak 13	6-10	Kvinne	>60
Universitetssykehus= 4 store sjukehus, har egen AMK	Helseforetak 14	11-15	Mann	40-50
5 somatiske sykehus. Har egen AMK.	Helseforetak 15	0-5	Mann	50-60

Tabell 9 – Oversikt over informanter intervjuet 2017

4.5.1 Analyse og datareduksjon

Jacobsen (2018, s. 197) beskriver at man må redusere kompleksiteten ved å forenkle og strukturere datamengden. Gjennom sammenstilling av ulike intervjuer og dokumenter kan man få frem sentrale momenter, mønstre, årsaker og avvik. Disse momentene som trekkes fram kan gi innsikt (Jacobsen, 2018, s. 197). Dette er tilnærmingen som også er benyttet i denne oppgaven.

Intervjuene ble etter gjennomføring transkribert. Intervjuene fra 2019 ble transkribert tilnærmet ordrett. Intervjuene fra 2017 ble ikke transkribert ordrett, men ble oppsummert relatert til intervjuguiden, og enkelte utsagn ble sitert for bruk i prosjektoppgaven. Noen av de mest relevante sitatene er også tatt med i denne oppgaven.

Jacobsen (2018) beskriver at *åpen koding* er sentralt i den kvalitative innholdsanalysen. Dette består i oppsplitting av data der man forenkler kompliserte detaljer som tilordnes en kategori etter spesielle kriterier. Da kan man senere kan forholde seg til noen få kategorier istedenfor den totale datamassen. *Aksial koding* er en ny eller overordnet kategori der man kan plassere flere underkategorier i en større gruppe. (Jacobsen 2018, s. 207).

Forfatter har benyttet seg av enkelte elementer i denne tilnærmingen. Data fra intervjuene systematisert og kategorisert etter sentrale tema. Dette ble satt opp i tabeller for å se etter sammenhenger og avvik. I denne prosessen ble det også brukt søkemotor i *word* for raskere å finne frem i de transkriberte intervjuene relatert til nøkkelord. Dette er i overenstemmelse med det som Jacobsen (2018) omtaler som «*innholdsanalyse*» der man kan redusere til færre overordnede kategorier. Kategoriene ble primært satt opp etter sentrale tema i intervjuguiden, og dette var også utgangspunktet ved gjennomgang av dokumentanalysen. Dette resulterte da i en sammenbinding av empirien fra dokumentanalysen og intervjuene som ble koblet mot teorien, og ble grunnlaget for drøfting og konklusjonene.

4.6 Validitet og reliabilitet

Undersøkelser skal forsøke å redusere utfordringer knyttet mot Validitet (gyldighet) og Reliabilitet (pålitelighet) for å drøfte kritisk om konklusjonene er til å stole på (Jacobsen 2018, s. 227). Videre kapitler under beskriver hvordan dette er utført i denne oppgaven.

4.6.1 Validitet

Forskningen som forfatter har presentert må kunne vurderes om de er gyldige. Har man fått tak i de riktige kildene, gir disse riktig informasjon og har man fått tak i de data man ønsker å få tak i. Jacobsen (2018) deler validitet i *intern gyldighet* og *ekstern gyldighet*. Intern gyldighet handler om vi har fått tak i de dataene vi ønsker, og ekstern gyldighet relateres til om vi kan overføre funn til andre sammenhenger. Forfatter har valgt å ta med totalt 15 helseforetak i tillegg til prosjektrapporten fra Helse Sør-Øst som omfatter 11 helseforetak. 6 av disse inngår i de nevnte 15 helseforetakene. Totalt omfavner da oppgaven 20 helseforetak noe forfatter mener styrker validiteten. Etter forfatters vurdering er problemstillingen og forskningsspørsmålene svart ut basert på empiriske funn. Forfatter har inntrykk av at informantene har gitt en sann beskrivelse av sin virkelighet. En svakhet kan være at forfatter ved forenkling beveger seg bort fra opprinnelige data og tillegger egne meninger og fordommer (Jacobsen 2018). Forfatter har foretatt en kritisk gjennomgang av resultatene for å unngå dette. Ett annet tiltak er å forelegge tolkningene for informantene. Om informantene vil kjenne seg igjen i funn er uavklart da de ikke blir presentert for oppgaven før den er ferdig. Forfatter ser allikevel med henblikk på egen erfaring i tilsvarende funksjon sammenhenger som er i overensstemmelse med de analyserte funn i oppgaven.

Har så denne oppgaven ekstern validitet? Utvalget som er undersøkt er relativt stort, og Jacobsen (2018) hevder at desto flere enheter som deltar, jo mer sannsynlighet for at man kan generalisere funn. De fleste offentlige organisasjoner har etablert beredskapsorganisasjoner for å håndtere kriser. Mange av disse organisasjonene har likhetstrekk og kan defineres inn som høypålitelige organisasjoner. Forberedelser for å utføre best praksis innen beredskap- og kriseledelse vil etter forfatters oppfatning være overførbart til disse organisasjonene. Sett i forhold til dette mener forfatter at ekstern validitet er ivarettatt.

4.6.2 Reliabilitet

Jacobsen (2018) beskriver at undersøkelsesopplegget kan påvirke de som undersøkes. *Intervjueffekten* som tilskrives at informanten kan bli påvirket av intervjueren med henblikk på blant annet væremåte, kroppsspråk og verbal tilnærming. Alle informantene som ble intervjuet er tilsatt i andre organisasjoner og innehar stort sett samme funksjon og plassering i organisasjonen som forfatter. Dette vil være med på å redusere muligheten for hierarkiske

feilkilder. Ved å at man ikke arbeider i samme organisasjon vil man kunne holde en forskningsmessig avstand til informantene, samtidig som man har en nærhet ved *Skype* intervju med videovisning. Konteksten i intervjusituasjonen var også slik at informantene satt på sine kontor eller egen arbeidsplass når intervjuet ble gjennomført. Der var ett unntak der intervjuet ble gjennomført på ett hotellrom som var nøytralt område for både forfatter og informant. Forfatter har inntrykk av at det var en tillitsfull tone og at det var en trygg ramme rundt intervjuene da det ble gitt troverdige og kritiske svar.

Andre feilkilder betegner Jacobsen (2018) som slurv i nedtegning av data i tillegg til analyseringen. Dette er som tidligere omtalt sikret med lydopptak og transkribering og kritisk gjennomgang av kategoriseringen av data.

Til syvende og sist beskriver Jacobsen (2018) at troverdigheten i forskningene bestemmes av om den som leser studien faktisk tror at det som skrives er sant. Forfatter tror og håper at det blir tilfelle med denne forskningen.

4.7 Forskningsetikk

Jacobsen (2018, s. 47)) beskriver tre grunnleggende krav til forholdet mellom intervjuer og informant. Dette er krav om informert samtykke, krav om privatliv og krav om å bli korrekt gjengitt. Kravene har vært i fokus under helse prosessen med oppgaven. I tillegg er det ett krav om at alle empiriske undersøkelser som innebærer behandling av personopplysninger skal meldes til datatilsynet. Denne oppgaven har anonymisert personopplysningene og er derav ikke meldepliktig og konsesjonsavhengig.

Informert samtykke ble ivaretatt ved informasjonsskriv med samtykkeerklæring ble sendt informantene i god tid før intervjuet. I skrevet ble det beskrevet hvordan opplysningene ville bli behandlet, og det ble informert om at det ville bli brukt opptak av intervjuet.

Forfatter har lagt vekt på å anonymisere informantene og det relativt store antallet informanter vil også bidra til dette. Dette omfatter også sitater som er benyttet i oppgaven.

5.0 Empiri

I dette kapittelet vil jeg presentere og systematisere funn fra dokumenter og dybdeintervjuer. Dokumentanalyser er hentet fra ugraderte kilder. Kvalitativt innsamlede data er basert på intervjuer av 9 informanter med arbeidsområde innenfor beredskap i helseforetak. Det er også tatt med relevante data fra dybdeintervju av 6 informanter fra ett annet prosjekt gjennomført i 2017. Disse er også fra ulike helseforetak. Jeg deler opp funnene etter dokumenter og intervjuer, og dele videre inn etter de tre temaene som intervjuguide er delt opp etter.

5.1 Dokumentanalyse

Data fra dokumenter samordnes her og omfatter relevante lover, forskrifter og overordnede føringer i planverk som helseforetak må forholde seg til i arbeidet med beredskap og krisehåndtering. Læring etter reelle hendelser som 22.juli kommisjonen sin rapport og Helsedirektoratet sin rapport «læring for bedre beredskap» er tatt med i tillegg til erfaringer med «Viking Sky» hendelsen mars 2019. En evalueringsrapport fra Helse Sør Øst som omhandlet beredskapsplaner (2017) er tatt med da den er relevant i forhold til problemstillingen i oppgaven. Data fra evalueringsrapport og prosjektrapport Nasjonal helseøvelse 2018 blir oppsummert med fokus på beredskapsledelse.

5.1.1 Beredskapsprinsippene

Stortingsmelding 29. (2011) som handler om samfunnssikkerhet, NOU 2016:19 og Nasjonal helseberedskapsplan (2018) slår alle fast at beredskapsarbeid samt håndtering av kriser skal håndteres etter Ansvar, likhet, nærhet og samvirkeprinsippet. Se tabell 10.

Hovedprinsipper for beredskap og krisehåndtering	
Ansvar	Innebærer at den organisasjon som har ansvar for et fagområde i en normalsituasjon, også har ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for å håndtere ekstraordinære hendelser på området.
Likhet	Betyr at den organisasjon man operer med under kriser i utgangspunktet skal være mest mulig lik den organisasjonen man har til daglig
Nærhet	Betyr at kriser organisatorisk skal håndteres på lavest mulig nivå.
Samvirke	Betyr at myndigheter, virksomheter eller etater har et selvstendig ansvar for å sikre et best mulig samvirke med relevante aktører og virksomheter i arbeidet med forebygging, beredskap og krisehåndtering.

Tabell 10: Grunnleggende prinsipper for arbeid med samfunnsikkerhet og beredskap (NOU 2016:19, «samhandling for sikkerhet»).

5.1.2 Nasjonal helseberedskapsplan

Nasjonal helseberedskapsplan (2018) beskriver at «Helseberedskapens formål er å verne liv og helse og bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester ved kriser og katastrofer i fredstid og krig» (Nasjonal helseberedskapsplan 2018, s. 5). Dette er de samme føringer som innledningsvis beskrives i helseberedskapsloven (2001). Planen tydeliggjør krav om at virksomheter helse og omsorgssektoren forventes å ha beredskapsplaner i tråd med føringer i forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid (nasjonal helseberedskapsplan 2018, s. 11). Forskrift for beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid (2001) gir føring for at man skal sikre tjenesteyting ved:

a) interne og eksterne hendelser som vesentlig reduserer virksomhetens evne til å yte varer og tjenester.

b) eksterne hendelser som vil innebære en ekstraordinær belastning på virksomheten og som kan kreve en generell omstilling av den ordinære driften for å kunne øke kapasiteten.

(Forskrift om krav til beredskapsarbeid og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap, 2001).

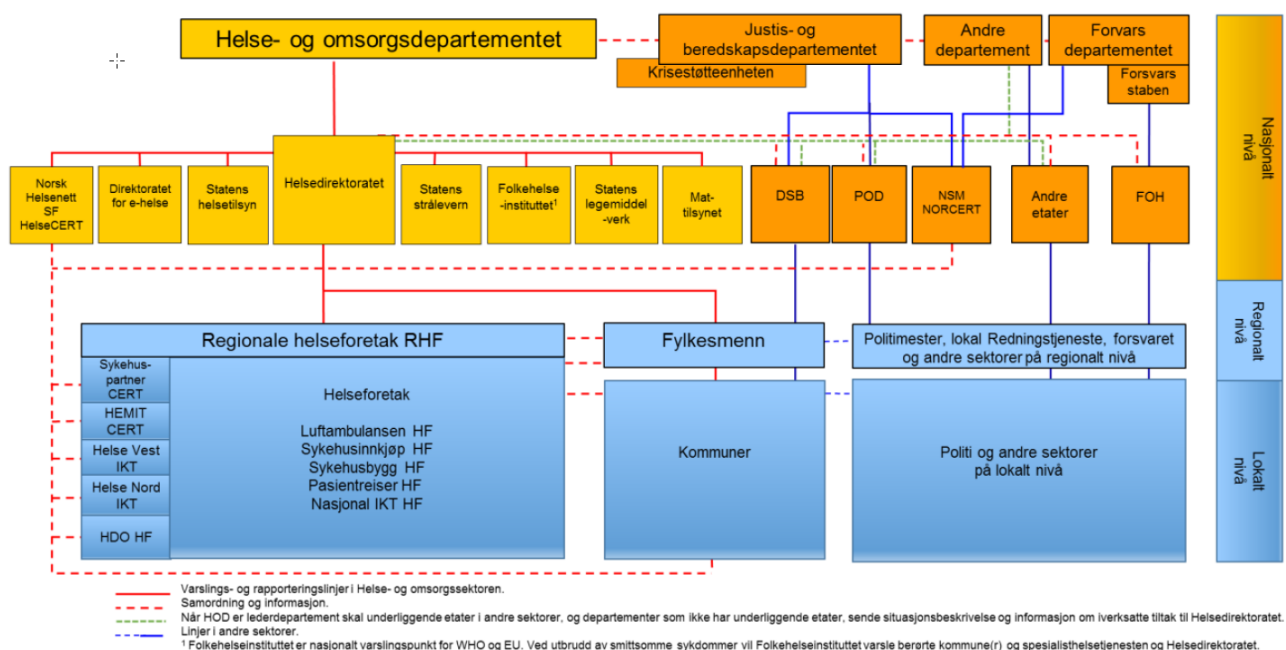
Nasjonal helseberedskapsplan gir overordnede føringer for hvordan man skal forebygge og håndtere kriser i helse- og omsorgssektoren. Planen beskriver blant annet aktører, ansvar og roller og oppgaver i tillegg til lov og plangrunnlaget (Nasjonal helseberedskapsplan 2018).

Planen ble revidert for tredje gang og godkjent i 2018. Relevante endringer i denne versjonen er vist i tabell 11.

Endringer i tredje utgave av Nasjonal helseberedskapsplan
Planen bygger tydeligere på prinsippene risikobasert og systematisk beredskapsarbeid
Omtale av regelverk, organisering, planer, rutiner med videre er oppdatert.
Grenseflater og samarbeid med andre departementer og sektorer er tydeliggjort
Det er gitt en bredere omtale av planer for identifiserte risikoområder.
Masseskader og sivil-militært samarbeid på helseområdet er omtalt.
Avhengigheter av strøm, vann, IKT, legemidler og materiell er tydeliggjort.
Planen bygger på erfaringer fra øvelser og hendelser, som økt terrortrussel sommeren 2014, ebolautbruddet i Vest-Afrika 2014–2015 og økte asylankomster 2015–2016.

Tabell 11: Endringer i tredje utgave av nasjonal helseberedskapsplan (2018).

Nasjonal helseberedskapsplan har gitt følgende føringer for varsling og rapporteringer i helse og omsorgssektoren som vist i figur 25. Varsling og rapporteringslinjer ved atomhendelser og ved hendelser som Mattilsynet håndterer avviker noe fra denne figuren og er nærmere beskrevet i Nasjonal helseberedskapsplan.

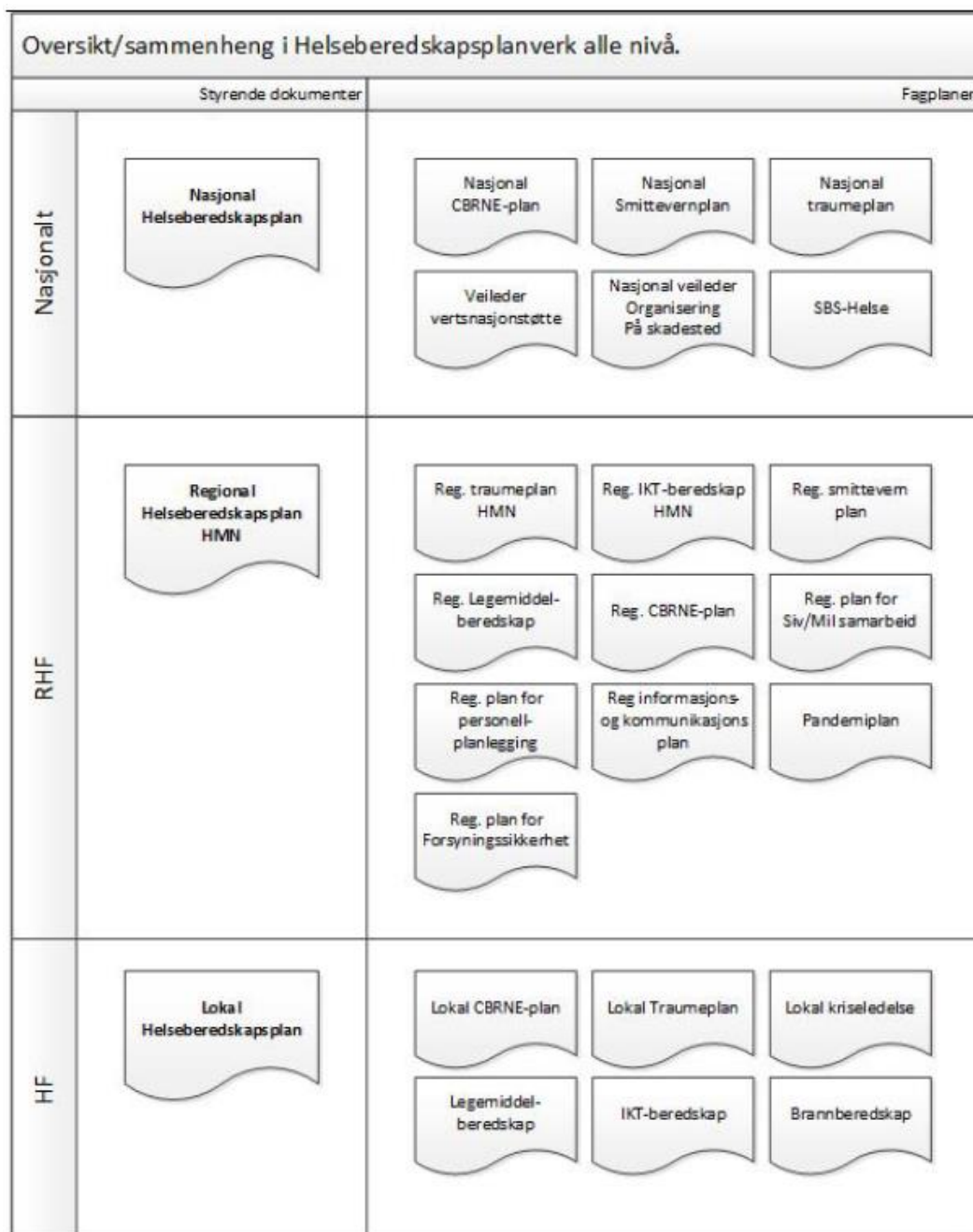


Figur 25. Varsling og rapporteringslinjer i helse og omsorgssektoren. Nasjonal helseberedskapsplan (2018, s. 44).

5.1.3 Helseberedskapsplaner i regionale og lokale helseforetak

Regionale helseforetak (RHF) og lokale helseforetak (HF) har plikt til å utarbeide planer for de tjenester de er ansvarlige for samt planer hendelser som kan hindre helseforetakene i nødvendig tjenesteleveranse daglig og ved kriser (Nasjonal helseberedskapsplan 2018, s. 17).

Alle fire regionale helseforetak har beredskapsplaner som ivaretar dette med føringer til de helseforetak de har ansvar for. Det er variasjon i forhold til når planene ble godkjent/revidert, og varierer fra 2013 til 2019. Det er også ulik bruk av begreper om beredskapsledelsesnivå. Alle har strategisk ledelse på topp, mens mellomnivået i tre RHF blir benevnt som taktisk, i ett annet operativt. Samme miks oppstår mellom disse helseforetakene på nederste ledernivået der noen kaller dette taktisk og andre operativt. Ett RHF definerer mellomnivået som operasjonelt. To RHF beskriver at man skal benytte proaktiv metodikk ved beredskapsledelse. Alle RHF beskriver krav til underliggende helseforetak om trening og øvelser, og at HelseCIM skal benyttes under kriser. Figur 26 viser sammenhengen mellom Nasjonale/regionale og lokale planer i helseforetak.



Figur 26: Oversikt og sammenheng planverk. Regional helseberedskapsplan Helse Midt (2019).

Lokale helseforetak sine beredskapsplaner blir fokusert på i samband med intervjuer av informanter og er derved ikke videre omtalt i dette kapittelet, men en fellesnevner er at det er ulikheter mellom helseforetakene i utforming og struktur.

5.1.4 Momenter fra NOU 2012:14. Rapport fra 22.juli kommisjonen

Rapporten beskriver at katastrofevarsling ved Oslo Universitetssykehus (OUS) og helsevesenet i området ble gjort straks man begynte å få oversikt over omfanget. Gul beredskap ble etablert kl. 15.48, og straks etterpå vurderte man dette til rød beredskap kl. 16.08. Ullevål universitetssykehus (OUS) fikk tid til å remobilisere utstyr og kompetanse i henhold til sin beredskapsplan da det var ett par timer mellom angrepene på Regjeringskvartalet og Utøya.

AMK sentralen ved Vestre Viken var i beredskap grunnet hendelsen i regjeringskvartalet når melding om skyting på Utøya kom inn kl. 17.24. Sentralen ble straks oppbemannet med flere operatører i tillegg til at AMK leder møtte i sentralen.

Ringerike sjukehus i Vestre Viken mobiliserte stort og 200 ansatte ble tilkalt for å håndtere tilstrømmingen av skadde. Sjukehuset tok imot 35 pasienter fra Utøya, herav flere med alvorlige skader.

Rapporten beskriver at helsevesenets beredskapsplaner på alle nivå er svært omfattende. Det er kommer frem ulikheter i planverkene, men de bygger på de samme prinsippene. OUS hadde også under 22/7 i henhold til regional beredskapsplan for Helse Sør-Øst ansvar for å koordinere regionens spesialisthelsetjenesteressurser ved masseskadehendelser. Det ble mobilisert betydelige ressurser i omkringliggende helseforetak som ikke ble tatt i bruk, noe som kommisjonen mente var riktig.

Generelt inntrykk som fremkommer er at beredskapsplanene til helsevesenet fungerte tilfredsstillende og ble i store trekk fulgt og er i ettertid revidert. Planene gav blant annet klarhet i hva som var ledelsen og staben sin oppgave i tillegg til fordeling av helsepersonell. Rapporten fremhever også at helsevesenet fortsetter med å oppdatere planverk, øver regelmessig planverket med fokus på effektiv ressursutnyttelse, koordinering og samhandling ved kriser.

5.1.5 Læring for bedre beredskap

Helsedirektoratet sin rapport etter hendelsen 22. juli, «*læring for bedre beredskap*» (2012) trekker frem flere lærepunkter med anbefalinger. Rapporten fokuserer hovedsakelig på det

som Lunde (2019) definerer som taktisk nivå. Mange av anbefalingene i rapporten er gjennomført. Det er utarbeidet veileder for *Nødetatenes samvirke ved pågående livstruende vold* (2015), *Nasjonal triageveileder for masseskadetriage* (2013), *Nasjonal traumeplan* (2015), *Nasjonal veileder for helsetjenesten sin organisering på skadested* (2016). I tillegg benytter alle helseforetak krisestøttesystemet HelseCIM. Det er stor variasjon mellom helseforetak i bruken av krisestøttesystemet. Noen helseforetak benytter bare systemet til rapportering vertikalt i linja til regionalt helseforetak og videre til helsedirektoratet via mal for rapportering i HelseCIM. Flere helseforetak benytter flere funksjonaliteter, blant annet for varsling og mobilisering, etablere felles situasjonsforståelse i egen kriseledelse og mot andre helseforetak og samvirkepartnere. Rapporten peker også på usikkerhet om dialogen mellom helseforetak og kommuner er god nok. Dette blir i dag fulgt opp via delavtale 11 i samhandlingsreformen, som omfatter samarbeid mellom kommuner og helseforetak om krise- og katastrofeberedskap og utvikling av den akuttmedisinske kjede (2008-2009).

Rapporten beskriver kort om hovedmomenter i helseforvaltningens sin håndtering av hendelsen i regjeringskvartalet. Dette er relevant da det er en av få plasser der kriseledelsen i helseforetak omtales i rapporten. Se tabell 12.

Bomben i regjeringskvartalet ble utløst kl. 15:25.
Ledelsen i sentral, regional og lokal helseforvaltning ble kjent med hendelsen etter kort tid og etablerte kriseledelse på ulike nivåer
Oslo universitetssykehus etablerte krisestab etter ca. en time.
Ledelsen i Helse Sør Øst ble varslet etter ca. en halv time og etablerte kriseledelse etter en time.
Det ble etablert kontakt og rapporteringsrutiner på strategisk nivå etter få timer
Første telefonmøte mellom ledelsen i Helse Sør Øst og de lokale helseforetakene ble avholdt etter tre timer.
En halv time etter at AMK var gjort kjent med skyting på Utøya ble beredskapsledelsen på OUS gjort kjent med dette.

Tabell 12: Utdrag av hovedmomenter fra helseforvaltningens håndtering av hendelsen 22. juli 2011.

Rapporten viser til at helseforetakene sine katastrofeledelser må sikre at involverte sykehus holdes kontinuerlig oppdatert om utviklingen i krisesituasjoner, noe som er viktig for at sykehusene kan bestemme sitt beredskapsnivå. Rapportene som helsedirektoratet har mottatt fra ulike forvaltningsnivåer syner det klart at det foreligger svært ulike rutiner for

dokumentasjon og rapportering etter ulike hendelser. Rapporten anbefaler at man bør forbedre verktøyet og rutiner for dokumentasjon, rapportering ved større ulykke og ekstraordinære hendelser bør forbedres og standardiseres (Læring for bedre beredskap, 2011).

5.1.6 Prosjektrapport Helse – Sør Øst

Helse Sør-Øst har utført en Gjennomgang og kvalitetssikring av beredskapsplaner i 2017 og utarbeidet en prosjektrapport. Helse Sør-Øst omfatter 11 helseforetak. Forfatter velger å ta med vesentlige funn relatert til problemstillingen da beredskapsledelse ved beredskapssituasjoner er en vesentlig del av det prosjektrapporten har kartlagt. Noen utdrag fra funn er satt opp i tabell 13.

Beredskapsnivåer benyttes stort sett kun til ekstraordinære hendelser, og behovet for gul beredskap er relatert til behovet for rask mobilisering av personell og iverksetting av krisehåndteringstiltak. Ulikheter mellom helseforetakene relatert til varsling og tiltak ved grønn beredskap. Det foreslås å utvide beskrivelsen av beredskapsnivåene i den regionale beredskapsplanen, blant annet å beskrive nedtrapping ved langvarige hendelser.
Halvparten av helseforetakene beskriver i planverket en ledelsesenheter mellom direktørens ledergruppe og det utøvende leddet. Dette beskrives hos noen som taktisk ledelse (dette er det nivået som jeg tidligere i oppgaven har omtalt som operasjonelt ledelsesnivå), men noen bare kaller det beredskapsledelsen. For noen helseforetak er det en innskrenket eller utvidet del av den ordinære ledergruppa
Helseforetak som ikke har taktisk ledelse beskriver ledelsesstrukturen ved beredskapshendelser lik den linjeledelsen som fungerer til daglig. Ulike hendelser kan allikevel før til at ledergruppa trekker inn eksperter og stabspersoner som rådgivere.
Beskrivelse av beredskap ledernivåer er tatt ut av overordnet beredskapsplan i regionen. I tillegg har det ikke vært samsvar med bruk av begrepene mot andre samvirkeaktører. Primært er det beredskapsprinsippene ansvar, likhet, nærhet og samvirke som er føringer fra regional beredskapsplan (Dette samsvarer også med føringer i nasjonal helseberedskapsplan, 2014)
Kun ett helseforetak oppgir at Taktisk ledelse skal håndtere selve krisen. Ingen av helseforetakene beskriver i planverk eller intervju at Taktisk ledelse skal være sentralisert beslutningstaker, blir rapportert til og/eller gir ordre ut i organisasjonen.
Opgaver for den taktiske ledelsen består i stor del av koordinering mellom enheter på samme

organisatoriske nivå (horisontal samordning). Medlemmer av taktisk ledelse er i store trekk ledere på samme nivå, eller representanter fra de ulike avdelinger som er involvert i driften. Det hevdes at det i det daglige også er ett behov for å koordinere driften mellom de samme enhetene og derfor har strukturer for samhandling som også bør benyttes ved kriser.

Ett viktig funn i prosjektet og er at ulikheter i helseforetakenes beredskapssystemer er at likhetsprinsippet er fulgt. Det henvises til forskjeller mellom sjukehus med akuttfunksjoner, sjukehus uten akuttfunksjoner og helseforetak som ivaretar legemiddelforsyning og IKT tjenester.

Beredskapshendelser som opptrer hyppigst er relatert til svikt i kritisk infrastruktur, og andre hendelser inne på sjukehusene som kan få konsekvenser for pasientbehandlingen. Mye av det samvirke som skjer mot aktører utenfor helsetjenesten er relatert til prehospitalt problemstillinger, herunder storulykker og er en viktig del av det beredskapssystem/planer skal bidra med.

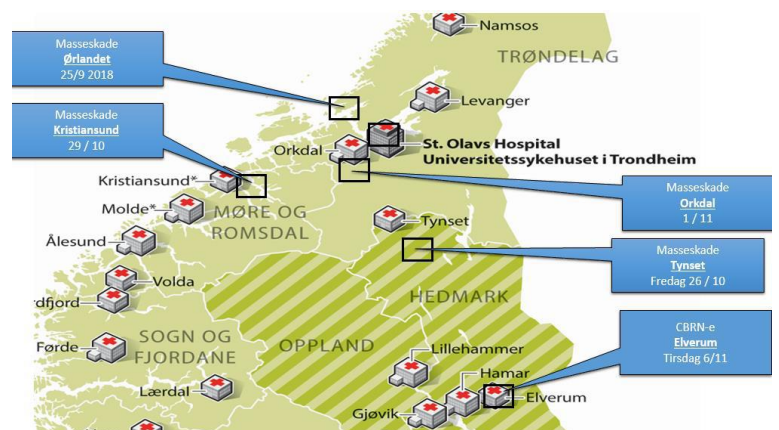
Det er beskrevet at det er svak kobling mellom mobilisering prehospitalt ved større ulykker og helseforetakene sitt beredskapsnivå og mobiliseringsnivå intrahospitalt

Tabell 13: Utdrag funn i Rapport «Gjennomgang og kvalitetssikring av beredskapsplaner i Helse Sør-Øst (2017).

5.1.7 Nasjonal helseøvelse 2018

Nasjonal helseøvelse 2018 (NHØ2018) ble gjennomført samtidig med NATO øvelsen Trident Juncture 2018 (TRJE18) fant sted.

Helsesektoren er en viktig beredskapsaktør, der man skal verne om liv og helse. Man skal gi helsehjelp når mange er skadd og ved evakuering av sivilbefolkning (Prosjektrapport nasjonal helseøvelse 2018). Sentrale tema for helsetjenesten var beredskapsevnen, krisehåndteringsevne, det sivilmilitære samarbeidet og totalforsvarskonseptet (Evalueringsrapport Nasjonal helseøvelse 2018). Forfatter velger å ta med funn i evalueringsrapporten og prosjektrapport relatert til beredskap/kriseledelse da dette var ett av flere fokus under øvelsen. Figur 27 viser kart over lokasjoner for NHØ18.



Figur 27. Lokasjoner med øvingstema Nasjonal helseøvelse 2018(Evalueringsrapport NHØ18)

Beredskapsledelse ble øvet i alle fem deltakende helseforetak og fire helseforetak øvde strategisk beredskap/kriseledelse. I hovedsak er det strategisk nivå i helseforetak som er omtalt i rapporten Lokale evaluatorene i tillegg til medlemmer fra den nasjonale delprosjektgruppa deltok i evalueringsprosessen (Evalueringsrapport NHØ, 2019). Funn fra evalueringsrapporten er satt opp i tabell 14.

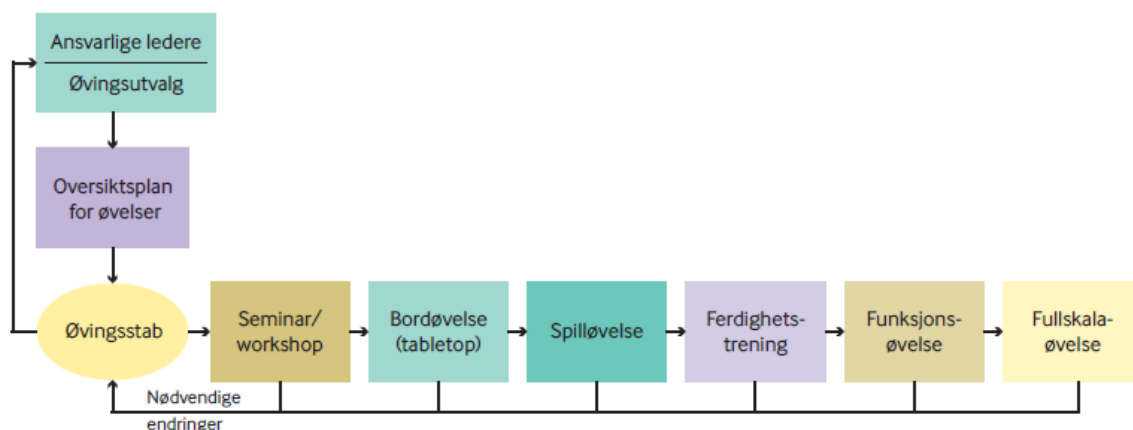
Relevante funn vedrørende beredskap/kriseledelse
Proaktiv kriseledelse var kjent og øvet i alle deltakende HF
Alle førstemøter gjennomført ved bruk av White Board tavle. Lite tid brukt på felles situasjonsforståelse og konsekvenspotensiale. Gikk raskt over i tiltak. Kun ett HF skrev ned fokus og aksjoner. De andre hadde mindre grad av fokus på å avslutte med fokus og aksjoner
Statusmøter forstyrret av telefoner som ble besvart i møtelokalet.
Planverk lite kjent og lite brukt under øvelsene
Strategisk nivå ble til tider operasjonelle i flere helseforetak
Ustrukturert kommunikasjon mellom staber/nivå
En utfordring er utskiftninger av personell på alle nivå. I noen kriseledelser/staber var ikke alle roller og oppgaver kjent og øvet.
HelseCIM ble benyttet av en eller to loggførere på alle nivå. Noen steder ble loggen vist via projektor/skjerm men i liten grad lest/benyttet i arbeidet med hendelsen. White Board-tavle var førstevalg og teksten der ble overført til HelseCIM av loggfører.
Det var kun en loggfører i tre av fem helseforetak. Det ble tydelig i alle kriseledelsene og stabene at det er sårbart når kun en eller to er lært opp i loggføring.

Tabell 14. Funn relatert til beredskap/kriseledelse (Evalueringsrapport NHØ, 2019).

Prosjektrapporten for NHØ18 som er analysefasen beskriver blant annet at det er behov for å videreutvikle beredskapsledelsen i regionale helseforetak (RHF), Helseforetak (HF). De gode erfaringene med bruk av proaktiv stabsmetodikk under NHØ18 bør følges opp i tillegg til å evaluere HelseCIM som krisestøtteverktøy (Prosjektrapport Nasjonal helseøvelse, 2019).

Prosjektrapporten beskriver videre som anbefalt tiltak å utvikle et beredskapssystem for helsetjenesten der roller og ansvar på alle nivå blir beskrevet, og det vises til Politiets beredskapssystem (PBS). Videre anbefaler prosjektrapporten å utvikle en veileder for beredskap/kriseledelse i helsetjenesten (Prosjektrapport nasjonal helseøvelse, 2019, s. 18-19).

Det ble i samband med NHØ18 gjennomført flere kompetansehevende aktiviteter før fullskala øvelsene. I prosjektdirektivet ble modellen til Pollestad og Steinnes fra 2012 vist til. Se figur 28.



Figur 28: Fra Pollestad og Steinnes 2012. Anbefalt styringsløyfe for gjennomføring av øvelser (Prosjektdirektiv NHØ, s.80).

Deltakere i beredskap/kriseledelser som var i aksjon under øvelsene gav tilbakemelding om at de forberedende aktivitetene var meget betydelige i forhold til å håndtere hendelsene. Observasjoner fra evaluatorene beskriver at metodikken i stabsarbeidet ble mer systematisk etter gjennomføring av kompetansehevende tiltak. Tabell 15 viser oversikt over noen kompetansehevende aktiviteter utviklet i forbindelse med opplæring knyttet mot nasjonal helseøvelse 2018. Eierskapet ligger nå hos Helsedirektoratet som skal gjennomgå dette på nytt og vurdere om og hvordan øvingspakkene skal tilgjengelig gjøres.

Kompetansehevende aktiviteter i nasjonal helseøvelse 2018
Undervisningsopplegg i beredskapsledelse bestående av e-læringskurs og «train the trainer» kurs ble tilbudt medlemmene i alle øvende etater.
Link til e-læringskurs beredskapsledelse: https://mohive-cdn-eu.crossknowledge.com/9f02cd06-1eb2-41d5-8084-2b52df6c4436/PublicLink/f9854335-0203-47c0-a392-fc14a5515fb6/7b2cfe2c-99b8-4737-99e5-78d36749fbb7/index.html
<ul style="list-style-type: none"> • Bordøvelser for beredskapsledelse med fokus på proaktiv metode
<ul style="list-style-type: none"> • E-læringskurs om totalforsvaret.
Link E-læringskurs om totalforsvaret: https://mohive-cdn-eu.crossknowledge.com/9f02cd06-1eb2-41d5-8084-2b52df6c4436/PublicLink/0817ecc0-984c-4f8a-8d7f-8413c87d1880/816a40fa-09b3-4648-a454-f7f612d8e772/index.html

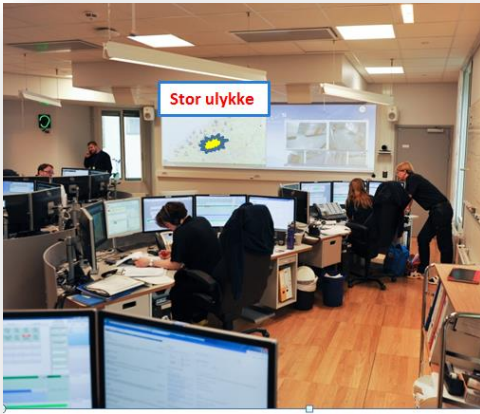
Tabell 15: Kompetansehevende aktiviteter NHØ 2018 (Evalueringsrapport NHØ18,19)

5.1.8 Viking sky og Hagland Captain hendelsen

Forfatter velger å ta med denne da den viser eksempel på hvordan ett helseforetak håndterte en hendelse med potensielt stort «*worst case*» scenario.

Lørdag 23. mars kl. 14:05 fikk AMK sentralen i Møre og Romsdal «SAR» varsling fra Hovedredningssentralen i Sør Norge (HRS) om båt i drift med 1373 personer om bord 2,5 nautiske mil fra land. (Evalueringsrapport HMR, 2019). Med SAR varsling menes varsling mellom 11x-sentralene og HRS. «SAR varsling utføres umiddelbart ved henvendelser om situasjoner som initialt er å regne som redningsaksjon» (Felles sambandsreglement for nødnett, 2018). Det var liten storm i ett av de mest værharde og vanskelige havområder langs norskekysten (Ambulanseforum nr. 3. 2019). Tore Paulsen var vakthavende ambulansesjef og beskriver situasjonen slik: «*Det er sjeldent med en aksjon som dette. Hvor nært cruiseskipet var land var virkelig dramatisk, sier Paulsen*» (Ambulanseforum nr. 3, 2019).

AMK varsler og primære helseressurser mobiliseres og sendes mot stedet. Det etableres etter hvert innsatsledelse og mottak/hjelpeplass ved Brynhallen i Fræna kommune, og det mobiliseres etter hvert stort på land innen nødetatene, involverte kommuner, lokale frivillige, frivillige organisasjoner, Heimevernet, Fylkesmannen med flere. Bilde 1 viser AMK Møre og Romsdal. «*14:38 var Paulsen i kontakt med beredskapssjef Hans Olav Ose som var klar på at dette var en hendelse med stort skadepotensial*» (Ambulanseforum nr.3. 2019).



Bilde 1: AMK Møre og Romsdal

AMK sentralen konfererer med AMK lege og beredskapssjef og det besluttes innledningsvis grønt beredskapsnivå som betyr at sentral krisestab på operasjonelt nivå mobiliseres. I

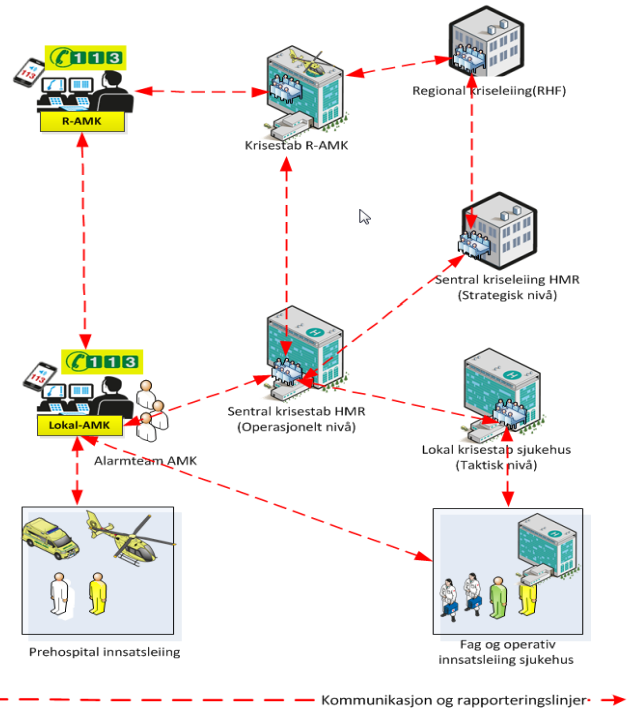
Tillegg mobiliseres det stort med prehospitalt ressurser. Beredskapsnivå heves etter førstemøte i staben etterhvert til gul beredskapsnivå ved to av de nærmeste sykehusa, og lokal krisestab ved sykehus blir etablert. Om lag 180 helsepersonell ble mobilisert ved sykehus og ambulansetjenesten i tillegg til

normalberedskapen. (Tidslinje Evalueringsrapport HMR, 2019).

Helseforetakets sentrale kriseledelse på strategisk nivå ble holdt informert via logg og rapporter i HelseCIM, samt telefonisk kontakt mellom administrerende direktør og beredskapssjef som leder staben på operasjonelt nivå. Det strategiske nivået ble innkalt til orienteringsmøte på lørdagskvelden. Figur 29 viser koordinering og kommunikasjonslinjene i Helse Møre og Romsdal HF. Sentral krisestab (operasjonelt nivå) har ansvar for å koordinere hendelsen når flere aktører og sykehus er involvert. Lokal krisestab har ansvar for å lede krisehandteringen ved hvert enkelt sykehus (Evalueringsrapport HMR, 2019).

Det ble etablert faste statusmøter via videokonferanse mellom sentral krisestab og lokale krisestaber hver time fra kl. 17:00. Det ble gjennomført åtte statusmøter på lørdag 23. mars, og to statusmøter søndag 24. mars (Tidslinje evalueringsrapport HMR, 2019).

Under aksjonen i sentral krisestab benyttes og etterfølgende statusmøter benyttes proaktiv stabsmetodikk. Tavler på vegg benyttet aktivt under førstemøtet i staben i tillegg til



Figur 29: Skisse kommunikasjon/koordinering Helse Møre og Romsdal HF

Fokus/aksjonstavle. Loggfører førte referat fra alle møter i logg HelseCIM. Situasjonsplott ble vist på videovegg og ført på White Board tavle. Bilde 2 viser sentral krisestab under aksjonen.

Under aksjonen hadde beredskapssjef som er leder i sentral krisestab dialog blant annet kontakt via telefon direkte med beredskapssjef regionalt traumesenter, beredskapssjef regionalt helseforetak og Vakthavende i helsedirektoratet.

Ansvarlig for Hovedredningssentralen i Sør Norge politimester Hans Vik i Sør-Vest politidistrikt kommenterte hendelsen på pressekonferanse 24.mars 2019.



Bilde 2: Sentral krisestab i arbeid ved Viking Sky hendelsen.

«Dette var ei svært alvorleg hending med stort potensial med omsyn til skadde og omkomne. No er situasjonen stabil. Heldigvis har det gått bra. Men det var svært kritisk og alvorlig laurdag ettermiddag og kveld» (NRK. no. lastet opp 29.juli.2019).

Sykehuset i Kristiansund var ett av sykehusene som ble satt i gul beredskap og tok imot 12 pasienter fra hendelsen. Sykehuset ble også øvd fullskala med masseskade i samband med Nasjonal Helseøvelse 2018 og konstituert seksjonsleder ved akuttmottaket beskriver at øvelsen gav mange læringspunkter som sykehuset fikk bruk for ved «Viking sky» hendelsen (Tidens krav, 30.03.2019).

5.1.9 Oppsummering dokumentstudier

I dette kapitlet har forfatter tatt for seg relevante nasjonale, regionale føringer i form av lover, forskrifter, prinsipper samt overordnet planverk for helse- og sosialsektoren på nasjonalt og regionalt nivå. Prosjektrapport fra Helse Sør-Øst som omhandler 11 helseforetak er tatt med i tillegg til erfaringer fra reelle hendelser og en stor nasjonal helseøvelse. Det er lite beskrevet i rapportene etter 22. juli hvordan man praktisk utførte beredskap- og kriseledelse i hendelsen. Det skinner allikevel gjennom at det har vært utfordringer knyttet mot koordinering mellom helseforetak og involverte sykehus samt forskjeller i planverk og stor variasjon i bruk av krisestøttesystemet HelseCIM. Mange veiledere med prehospitalt fokus er utarbeidet som respons på forbedringspunkt. Forskjeller i planverk, organisering av

beredskap/kriseledelsen går også igjen i prosjektrapporten som er omtalt. Evaluering etter Nasjonal helseøvelse 2018 beskriver god effekt av kompetansehevende aktiviteter relatert til beredskap/kriseledelse, men der er fortsatt en vei å gå før man utfører dette i henhold til «best praksis». I tillegg har man fortsatt store forskjeller i bruk og oppsett av HelseCIM som omtalt i rapportene etter 22. juli hendelsen. Viking Sky hendelsen viser at kompetanseløftet innen beredskapsledelse har hatt effekt relatert til å øve og benytte en metodikk i utførelsen av kriseledelse.

5.2 Intervjuer

Kapittelet viser resultatene fra de analyserte intervjuene. Fokuset er relatert til problemstillingen og de tre hjelpespørsmålene som går på organisering av beredskapsledelsen, hvordan de trener/øver og hvordan beredskapsledelsen jobber metodisk i krisehåndteringen. Det er derav naturlig at inndeling av funn i intervjuene blir strukturert etter disse overskriftene. I tillegg blir relevante funn tatt med fra informantene som ble intervjuet i 2017 i forbindelse med en prosjektoppgave ved Universitetet i Stavanger.

Disse 6 informantene jobber i andre helseforetak enn de ni informantene fra denne oppgaven. Noen av spørsmålene fra disse intervjuene har likhetstrekk med spørsmålene som ble stilt i denne oppgaven. Det er derav relevant å ta med momenter fra disse for å øke bredden og se om der har vært noen endringer i fokus i løpet av disse to årene.

5.2.1 Hvordan trener og øver beredskapsledelsen i lokale helseforetak

Informantene ble utfordret på hva som er de største forskjeller på trening og øvelser og reelle situasjoner? En av informantene vektlegger følgende: «*Det er at man ikke kan gjøre ting om igjen*». En annen informant beskriver at det ikke er så store forskjeller såfremt øvelsen er realistisk og nært opp til virkeligheten. Informanten beskriver dette slik:

«For den som er «main training audience», og hvis øvelsen er lagt godt til rette så føler man på mye av det samme, man får mye av de samme problemstillingene. Man får mye av de samme emosjonelle eller mentale følelsene. En god øvelse er i stor grad likt en reell situasjon».

13 av 15 helseforetak har hatt fokus på å trene stabsmetodikk for beredskap/kriseledelsen de siste to årene. Flertallet av helseforetakene har benyttet seg av tilnærmingen til metodikken via «*øvingspakke for beredskapsledelse*» og nettbasert kurs utarbeidet og finansiert av Helse Midt Norge og utarbeidet i samarbeid med Ivar Konrad Lunde. Dette som en del av prosjektet nasjonal helseøvelse 2018. Ett helseforetak har hatt to dagers opplæring med instruktører fra Politiet som driver med stabsopplæring i egen etat. Informanten fra dette foretaket beskriver det slik: «*Den opplæringa ble tatt godt imot, og alle sammen møtte opp, og vi kjørte øvelse i tillegg*». Samme informant beskriver realismen når de øver slik: «*Han er så engasjert at det blir rimelig reelt oppi stabsrommet der*». Dette støttes av informant fra et større traumesykehus som sier følgende:

«Det er ingen forskjell på seriositeten under øvelser ift vanlige hendelser. Man ser det på operasjonelt nivå ift koordinering av operasjonsstuer og prehospitalt. Man ser det også på strategisk nivå og på sentral krisestab. Det er alvor i øvelser, man later ikke som, man er tilstede helt og fullt, man prøver å gjøre det helt og fullt. Så vet man at man blir man evaluert i etterkant og da vet man at man må prøve å simulere godt»

Hvordan helseforetakene trener og øver sin beredskap/kriseledelse ble spurt om til informantene i ni helseforetak i 2019. Alle helseforetakene har hatt tradisjon for å øve beredskap/kriseledelsen i samband med fullskaløvelser arrangert av øvingsutvalg via lokal redningssentral (LRS), eller tilsvarende. Disse øvelsene er sjeldne og i snitt en gang i året. Noen av informantene mener at man ikke får godt nok øvingsutbytte i forhold til ressurser som legges i både planleggingen og gjennomføringen og vil heller fokusere på mindre øvelser som diskusjonsøvelser og funksjonsøvelser. En av informantene beskriver dette slik:

«Nytteverdien og læringseffekten av fullskaløvelser, for det er nok oppskrytt. For vi ser, når vi begynner å gå inn å analysere dette her, og ser på evalueringene, fra de forskjellige øvelsene, så bestemte vi at vi ikke skulle fokusere på fullskaløvelser. Både kostnadmessig så er det dyrt. Det andre er at det legges forferdelig mye ressurs og tidsbruk på det».

En annen informant kommenterer egen erfaring etter en stor fullskaløvelse:

«Jeg merker selv under øvelser, spesielt øvelse xxx(sensurert), der man ser at arbeidspresset under øvelsen blir så stort at det reduserer kognitiv kapasitet. Man merker jo det. Da er øvelsen bra!»

Dedikert trening for beredskap/kriseledelsen der de møtes og gjennomfører diskusjonsøvelser varierer fra to faste trening/øvelser i året til møter hver måned. Der beredskapsutvalg er tilnærmet sammenfallende med beredskap/kriseledelsen i helseforetaket så gjennomføres også trening og øvelser der. Flere helseforetak har også fokus i en del av disse møtene på å trene på oppkobling av IKT systemer som benyttes ved beredskapshendelser. Trening i bruk av HelseCIM gjennomføres hos noen som mindre tekniske øvelser der brukerne skal koble seg opp og gjøre noen handlinger i CIM som de får i oppdrag å gjøre. Ett helseforetak beskriver lav terskel for å varsle beredskapsledelsen ved hendelser og at dette gir god trening relativt ofte. En av informantene beskriver dette slik: *«Vi øver på den metodikken hver gang vi har en reell hendelse og en øvelse»*. Ett helseforetak kjører øvelser basert på tidligere reelle hendelser i helseforetaket. Informanten beskriver dette slik: *«Det øvelsene vi har kjørt på dem er hendelser som har skjedd, slik at de har fått opp igjen det som har skjedd tidligere, og da ser vi at i de øvelsene tar de mere gode beslutninger enn de har gjort tidligere»*

5.2.2 Hvordan er beredskapen i helseforetak organisert blant 2019 informantene

Syv av helseforetakene sin ledelse på strategisk nivå består stort sett av den daglige ledelsen. De to andre helseforetakene har en tilpasset beredskapsledelse med spesielt utvalgte funksjoner. Felles for alle er at administrerende direktør sitter der, men har ulike funksjoner. I noen helseforetak leder han beredskapsledelsen, mens i andre helseforetak har han en mer fri rolle, men er med på overordna beslutninger. Benevnelsen er også forskjellig. Fire av foretakene benevner ledelsen som enten katastrofeledelsen eller kriseledelsen. Ett annet foretak kaller dette sentral kriseledelse. Tre helseforetak benevner dette som beredskapsledelsen og ett helseforetak kaller dette strategisk ledelse. En informant beskriver helseforetak sin kriseledelse slik:

«Jeg vil si det sånn at så lenge man har samlet de som leder sin del av organisasjonen til vanlig, og som kjenner sin organisasjon ut og inn, helt ned til seksjon og nesten enkeltperson nivå. Så setter du disse i samme rom. I min verden så er det en veldig god form for kriseledelse»

Det operasjonelle nivået er også organisert ulikt og benevnes med ulike begrep. I tre av helseforetakene ledes dette av beredskapssjef. Dette benevnes som krisestab i to av disse foretakene og taktisk ledelse i det ene foretaket. I to av foretakene ledes dette av klinikkssjefer på de somatiske sjukehusene. Klinikksjefene har en dobbeltrolle i det ene helseforetak da de også er medlemmer i helseforetaket sitt strategiske nivå. Ett helseforetak har definert det operasjonelle nivået til felles AMK sentral som blir driftet av annet helseforetak. I dette helseforetaket er det etablert en mindre stab i akuttmottak og består av noen avdelingssjefer. Ett annet helseforetak har etablert lokalt utøvende team ved somatiske sjukehus. Disse blir ledet av klinikkssjef som sitter sentralt i kriseledelsen ved det største sjukehuset. Ett mindre helseforetak har slått sammen strategisk og operasjonelt nivå til en beredskapsledelse og informanten sier det slik: «*Det er ikke direktørens ledergruppe som sitter der, men spesielt utplukka folk*». Ett stort helseforetak med traumesenter har bygd opp systemet i henhold til den daglige driften, og der er ikke definert noe operasjonelt nivå, men oppgavene blir ivaretatt i den enkelte klinikk og avdeling.

5.2.2.1 Organisering av beredskapsledelse oppsummert fra informanter 2017

Alle helseforetakene har en beredskapsledelse på strategisk nivå. I store trekk samsvarer dette med helseforetakets topledere. I to av helseforetakene er det en miks av strategisk og operasjonelt nivå i samme rom. Begrepsbruken er også her forskjellig. Eksempel på ulik begrepsbruk om samme nivå er kriseledelse, K-ledelsen, Strategisk beredskapsledelse. En av informantene fra 2017 beskriver den øverste beredskapsledelsen i sitt helseforetak på denne måten:

«Det er ikke slik at disse samles automatisk i ett rom ved rød beredskap. De blir kalt inn til møter. Dette fordi hvis det skal være noen hensikt å ha møter på dette nivået må de ha noe å fortelle. Det er ikke beredskapstaben som skal fortelle klinikklederne hvordan situasjonen er i deres klinikk. Det er klinikklederne som skal orientere hverandre hvordan dette har påvirket sjukehuset. Dette betyr at når de får varsel på telefonen sin om rød beredskap, så er det egen klinikk de skal ha fokus på i første omgang»

Det er heller ikke på operasjonelt nivå en enhetlig begrepsbruk. Noen kaller dette taktisk nivå, mens andre benytter operasjonell stab, operasjonelt nivå, mens noen helseforetak ikke benytter disse begrepene. Begrepet operativt blir også benyttet forskjellig. De helseforetakene

som ikke har beskrevet disse nivåene beskriver strukturen som den linjeledelsen som fungerer til daglig. Fire av informantene beskriver en sentral ledelsesenheter mellom direktøren sin ledergruppe og det utøvende nivået.

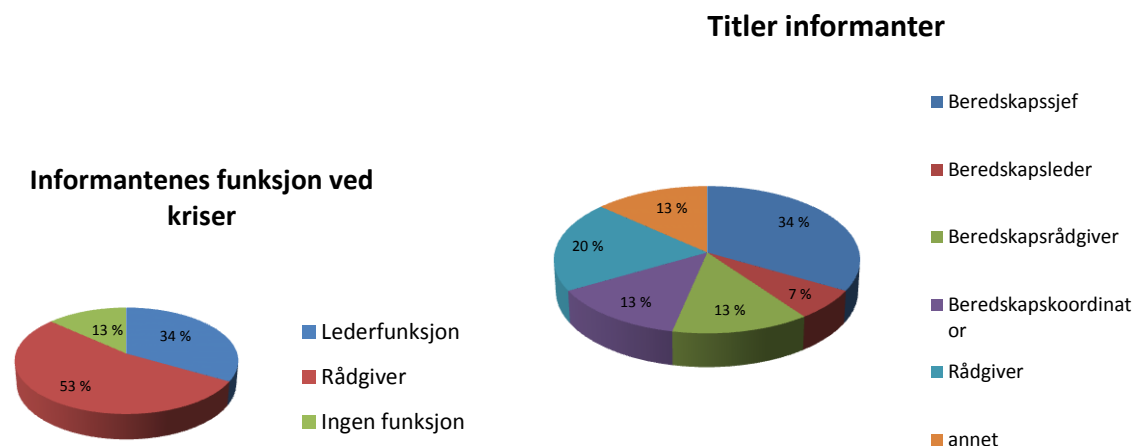
5.2.2.2 Informantenes funksjon ved beredskap/krisehendelser

Det kan i denne kontekst være interessant å se på hvilken funksjon informantene har ved beredskap- og krisehendelser, og hvor de er plassert i organisasjonen. I tabell 16 er helseforetaket sin overordnede ledelse satt opp som strategisk ledelse og mellomledernivået som operasjonell ledelse. Informantenes funksjon ved kriser er også illustrert i figur 30. Figur 31 viser forskjeller i titler.

Helseforetak	Tittel	Plassering i beredskapsorganisasjonen	Funksjon
Helseforetak 1	Beredskapsrådgiver	Strategisk nivå	Rådgiver
Helseforetak 2	Leder stab brann, sikkerhet og beredskap	Strategisk nivå Operasjonelt nivå	Sikkerhetsleder Stabssjef egen klinikk
Helseforetak 3	Beredskapssjef	Operasjonelt nivå Strategisk nivå	Leder Krisestab Rådgiver
Helseforetak 4	Beredskapssjef	Operasjonelt nivå Strategisk nivå	Leder krisestab Fasilitator/rådgiver
Helseforetak 5	Seksjonsleder beredskap og XXXX	Strategisk nivå	Rådgiver
Helseforetak 6	Spesialrådgiver Beredskap	Strategisk nivå	Rådgiver
Helseforetak 7	Beredskapsleder	Strategisk og operasjonelt nivå er sammenslått	Rådgiver
Helseforetak 8	Spesialrådgiver beredskap	Strategisk nivå	Rådgiver/Loggfører
Helseforetak 9	Beredskapskoordinator	Ingen funksjon ved beredskapshendelser	Rådgiver
Helseforetak 10	Beredskapsrådgiver	Strategisk ledelse.	Fasilitator/rådgiver
Helseforetak 11	Beredskapssjef	Strategisk ledelse	Rådgiver og Stedfortreder for Adm. Dir. og Ass. dir.
Helseforetak 12	Beredskapskoordinator	Operasjonelt nivå	Leder operasjonell stab når vakt.

Helseforetak 13	Beredskapssjef	Operasjonelt nivå	Leder kriseledelsen på operasjonelt nivå
Helseforetak 14	Beredskapssjef	Strategisk nivå	Rådgiver og støttefunksjoner
Helseforetak 15	Rådgiver	Ingen funksjon ved beredskapshendelser	Rådgiver

Tabell 16: Informantenes funksjon ved beredskap- og krisehendelser



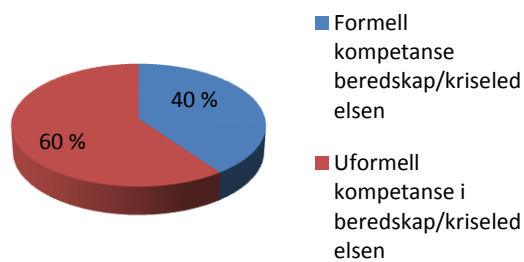
Figur 30: informantenes funksjon

Figur 31: Oversikt titler

5.2.2.3 Erfaring og kompetanse i beredskap og kriseledelsen

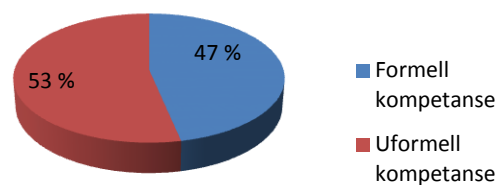
Kompetanse for medlemmer i beredskapsledelsen varierer og det er stor spennvidde. Formell kompetanse defineres her som studie/kurs som gir studiepoeng. Uformell kompetanse favner all erfaring, reelle hendelser, kurs, trening og øvelser. Figur 32 viser hvordan dette fordeler seg mellom alle 15 helseforetakene. Alle har personell med uformell kompetanse i sin beredskap/kriseledelse, mens noen har enkelte med formell beredskapskompetanse tilgjengelig. De som har formell kompetanse har dette fra master og bachelor nivå i tillegg til tre informanter som har dette fra tidligere yrkesbakgrunn. Kompetansen mellom informantene fordeler seg noenlunde likt mellom formell og uformell kompetanse. Se figur 33.

Beredskapsfaglig kompetanse i beredskap/kriseledelsen



Figur 32: Beredskapskompetanse

Beredskapsfaglig kompetanse blant informantene



Figur 33: Beredskapskompetanse hos informanter

Informantene fra både 2019 og 2017 ble utfordret på hvilken beredskapsfaglig kompetanse medlemmer i beredskap/kriseledelsen bør inneha.

To informanter ønsker seg opptil 14 dagers kurs som grunnpakke beredskap innen helse. En av informantene refererer til Politiet sin stabsopplæring og mener de er en god tilnærming der hele staben er samlet over fysisk noen dager. Det er overvekt av informanter fra både 2019 og 2017 som fremhever viktigheten av at de som sitter i beredskap/kriseledelsen må kjenne organisasjonen godt og opplæring i beredskap bør være av kortere varighet med fokus på stabsmetodikk. Flere sier også at den som har beredskapsrådgiver funksjonen i helseforetaket bør ha god beredskapsfaglig kompetanse som er mer omfattende enn de som er medlemmer i beredskap/kriseledelsen. Ett av helseforetakene har satt krav til bachelor eller masterkompetanse for denne funksjonen. En informant fra ett mindre helseforetak sier dette:

«jeg skulle ønske at det var ett kurs på en uke/14 dager for folk i beredskap/kriseledelsen. Der kunne man fått opplæring i beredskapsteori, metodikk, redningsledelse med mer».

8 av 9 informanter fra 2019 nevner proaktiv stabsmetodikk som viktig kompetanse for beredskap og kriseledelsen. To av seks informanter fra 2017 ønsker fokus og terping på proaktiv stabsmetodikk, og en informant ønsker en metodikk for hvordan man setter stab og hvordan man skal jobbe. Tre av informantene beskriver dette slik:

«Det er lite realistisk å tenke at alle som sitter i kriseledelsen skal ha studiepoeng innen beredskap, men jeg mener at alle som sitter i kriseledelsen skal ha opplæring i metodikken som kriseledelsen skal fungere etter».

«Jeg tror ikke det er nødvendig å stille krav til høyskoleutdanning eller tilsvarende for medlemmer beredskap/kriseledelsen. Kravet bør være på funksjonsretta kurs der man skjønner hva proaktiv metode er. At man skjønner forskjellen på driftsledelse og beredskapsledelse, har kjennskap til planverk og har utsjekk regelmessig på verktøy man skal bruke».

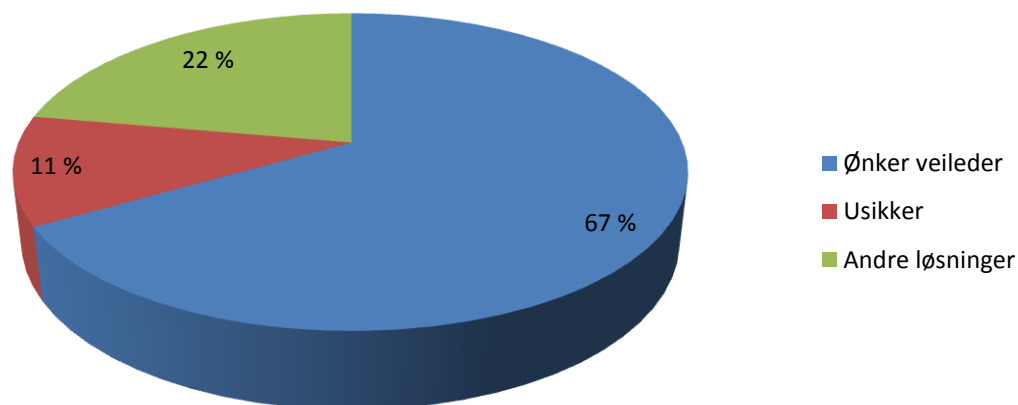
«Viktig å erkjenne at beredskap ikke er en del av profesjonsutdanningen innen helse. Dette krever tilførsel av kompetanse. Vi har med bakgrunn i kontakt med Politi, forsvar, oljeindustri kommet fram til «hva gjør vi nå»? Da ser vi at det er en vel anvendelig metode/verktøy å benytte proaktiv stabsmetodikk».

Etter 22. juli hendelsen i 2011 i regjeringskvartalet og på Utøya er det produsert flere veiledere for helsetjenesten. Informantene fra 2019 ble spurt om hva de mener om en eventuell veileder som beskriver beredskapsledelse i helseforetak. Flere av informantene viser til at helseforetak er organisert forskjellig. De mener at en veileder kan være en god tilnærming, men bør være overordnet og bidra med momenter som er felles for alle helseforetak uansett organisering. Flere viser også til Nasjonal helseøvelse 2018 og den retningen man valgte med proaktiv stabsmetodikk. En av informantene hadde mer tro på regional tilpasning *«Jeg mener det er regionalt vi må begynne. Vi må finne vår metode, og vår måte å gjøre ting på i første omgang»*. En annen informant mener følgende om en veileder:

«Jeg tror at veilederen ikke bør være så detaljert at den legger rammer som ikke passer alle helseforetak. Det vil være fornuftig med proaktiv stabsmetodikk, det å bygge situasjonsbilde, forklare forskjeller på daglig ledelse og beredskapsledelse, hvordan samvirke med andre beredskapsaktører og kommunikasjonslinjene»

Svarene fra informantene er visualisert i figur 33

Nasjonal veileder for beredskapsledelse i helseforetak



Figur 34. Oversikt blant informantene fra 2019 relatert til en nasjonal veileder for beredskapsledelse i helseforetak

5.2.2.4 Hva er de største utfordringene for beredskap og kriseledelsen i helseforetak

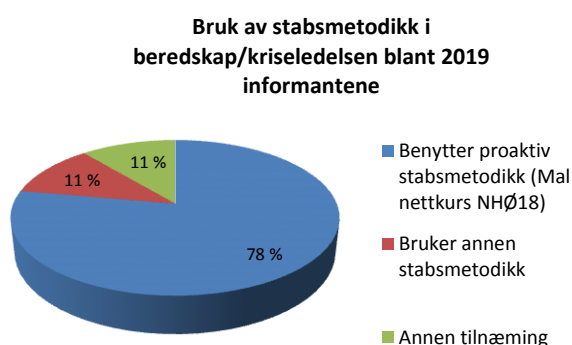
Her oppsummer jeg funn fra informanter både fra 2017 og 2019. Informantene fra 2019 har noe forskjellige oppfatninger på hva som er de største utfordringene, men det er gjennomgående hos de fleste at det er for lite tid avsatt til trening og øvelser på disse nivåene. En informant beskriver: «Vi kommer ofte til kort når det gjelder prioritering av beredskapsarbeid, trening og øvelser, og vi får da trent/øvd for lite». Spesielt er toppledernivået utfordrende å få trent nok. En av informantene sier følgende: «Den største utfordringen vil jeg si er tid. Når man har plassert klinikkdirektørene inn i beredskapsledelsen, så blir jo bare beredskap en ekstra jobb i tillegg til ordinær drift». Flere nevner også utfordringer med å få prioritert trening og øvelser i en travel hverdag, og en annen informant sier dette slik: «Tid og dedikasjon og ikke minst at beredskap er en av minst tusen ting». En av informantene mener at dette må tydeligere inn i oppdragsdokumentet fra det regionale helseforetaket. Bedre struktur i HelseCIM er også nemt av to informanter.

Informantene fra 2017 har også forskjellige oppfatninger om utfordringene, men flere mener at sjukehus og somatiske helseforetak er kompliserte og store organisasjoner. En nevner også

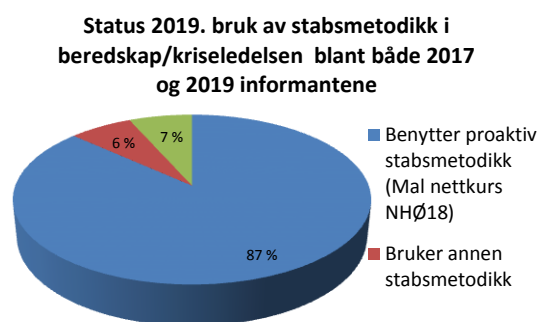
utfordringen med tverrgående divisjoner/klinikker som går på kryss og tvers mellom sjukehusene og beskriver utfordringer med å få til beredskapsarbeid. En annen nevner at man skal ha beredskap for mange ulike hendelser og man finne løsninger for å håndtere dette i praksis. Det beskrives også at mange er involvert ved ulike hendelser.

5.2.3 Hvordan jobber helseforetaket sin beredskapsledelse metodisk ved krisehåndteringen?

Av helseforetakene som ble intervjuet i 2019 bruker syv av ni proaktiv stabsmetodikk i sin beredskap/kriseledelse. Ett helseforetak har fått opplæring i og benytter tilnærmet samme stabsmetodikk som i Politiet. Ett helseforetak benytter annen tilnærming men gjennomfører innledende møter og etterfølgende statusmøter der drøfter og analyserer situasjonen og ut fra dette tar beslutninger. Alle syv som bruker proaktiv stabsmetodikk gjør dette etter mal fra nettbasert opplæring utviklet under nasjonal helseøvelse 2018 (NHØ 2018) i samarbeid med Ivar Konrad Lunde. Figur 35 viser bruk av stabsmetodikk fra 2019 informantene. I figur 36 er oppdatert status fra helseforetakene som ble undersøkt i 2017 lagt til.



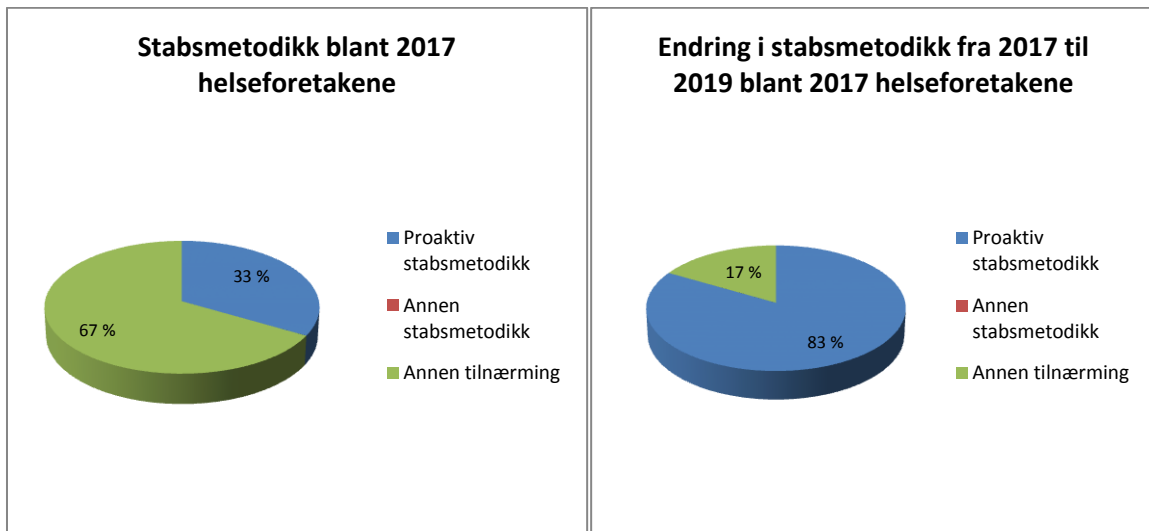
Figur 35: Proaktiv stabsmetodikk blant 2019 informantene



Figur 36: Proaktiv stabsmetodikk blant både 2017 og 2019 informanter

Av helseforetakene som ble intervjuet i 2017 benyttet to av seks proaktiv stabsmetodikk som Lunde (2014) beskriver. Det ble i juni 2019 tatt kontakt de helseforetakene og spurt om hvilken stabsmetodikk de bruker i dag. Det er gjort en oppfølgingsrunde mot foretakene som ble intervjuet i 2017 for å se om der har vært endringer. Tre av disse har da hatt opplæring og

innført metodikken. Figur 36 viser bruk av stabsmetodikk i fra Helseforetak intervjuet i 2017. Figur 37 viser endringene for de samme foretakene i 2019.



Figur 37: Bruk av stabsmetodikk

Figur 38: Bruk av stabsmetodikk 2019

Flertallet av informanter både fra 2017 og 2019 fremhever viktigheten av at medlemmer av beredskap/kriseledelsen må ha god kjennskap til egen organisasjon, og dette er av noen få vektet høyere enn at alle i beredskap/kriseledelsen har kompetanse og kjennskap til en stabsmetodikk. Flertallet av informantene fremhever viktigheten av å ha en stabsmetodikk. Etter øvelser med stabsmetodikk beskrives en informant fra ett større akuttsykehus det slik: «Svaret er ubetinget ja på at vi har hatt nytte av øvelser og den proaktive metodikken. Det er fordi det er en veldig rasjonell måte å jobbe på. Det har effektivisert beredskapsledelsen veldig ved å jobbe etter den arbeidsmetodikken».

Ni av 15 helseforetak har etablert egen funksjon som loggfører i beredskap/kriseledelsen. I de seks andre helseforetakene varierer dette fra at alle kan skrive i HelseCIM til at det er beredskapsrådgiver/koordinator som skriver. Flere av informantene beskriver en sårbarhet i forhold til å ha for få medlemmer i beredskap/kriseledelsen som kan benytte funksjonene i HelseCIM godt nok.

5.2.3.1 Hvordan etableres felles situasjonsforståelse

En av informantene beskriver grunnlaget for en god struktur og situasjonsforståelse på denne måten: «Hvis du har en god kriseledelse, så har du en god stabs struktur der stabsmetodikken

følges. Da får man lik situasjonsforståelse, alle får uttale seg før en avgjørelse blir tatt. Det mener jeg er en god kriseledelse og evnen til å være i forkant, og tenke både taktisk og strategisk»

Helseforetakene er ulikt organisert, noen har ett somatisk sykehus og andre har flere somatiske sykehus med lange avstander imellom. Det er også stort spenn i størrelse som varierer fra det største med omlag over 20 000 ansatte til det minste med 3000 ansatte. Informantene fra både 2019 og 2017 har ulik tilnærming til hvordan man etablerer situasjonsforståelse. En informant fra ett større sykehus svarer slik på spørsmål om situasjonsforståelse: *«Situasjonsforståelse for hvem? Strategisk nivå eller operasjonelt nivå? Tolkninger av situasjonsbilde vil være avhengig av hvem som sitter på de forskjellige plassene. De samme fakta kan bli tolket på ulike måter».*

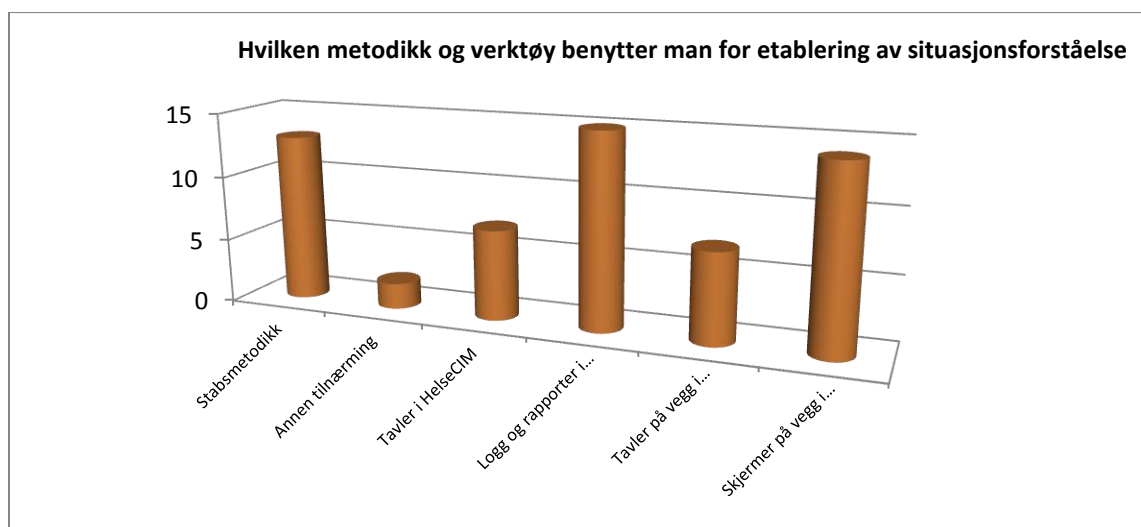
I denne oppgaven vil dette avgrenses til strategisk og operasjonelt nivå der informantene både beskriver prosess og hvilke verktøy de benytter for å etablere situasjonsbilde og deretter situasjonsforståelse i beredskap/kriseledelsen.

Alle helseforetakene har i en eller annen form dedikerte beredskap/stabsrom der beredskap/kriseledelsen møter ved mobilisering. I helseforetak med egen AMK sentral beskriver flertallet av informantene både fra 2017 og 2019 at disse rommene er plassert nært tilknyttet helseforetakets AMK sentral. I de tre helseforetakene som ikke har egen AMK sentral har man også egne beredskaps/stabsrom i sykehuskroppen.

HelseCIM ble av helsedirektoratet innført rundt 2012 som rapporteringssystem i spesialisthelsetjenesten med felles rapport mal. Siden innføringen har det skjedd en omfattende utvikling av CIM og der finnes nå mange moduler og mulighet for skreddersøm tilpasning (Nettside: <https://cim-no.f24.com/>). Flere av helseforetakene benytter HelseCIM proaktivt og for å dele informasjon. Fem av ni helseforetak benytter i 2019 tavler som er satt opp etter den metodikk helseforetaket benytter. I 2017 var det kun to av seks helseforetak som brukte tavler proaktivt. Felles for både 2017 og 2019 helseforetak er at flere har tavler tilgjengelig men de brukes ikke. En av informantene sier det slik: *«Jeg har laget rapportmaler i HelseCIM. Jeg synes ikke tavler fungerer like godt. Jeg har jo tavler liggende».* Tavlene som er satt opp er også ulikt satt opp og nesten tilpasset i skreddersøm i de forskjellige helseforetak. Bruk og oppsett varierer fra at man benytter tavlene kun på strategisk nivå i

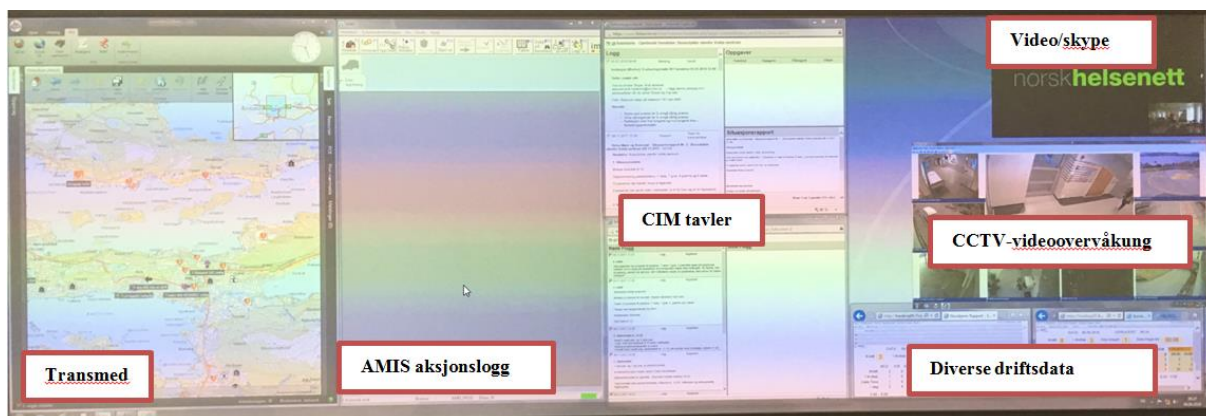
rommet til å dele situasjonsbilde og forståelse mellom alle nivå i organisasjonen. Alle helseforetakene har tilgang til og bruker logg og rapporter i HelseCIM som fulgte med i basisversjonen. En av informantene som nylig har begynt å bruke CIM med tavler benyttet dette ved en reell hendelse og beskriver dette slik: «*Det var første gang vi kjørte HelseCIM i operasjonell-ledelse med bruk av tavler, og det var egentlig bare great success*». En annen informant med erfaring i bruk av tavler utdyper dette: «*Kriseledelsen sitter på forskjellige plasser. Vi prøver å distribuere situasjonsbildet som den enkelte har slik at det er synlig for alle sammen. I sentral krisestab prøver vi å sammenfatte, hvordan tolker vi det, hva mener vi komme til å skje her. Så skriver vi det slik at det er tilgjengelig og synlig på tavlene for de andre krisestabene*»

Noen av disse metodene for å etablere situasjonsbilde som omtalt ovenfor er vist i figur 39.



Figur 39. Noen metoder for etablering av situasjonsbilde og forståelse i undersøkte helseforetak

I beredskapsrommene har 14 av 15 helseforetak fra undersøkelsene i 2017 og 2019 flere skjermer på vegg for visning av ulike logger, rapporter, tavler og driftsdata. Figur 40 viser eksempel på oppsett av skjermflate på videovegg. Eksempler på oppsett av tavler i CIM er vist i vedlegg A.



Figur 40. Eksempel på oppsett av videovegg/skjermmflate

Flertallet av helseforetakene har i tillegg tavler på vegg der man kan notere momenter fra møter i beredskap/kriseledelsen. Flere av helseforetakene har speilet innholdet på tavler i HelseCIM med tavler på veggen. Noen helseforetak har disse tavlene i mindre format på papir eller rull. Figur 41 viser eksempel på førstemøte og fokus/aksjonstavle og Figur 42 viser eksempel på strategisk førstemøtetavle utarbeidet for Helse Møre og Romsdal HF tilpasset fra Lunde (2019).

FØRSTEMØTE		AKSJONER				
OPPGAVER		TID	AKSJON	ANSVARLIG	ETU	TU
Oppstart: [] Avsluttet: []						
Hva har skjedd? Fakta om hendelsen og involverte mennesker. Hvilke aksjoner er iverksatt?						
Hendelsespotensial? -Mennesker -Ytre miljø -Økonomiske verdier						
Hva gjør vi? For å håndtere potensielle.						
Hva trenger vi? Ressurser: Interne og eksterne.						
Varsling? Internt og eksternt.						
Konsekvenser for drift? Normal-Redusert-Stans?						
Andre forhold? Med og/eller mot?						
AVSLUTT MED FOKUS!						

Figur 41. Eksempel førstemøtetavle operasjonelt og taktisk nivå og fokus/aksjonstavle for vegg/papir tilpasset etter Lunde (2019).

STRATEGISK FØRSTEMØTE	
<p>Oppstart: <input type="text"/></p> <p>Avsluttet: <input type="text"/></p>	
<p>Situasjon taktisk nivå: Fakta om hendelsen og involverte mennesker. Hvilke aksjoner er iverksatt? Hvem ivaretar taktisk nivå?</p> <p>Situasjon operasjonelt nivå: Er operasjonell stab etablert? Hvem ivaretar operasjonelt nivå?</p> <p>Situasjon Strategisk nivå: Hvem er varslet? Hvilke aksjoner er iverksatt?</p>	
<p>Strategisk potensial:</p> <p>a. Vurder strategisk potensial for: Mennesker, Ytre miljø, Økonomiske verdi, Omdømme. Vurder konsekvenser for kortsiktig og langsiktig drift.</p> <p>b. Vurder andre forhold som kan påvirke det strategiske potensialet negativt eller positivt.</p> <p>c. Definer det strategiske potensialets innvirkning på virksomheten:</p> <p>Nivå 1 Nivå 2 Nivå 3 Nivå 4 Fordi:</p>	
<p>Strategisk plan: Kortsiktig: første 24 timer.</p> <p>Langsiktig: Utover 24 timer.</p> <p>AVSLUTT MED FOKUS!</p>	

Figur 42. Eksempel på førstemøtetavle strategisk nivå for vegg/papir tilpasset etter Lunde (2019).

5.2.3.2 Beslutninger i beredskap/kriseledelsen

Beslutninger ved varsling og mobilisering er for alle helseforetakene delegert via beredskapsplanverket. Tilnærmingen er ulik i forhold til hvem og hvordan man beslutter beredskapsnivå. Noen har beredskapssjef i vakt og er tilgjengelig på telefon. Andre har delegert dette vakthavende leger (ofte Anestesi), AMK sentral eller alarmteam som består av flere ressurser som er på vakt. En av informantene fra 2017 sier dette slik:

«Vi skiller mellom det som er helt åpenbart og der det er tvil. Hvis det er tvil ville vi utløst en konferansealarm der beredskapsleder i vakt, viktige vaktressurser på sjukehuset og prehospital ledere er i konferanse med hverandre. Da beslutter den som er vakthavende på beredskap hvilke vider tiltak som skal gjøres»

Alle helseforetak i undersøkelsen både fra 2017 og 2019 benytter fargekoder ved beredskapsheving. Det er stor variasjon mellom helseforetakene i hva den enkelte

beredskapsnivå genererer av mobilisering og tiltak. I noen helseforetak må rød beredskap klareres med beredskapssjef. Tabell 17 viser eksempel på beredskapsnivå i helseforetak.

RØD BEREDSKAP Mobilisering av betydelige ressurser og omlegging av drift
GUL BEREDSKAP Begrenset mobilisering av ekstra ressurser
GRØNN BEREDSKAP Beredskapsledelse etableres, enkeltfunksjoner kan forsterkes
HVIT NORMALBEREDSKAP Normaldrift

Tabell 17: Eksempel på beredskapsnivå i helseforetak.

Noen helseforetak benytter innledningsvis telefonkonferanse og/eller *skype* møte for strategisk ledelsesnivå. Ved lengre aksjoner møtes disse om mulig fysisk i sine beredskap/stabsrom. Noen helseforetak kaller bare inn den strategiske ledelsen ved røde beredskapsnivå, mens andre helseforetak kalles de inn ved alle beredskapsnivå utover normalberedskap. Det er ett generelt inntrykk at helseforetak med flere sykehus og med til dels lange avstander ofte må benytte tekniske løsninger som telefon, videokonferanse/skype konferanse for å møtes. I helseforetak med ett sykehus så møtes man primært fysisk. En av informantene sier dette om dialog mellom ledelsesnivåene:

«Det at det er en dialog mellom strategisk-, operasjonell- og taktisk ledelse er nok også en stor suksessfaktor som gjør at riktige beslutninger gjøres på riktig nivå – samt man unngår å gjøre dobbelt arbeid – som man gjerne ser dersom man har manglende dialog mellom ledernivåene».

Helseforetak som har ett operasjonelt nivå møtes primært fysisk i beredskap/stabsrom. Ofte knyttet nært mot AMK sentral. Dette vil forfatteren beskrives som ett team eller gruppe mellom helseforetaket sin strategiske ledelse og utøvende helsepersonell. Hvem som er medlemmer i dette nivået varierer med både antall sykehus, hvordan helseforetaket er organisert og størrelse. En fellesnevner er at dette ofte ligger på avdelingssjefsnivå, men noen helseforetak har en blanding av personell på vakt og enkelte klinikksjefer. Der er også

ulikheter i funksjon der flere har delegerte fullmakter for å beslutte på vegne av administrerende direktør, mens noen har en mer rådgivende funksjon. Ett helseforetak uten AMK funksjon viser til at det operasjonelle nivået blir ivaretatt av AMK sentral i annet helseforetak.

Når beredskapsledelsen er samlet så jobber alle 15 helseforetakene til informantene kollektivt i grupper og tilnærmet som team. Alle har også definert en leder som skal lede prosessen i beredskap/kriseledelsen. I de fleste helseforetakene er den strategiske ledelsen lik eller tilnærmet lik helseforetakets ordinære ledelse ofte supplert med beredskapsrådgiver eller tilsvarende. Ni av informantene bruker begrepet «*sette stab*» når beredskap/kriseledelsen er mobilisert. Flertallet av disse benytter dette begrepet knyttet mot operasjonelt nivå. To av helseforetakene har benevnt dette som operasjonell stab.

Når beredskap/kriseledelsen er satt så tas beslutningene på disse nivåene hos alle 15 helseforetakene i tilknytning til møter. En av informantene beskriver at dette har blitt bedre etter at man har innført en stabsmetodikk og sier følgende: «*Før når vi hadde møte så kunne noen være på do, og når man kom tilbake kunne avgjørelsen være tatt, men når man ha ren metodikk der man krysser av i lista at alle har fått uttalt seg og vi blir enige om en felles situasjonsforståelse*».

En informant er tydelig på at struktur er viktig. «*At man har en klarere struktur på rapportering og møteledelse i kriseledelse – bidrar etter min forståelse til at man blir bedre til å ta beslutninger*». En annen informant beskriver viktigheten med å trene på dette og sier følgende: «*Scenariotreningen er veldig nyttig og har vært en viktig bidragsyter for å ta gode beslutninger*». Å være tilstede under beslutningsprosessene beskrives slik av en annen informant: «*Det er litt med at skjønner at man må prioritere, kan ikke springe rundt i området å skaffe informasjon når statusmøtet pågår. Da må vi være på plass*»

6.0 Drøfting

I dette kapittelet vil forfatteren se på funn og resultater relatert til valgt teori for å søke å svare ut problemstillingen. Problemstillingen min er:

Hvor godt forberedt er helseforetak sin beredskapsledelse for å kunne utføre god kriseledelse?

Problemstillingen vil være utgangspunkt og drøftingen vil relateres til de tre forskningsspørsmålene:

1. Hvordan trener og øver beredskapsledelsen i lokale helseforetak for å kunne håndtere kriser?
2. Hvordan er beredskapsledelsen i helseforetak organisert?
3. Hvordan jobber helseforetaket sin beredskapsledelse metodisk ved krisehåndtering?

6.1 Hvordan trener og øver beredskapsledelsen i lokale helseforetak for å kunne håndtere kriser?

I teoridelen av studien i kapittel 3.5 har forfatter beskrevet retningen man bør følge for god individuell og organisatorisk beredskapslæring for medlemmer på strategisk og operasjonelt beredskapsledelsesnivå i helseforetak. Denne tilnærmingen kan også benyttes på taktisk ledernivå selv om det ikke er fokus i denne studien. I dokumentstudiene som er med i studien er det ikke noen klare føringer på hvilken tilnærming man skal benytte for å trene og øve selv om regionenes beredskapsplaner og DSB sine øvingsveiledere kommer med noen anbefalinger. Informantene fra både 2017 og 2019 ble utfordret på hvilken kompetanse medlemmer i beredskapsledelsen burde inneha. De aller fleste påpeker viktigheten av å kjenne eget fag og organisasjon som den viktigste pilaren, og at opplæringen i beredskap bør være kortvarig og fokusert på stabsmetodikk. Teorien gir støtte til denne tilnærmingen ved undersøkelsen til Nesse (2016) der topplederne ble trent i funksjonell kriseledelse noe som gav effektiv kriseledelse (Johnsen et al., 2019). Forfatter mener at kjennskap til eget fag, ansvarsområde og funksjon i beredskap/kriseledelsen er grunnleggende for å kunne gjøre de riktige tiltakene ved kriser. Stabsmetodikken er oppskriften og bidrar til at man i kriseledelsen kommer frem til gode konsekvensreducerende tiltak. Både Salas et al., (2015) og Eriksen (2018) beskriver retningen og fokusområder for teamtrening. Det som er viktig i denne sammenheng er hva dette betyr for trening av beredskap/kriseledelser i helseforetak. Setter man dette i sammenheng med Læringstrappen til Sommer et al. (2019) så får man etter forfatter sin mening en god individuell kompetansebygging frem mot organisatorisk trening. Modellen fra Pollestad og Steinnes (2012) med gradvis kompetansebygging med ulike

læringsaktiviteter før man gikk inn i fullskalaøvelsen i nasjonal helseøvelse 2018 var i fokus på alle fem øvingslokasjonene. Studien har avdekket stort sprik mellom de som trener og øver mest og de som trener og øver lite. Flertallet av informantene beskriver at prioritering av tid til trening og øving er utfordrende, spesielt for toppledelsen. En av informantene beskriver dette slik: *«Jeg tror dem trenger flere øvelser og få opp engasjementet litt. Det har hos oss vært labert engasjement ift beredskap».*

Labert engasjement er ikke en akseptabel tilnærming relatert til trening og øvelse for beredskap- og kriseledelse i helseforetak. Dette må prioriteres av ledelsen spesielt av de helseforetakene som trener beredskap/kriseledelsen minst. Treningsformene for dette nivået er også lite kostnadskrevenende og kan i store trekk gjennomføres effektivt i ett møterom. En viktig del av dette er etter forfatters mening at man har fasilitatorer som har den rette beredskapskompetansen i organisasjonen og har evne til å motivere deltakerne.

Evalueringsrapporten etter helseøvelsen beskriver at de forberedende kompetansehevende aktivitetene var betydelige i forhold til å kunne håndtere hendelsene med en systematisk tilnærming. Til tross for dette beskriver evalueringsrapporten blant annet ustrukturert kommunikasjon mellom staber, man blander seg inn i håndteringen til andre ledernivå og man benytter ikke metodikken fullt ut. (Evalueringsrapport Nasjonal helseøvelse 2018, 2019). Empirien beskriver også flere informanter behovet for en felles plattform for de som er medlemmer i beredskap/kriseledelsen i helseforetak.

Med dette som bakteppe vil forfatter påstå at tilnærmingen med e-læring og casebasert skrivebordsøvelser er en tilnærming som er god vedlikeholdstrening såfremt man øver nok til å kunne fungere effektivt i team. Den vil derimot ikke erstatte en grunnopplæring for medlemmer i ett team da forfatter mener at teammedlemmene må ha en fyldigere beredskapskompetanse relatert til funksjonene man skal ivareta i helseforetaket eller sykehuset. Her er det klart ett potensiale som kan bidra til en mer effektiv kriseledelse.

Flere av informantene i helseforetak som ikke direkte deltok i øvelsen hadde gjort e-læringskurset tilgjengelig for sin beredskap/kriseledelse og gjennomført casebaserte øvelser med metodikken. Flere informanter synes dette var en god og fornuftig tilnærming med passelig omfang som man innenfor en korte funksjonsbaserte øvelser kan innføre for ledere med en hektisk hverdag. Dette er en tydelig bekreftelse på at kompetanseløftet i samband med

Nasjonal helseøvelse innen beredskapsledelse har hatt stort omfang, også utover de helseforetak som deltok i øvelsen. Dette viser at man med en systematisk tilnærming i øvingsplanleggingen kan bidra med læring til mange i store organisasjoner som helseforetak, også utover de som er direkte involvert i øvelsen.

Noen av informantene beskriver derimot at kost nytte effekten av store fullskalaøvelser er liten i forhold til ressursene som blir lagt ned i planlegging, gjennomføring og etterarbeid. Forfatter forstår kritikken og er enig i at fullskalaøvelser er krevende både i forhold til ressursbruk, planlegging, gjennomføring og evaluering, men samtidig er det mye læring i prosessen for de som deltar i planleggingen, og man må med jevne mellomrom trene hele organisasjonen for å teste ut planverk, samvirke internt og eksternt, og avdekke forhold som må rettes opp.

Dette støttes i teorien av modellen systematisk trening og øvingsarbeid til Sommer et al. (2019) vist i figur 17. Dette er etter forfatters mening ett viktig bidrag til hvordan man skal legge opp en prosess der de aller fleste kan lære noe i samband med fullskaløvelser og kost nytte effekten for organisasjonen vil være større. Dette viser også erfaringene etter nasjonal helseøvelse 2018. Det som er bra med modellen er at man ikke behøver å gå alle stegene til fullskaløvelse, men man kan stoppe på eksempelvis bordøvelse eller spilløvelse. Bordøvelser, spilløvelser eller mindre funksjonsøvelser er som nemt en hensiktsmessig tilnærming for trening av beredskap/kriseledelsen. Dette støttes av flere teoretikere (Salas et al., 2015; Eriksen, 2018; Lunde, 2019).

Sommer et al. (2019) viser i figur 12 en modell for individuell beredskapslæring. Modellen er utgangspunkt for læring alene eller sammen med et team der refleksjon er særs viktig for individuell eller læring i gruppe (Sommer et al., 2019). Lunde (2019) beskriver tre former for øvelser for beredskapslæring. Dette er *refleksjonsøvelse*, *simuleringsøvelse* og *verifikasjonsøvelser*. Dette er andre benevnelser enn det sommer et al. (2019) og øvingsveilederne til DSB beskriver. Forfatter har satt dette opp i tabell 18 for å sammenfatte likheter og ulikheter. Som vi ser så er her nyanser mellom forfatterne kaller de ulike øvelsene, men underliggende beskrivelser er stort sett like og det har etter forfatter sin oppfatning ikke noen praktisk betydning for de som skal trenes, men man bør som øvingsplanlegger være konsekvent i bruk av betegnelsen av øvingstype man skal benytte.

Lunde(2019)	Sommer et. al(2019)	Øvingsveiledere DSB(2016)
Refleksjonsøvelse	Bordøvelse	Diskusjonsøvelse
Simuleringsøvelse	Spilløvelse	Spilløvelse
Verifikasjonsøvelse	Fullskala øvelse	Fullskala øvelse

Tabell 18: oversikt over noen betegnelse på type øvelser

Empirien viser at flertallet av helseforetak nå benytter stabsmetodikk i en eller annen form, og de fleste informanter beskriver casebaserte diskusjonsøvelser som en viktig regelmessig del av treningen når beredskap/kriseledelsen møtes.

Eriksen (2018) presenterer trening- og øvingsaktiviteter relatert til prosesser i team ved krisesituasjoner som er tilrettelagt for praktisk trening av beredskap/kriseledelsen. Fokus er blant annet trening av felles mentale modeller, situasjonsbevissthet, kommunikasjonsstrategier og beslutningstrening. Denne tilnærmingen vil forfatter hevde er vesentlig del av å bygge beredskapskompetanse for beredskap/kriseledelse i helseforetak. Alle disse trenings- og øvingsaktivitetene øves effektivt ved diskusjonsøvelser og spilløvelser og bør være en obligatorisk del av en grunnopplæring og vedlikeholdstrening. For å sette dette i sammenheng kan man se til modellen for individuell beredskapslæring til Sommer et al. (2019).

Flere forfattere hevder videre at en viktig del av kompetansen til de som sitter i beredskaps/kriseledelsen er kunnskap om beslutningsteori. Beslutninger i beredskap og krisesituasjoner må ofte fattes i komplekse situasjoner med begrenset tid, ofte med konsekvenser for liv og helse. Beslutningene blir ofte tatt etter en prosess i teamet som innbefatter kommunikasjon med de andre teammedlemmene (Eid og Johnsen, 2018).

Dette er også i overenstemmelse med funn i empirien at man jobber kollektivt i grupper/team og man har en som leder prosessen i beredskap/kriseledelsen. Modellen som viser grunnlaget for beslutningstaking (figur 18), viser prosessene som er vesentlige for gode individuelle og team beslutninger. Som nemt ovenfor så vil Eriksen (2018) sin modell for trening være en god tilnærming for trening av disse prosessene. Empirien beskriver at innledende beslutninger i helseforetak er delegert via beredskapsplanverk til taktisk nivå, men enkelte helseforetak har dedikert beredskapsvakt som kan konsulteres med å sette beredskapsnivå. Flere informanter beskriver at de innlysende og tradisjonelle store hendelsene som bussulykker der mange er

skadd er enkle å iverksette riktig beredskapsnivå, mens hendelser som berører kritisk infrastruktur er mer utfordrende. Der må man ofte konsultere med fagpersonell for å forstå omfanget, og hvilke konsekvenser dette får for drift av eksempelvis ett sykehus.

Forfatter mener at de helseforetakene som har en vaktfunksjon der man kan kontakte en beredskapsvakt med beredskapskompetanse og organisasjonsinnsikt har en fordel med å kunne vurdere beredskap og mobiliseringsnivå. Dette gjelder spesielt relatert til situasjoner som ikke er åpenbare, men komplekse hendelser som kan redusere evnen til å yte helsetjenester noe som understøttes av empirien der hendelser med bortfall av kritisk infrastruktur skjer oftest.

Empirien viser til at beredskap/kriseledelsen i helseforetak har ulik tilnærming til innledende møter ved beredskapshendelser. Topplederne er travle mennesker og de er ofte utenfor «kontoret» på tjenestereise, mens andre helseforetak har mange sykehus å ivareta og derved en geografisk spredning av lederne som skal delta i møte. Mange benytter derfor telefonkonferanse og/eller *skype* møte når strategisk nivå møtes innledningsvis. Om situasjonene blir langvarige møtes man etter hvert fysisk i de fleste helseforetak. Operasjonelt nivå møtes ofte fysisk i ett møterom nært kommunikasjonsfunksjonen i helseforetaket. I flere helseforetak må det operasjonelle nivået ofte kommunisere med flere andre sykehus og samarbeidende etater og empirien viser at de aller fleste har etablert faste beredskapsrom med tekniske løsninger som skal understøtte kommunikasjon. Lunde (2019) skiller mellom interne og eksterne kommunikasjonsmidler. Interne kommunikasjonsmidler kan deles i tre kategorier og benyttes for kommunikasjon internt i egen organisasjon og med andre samarbeidende beredskapsaktører. Eksterne kommunikasjonskanaler deles i to og benyttes for å formidle informasjon til befolkningen og interessenter som ikke er en del av håndteringen. Oversikt over interne og eksterne kommunikasjonsmidler er vist i tabell 19.

Mange avanserte tekniske løsninger vil etter forfatters oppfatning kunne være en forstyrrende faktor. Dette kan forsinke oppstart av førstemøte og konsekvensreducerende tiltak, spesielt hvis man får tekniske problemer, eller hvis teamet ikke har tilstrekkelig opplæring og trening i bruk av systemene. Regelmessig trening vil derfor være nødvendig for at dette tilnærmet blir rutine, og at det ikke tar for mye kapasitet i reelle hendelser og ved trening.

Interne kommunikasjonsmidler	Eksterne kommunikasjonskanaler
Telefoni: Mobiltelefon, Internett telefon, satellitt telefon, apper med talegrupper.	Media: Radio, fjernsyn, internettaviser, papiraviser, internettsider til helseforetak
Samband: Trådløse samband (Nødnett radio, VHF radio mm.m). Linjesamband (Nødnett, intern telefoni mellom sykehus, Skype/videokonferanse via Norsk helsenett m.m)	Internett: e-post, internettside helseforetak, sosiale medier, blogg
Data: e-post, HelseCIM, intranett, sosiale medier som twitter, facebook m.m	
Ordonnans: Benyttes som sendebud når all annen kommunikasjon har falt ut.	

Tabell 19: Oversikt over interne/eksterne kommunikasjonsmidler tilpasset etter Lunde (2019).

Flere informanter har beskrevet at de trener regelmessig på oppkobling av bruk av disse nevnte teknologiske løsningene for kommunikasjon da det kan ta tid å «*fyre opp*» og gjøre klar alle systemene. Dette kan relateres til trening av individuelle ferdigheter relatert til læringstrappen (figur 16), og at teammedlemmene må kunne egen funksjon på en tilfredsstillende måte før man får full effekt av teamtrening (Sommer et al., 2019). Empirien viser som tidligere omtalt stort spenn i frekvensen av trening mellom helseforetakene. Med bakgrunn i dette vil forfatter hevde at man i flere helseforetak ikke øver ofte nok for å benytte disse systemene effektivt nok. Spesielt gjelder dette beredskapssystemer man ikke benytter i det daglige noe som kan skape plunder og heft ved kommunikasjonen.

Forfatter har en oppfatning av at det vil være mer utfordrende å etablere en felles situasjonsforståelse eller situasjonsbevissthet i beredskap/kriseledelsen ved telefonkonferanse uten tilgang til visuell informasjon via eksempelvis førstemøtetavler og input via ulike driftssystemer. Dette kan kompenseres noe med å ha tilgang til denne input eksempelvis via tavler i HelseCIM og enkelte driftssystemer via mobile løsninger som smarttelefon, Pad eller Laptop. Gode videokonferanseløsninger eller tilsvarende der man både kan dele informasjon samt se og snakke med de andre møtedeltakerne er også gode kompensierende tiltak der organisasjonen er spredt mellom flere sykehus. Sårbarheten ligger her i at kommunikasjonssystemene fungerer. De mest effektive og minst sårbare beslutningsprosessen vil forfatter hevde skjer der teamet er samlet i samme rom, der teammedlemmene er i kjente omgivelser, kan sin funksjon, har tilstrekkelig beredskapskompetanse basert på regelmessig trening. Dette støttes av Lunde (2019) der han anbefaler at tavlene er det sentrale referansepunktet i beredskapsrommet der alle funksjonene har god tilgang til informasjonene.

Funksjonen bør også kunne se hverandre slik at direktekommunikasjonen blir effektiv og direkte. Videre erfaringer og anbefalinger er at medlemmene bør stå oppreist når møtene gjennomføres for å ha oppmerksomheten rettet mot tavlene og møteleder (Lunde, 2019, s. 315). Nødvendigheten av interaksjon og kommunikasjon for etablering av situasjonsforståelse (situasjonsbevissthet), og modell for beslutningstaking er tidligere redegjort for i teoridelen av oppgaven og understøtter deler av min påstand (Sommer et al, 2019; Lunde, 2019; Eid og Johnsen, 2018).

Sommer et al. (2019) hevder at all beredskapslæring i utgangspunktet er erfaringslæring, og i beredskapssammenheng skiller man mellom forbedringspunkter og forbedringspunkter implementert. Dette er vist i teorikapittelet figur 15. Empirien viser at de aller fleste helseforetak med noe variasjon trener og øver regelmessig, og det benyttes ofte diskusjonsøvelser når man skal trene beredskap/kriseledelsen. Flere informanter nevner også at man ofte har de samme tilbakevendende feil eller avvik neste gang man øver i stor skala. Forfatter hevder da at her er ett forbedringspotensialet spesielt relatert til å gjøre med implementering av lærepunktene i organisasjonen etter hvert som man får ny kunnskap. Dette forholdet er også omtalt i rapporten fra 22. juli kommisjonen der man ikke i tilstrekkelig grad har tatt lærdom av erfaringer fra øvelser (NOU 2012: 14, s. 452). Eriksen (2018) hevder også at man lærer bedre i organisasjoner når man jobber i team. Eksempelvis så ser forfatter at det er relativt lang tid mellom revisjonene i overordnede planer på regionalt nivå. Hvordan kan man få til god læring etter trening og øvelser i helseforetak? Helseforetak som organisasjon må på kollektivt nivå bli enig om å endre praksis med utgangspunkt i forbedringspunkter identifisert som vist i figur 15 som beskriver forbedringspunkter identifisert og forbedringspunkter implementert (Sommer et al., 2019). Forfatter tror dette er en god tilnærming. For å lykkes er det avgjørende at det blir prioritert og satt av ressurser for å gjennomføre denne implementeringsprosessen. Ofte er «lufta gått ut av ballongen», og man har kanskje fokus på planlegging av neste øvelse før man får implementert erfaringene fra den forrige. En annen fallgrube kan være at man ikke stiller kritiske spørsmål i evalueringsprosessen. Viktigheten av å stille kritiske spørsmål der man risikerer å trampe noen på tærne er også tydelig beskrevet av Kruke(2012) i notat relatert til samfunnssikkerhet og krisehåndtering etter 22. juli hendelsen.

6.2 Hvordan er beredskapsledelsen i helseforetak organisert?

Boin et al., (2005) beskriver at organisasjoner er organisert for å drive normal drift, ikke kriseledelse og hevder at desentralisering av beslutning er viktig spesielt ved dynamiske kriser. Reason (1997) støtter også denne tanken ved at de som sitter på kunnskapen, uavhengig av nivå de befinner seg på må fatte beslutninger når det trengs (Engen et al., 2016). Denne tilnærmingen er også relevant for helseforetak. Dette er i overenstemmelse med at forfatter tidligere har definert helseforetak og sykehus som HRO organisasjoner, og ikke minst at dette er i samsvar med likhets- og nærhetsprinsippet. I kjølevannet av dette beskriver flere informanter at forankring av beredskap hos toppledelsen er vesentlig for å få satt av ressurser og prioritert beredskapas faglige aktiviteter. Ansvar i organisasjonen er etter forfatters oppfatning tydelig når man ser til ansvarsprinsippet, og dette betyr i praksis at toppledelsen med administrerende direktør i spissen har ansvar for beredskapen. Empirien viser tydelige forskjeller relatert til øvingsfrekvens spesielt for strategisk nivå og forfatter mistenker at dette har sammenheng med prioritering og engasjement av beredskapsarbeid, og ressurser satt av til dette i helseforetaket. Med dette som bakteppe vil forankring med ansvarlige ledere vil være en motiverende og nødvendig tilnærming for å sette rammer og ressurser for beredskapsarbeid i helseforetaket. Pollestad og Steinnes (2012) avdekket i sin masteroppgave viktigheten med forankring av øvelser hos organisasjonens øverste ledelse, og Sommer et al. (2019) beskriver hvor viktig «Sjefens prioriteringer» er relatert til beredskapsarbeidet. Viktigheten av forankringen er også synliggjort i figur 17, i samband med systematisk øvings og læringsarbeid, og DSB sin veileder i planlegging, gjennomføring og evaluering av øvelser.

Fire av femten helseforetak har en organisering av den øverste kriseledelsen i helseforetaket som avviker noe fra daglig ledelse. Disse fire helseforetakene har en miks av fagpersonell fra ulike ledelsesnivå som sitter i samme rom. Ett av disse fire helseforetakene har slått sammen strategisk og operasjonelt nivå til en ledelse. Felles for alle 15 er at administrerende direktør sitter der, men har ulike funksjoner. I noen HF leder han beredskap/kriseledelsen mens i andre har han en friere rolle, men er med på overordnede beslutninger. Det er ikke noen tydelige funn i studien på at den ene eller andre sammensetningen av beredskap/kriseledelsen på strategisk nivå har fungert bedre eller dårligere enn andre relatert til organiseringen. En beredskapsorganisering som etableres for å effektivt kunne håndtere en krise støttes av Lunde

(2019), og er i henhold til den organiseringen Reason (1997) hevder er fornuftig i en HRO organisasjon. Lunde (2019) er i sin definisjon av en beredskapsorganisasjon tydelig på at den må ha fullmakter. Dette er etter forfatters oppfatning meget viktig når man avviker fra ansvar- og likhetsprinsippet. I helseforetakene der man har både strategisk og operasjonelt personell samlet i en kriseledelse bør man ha klare retningslinjer på hvilket ledernivå fokuset skal være, spesielt om man skal ivareta både strategiske og operasjonelle føringer. Uklarheter kan her føre til misforståelser og redusere effektiviteten i teamet. Forfatter mener videre at det kan være fornuftig at administrerende direktør kan ha en friere rolle der man har mer kapasitet og fleksibilitet til oversikt, være ansikt utad, bidra med kontakt mot viktige interessenter på samme nivå, og ikke bli for opptatt med forberedelse og gjennomføring av møter. Lunde (2019) beskriver at det ikke finnes en anerkjent standard for hvordan man organiserer seg internt i beredskap/kriseledelsen, men fullmakter og beskrivelse av funksjonene må være tydelige og det anbefales at man har fleksibilitet slik at organisasjonen kan tilpasses det som hendelsen krever. Johnsen et al. (2019) beskriver fleksibel og dynamisk tilpasning av både ledelse og spesialiserte team under håndteringen av «In Amenas terroren» som kan være egnet ved langvarige og kompliserte aksjoner som krever robusthet over tid og ekspert involvering. Enhetlig ledelsessystem er også en fleksibel beredskapsorganisasjon som har faste medlemmer, men som kan utvides og tilpasses etter behovet. Utgangspunktet er en beredskapsledelse med både taktiske og operasjonelle funksjoner, men kan tilpasses. Mobiliseres bare basisfunksjonene med direkte ledelse av innsatsenheter, er dette et taktisk nivå. Blir staben utvidet med flere støttefunksjoner vil det fremstå som operasjonelt nivå. Strategisk nivå er ofte plassert som støttefunksjoner for basisfunksjonene (Lunde 2019, s. 101).

Nasjonale helseberedskapsplan (2018) beskriver blant annet at helse- og omsorgstjenesten skal sørge for akuttberedskap i den akuttmedisinske kjeden (Kommunehelsetjeneste med legevakt og legevaktssentraler og spesialisthelsetjeneste med AMK sentral, ambulansetjeneste til sykehus) hele året, døgnet rundt og er grunnlaget for god håndtering av kriser og katastrofer (Nasjonale helseberedskapsplan, 2018). Med dette så har helseforetak etablert en normalberedskap som skal håndtere daglige sykdom og mindre ulykkeshendelser opp til ett visst omfang. Når den daglige kapasiteten overskrides har helseforetak i denne studien planer og prosedyrer for hvordan man skal mobilisere og øke beredskapen. Eksempelvis ved masseskade så øker man behandlingsskapasiteten basert på de behandlingsprosedyrer man

følger i det daglige, men med justeringer i forhold til operativ ledelse på skadested, hvordan man skal kunne utføre prioritering (triage) av skadde og hvordan man skal samhandle i redningsaksjoner (Bjelland og Nakstad, 2018; Håndbok for redningstjenesten 2018; Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested, 2016; Nasjonal veileder for masseskadetriage, 2013).

Evalueringen etter nasjonal helseøvelse viser også at man i slike situasjoner har en tendens til at det strategiske nivået blir operativt og blander seg inn i oppgaver på underliggende nivå noe som kan gi usikkerhet i forhold til hvem som beslutter. En tydelig ansvars- og kommandostruktur i beredskap/kriseledelsen støttes av Lunde (2019) for å sikre effektive beslutningsprosesser der man på strategisk, operasjonelt og taktisk nivå har ulike fokus man skal konsentrere seg om (Lunde 2019).

Begrepsbruk på beredskap/kriseledelsen på dette nivået varierer også fra katastrofeledelse, kriseledelse, beredskapsledelsen, K- ledelse, Strategisk ledelse. På Operasjonelt nivå har man også samme utfordring med ulike benevnelser. Lunde (2019) mener det er utfordrende for tydelig kommunikasjon mellom forskjellige beredskap og kriseorganisasjoner at det ikke er innført en begrepsstandard for ledelsesnivå. (Lunde, 2019, s. 86). Begrepene som vist i teoridelen tabell 19, er de som de fleste beredskapsorganisasjoner benytter (Lunde, 2019, s. 94). Som vi ser av empirikapittelet så er fortsatt utfordringene store når det gjelder begrepsbruk og forfatter mener dette vil virke forvirrende og skape utfordringer internt i helseregioner, på samarbeidende etater og når man skal samarbeide på tvers av helseforetak ved større katastrofehendelser. Potensialet for forbedring innen begrepsbruk er stort. En felles begrepsbruk kan også etter forfatters oppfatning øke forståelsen internt i helseforetak og sykehus at der er flere ledernivå i krisehåndteringen, og at der er relativt tette koblinger mellom nivåene. Forfatter har i tabell 20 satt opp en anbefalt beskrivelse av beredskapsledernivå i helseforetak. Det vesentlige med å dele dette inn i disse nivåene er de fokuset man skal ha til tross for ulike betegnelser på beredskap/kriseledelsen.

Strategisk nivå/fokus Beredskapsledelsen eller Kriseledelsen	Helseforetaket sin toppledelse (Direktører, klinikksjefer, HR sjef, Kommunikasjonssjef). Merk: I små organisasjoner vil man måtte vurdere å slå sammen strategisk og operasjonelt nivå.
Operasjonelt nivå/fokus Sentral stab beredskap eller sentral krisestab	Anbefalt etablert nært helseforetaket sitt kommunikasjonsknutepunkt (eks. AMK, Nødnett installasjon i sykehuset, sentralbord eller lignende). Dette er ledernivået i helseforetak/sykehus som oftest omfattes av avdelingssjefer.
Taktisk nivå/fokus Lokal beredskap eller lokal kriseledelse	Direkte ledelse av innsatstyrker prehospitalt eller fag og helsepersonell i akuttmottak/intensiv/operasjon og lignende i sykehus.

Tabell 20: Forslag til betegnelse på beredskapsledelsesnivå i helseforetak.

Det operasjonelle nivået er også ulikt organisert og flere medlemmer har i flere helseforetak dobbeltroller der de også deltar i den strategiske ledelse.

I teoridelen beskrives det at de fleste organisasjoner som håndterer beredskap er delt i tre ledelsesnivåer. Dette er stort sett sammenfallende med slik de fleste helseforetak er organisert, selv om funksjonene i det operasjonelle nivået blir ivaretatt organisatorisk ulikt. Ulikhetene består i hovedsak av at flere helseforetak har etablert en egen enhet mellom strategisk og taktisk nivå som i noen grad avviker fra linjeledelsen, mens andre ivaretar dette nivået i eksempelvis klinikkene sine ledergrupper. I teorikapittelet har forfatter definert somatiske helseforetak som HRO organisasjoner. Reason (1997) beskriver at en særlig viktig del for disse organisasjonene er å raskt kunne skifte fra en hierarkisk struktur til en flatere og mer effektiv struktur der ledelse av situasjonen håndteres av eksperter på stedet, og når situasjonen er løst går man tilbake til ordinær struktur. Dette krever mye investering i trening av organisasjonen og forutsetter en god lærekultur (Reason, 1997, s. 196). Dette er sammenfallende med Boin et al. (2005) sin påstand om organisering nevnt innledningsvis i dette delkapittelet, og Lunde (2019) sin definisjon av en beredskapsorganisasjon: «*Den organisasjon som en virksomhet har etablert med ekstraordinære ressurser og fullmakter for å respondere på hendelser som ikke like effektivt kan håndteres av den ordinære av den ordinære driftsorganisasjonen*» (Lunde, 2019, s.45).

Lunde (2019) beskriver videre at mobilisering av beredskapsorganisasjonen krever at ekstraordinære hendelser må være så spesielle, akutte og komplekse at den normale driftsorganisasjonen ikke har ressurser eller kapasitet til å håndtere situasjonen effektivt. (Lunde, 2019, s. 44). Det er her heller ikke noen tydelige funn i empirien på hva som fungerer best organisasjonsmessig. Ett viktig funn relatert til dette i prosjektrapport Helse- Sør Øst (2017) vedrørende ulikheter i helseforetakene sine beredskapssystemer, er at likhetsprinsippet er fulgt og man henviser til forskjeller mellom sjukehus med og uten akuttfunksjoner (Prosjektrapport helse- Sør- Øst, 2017). Det at man har tatt utgangspunkt i likhetsprinsippet stemmer også overens med hvordan man er organisert i informantenes helseforetak og det er også sammenfallende ulikheter hvordan det operasjonelle nivået er organisert og bemyndiget. At man er organisert ulikt er nødvendigvis ikke negativt, men forfatter vil hevde at helsetjenesten trenger en veileder eller beredskapssystem som beskriver overordnede prinsipper for beredskap/kriseledelse, anbefalt kompetanse, begreper og best praksis i beredskap/kriseledelse.

De fleste informantene fra 2019 støtter en tilnærming med en veileder som ivaretar overordnede prinsipper som kan tilpasses lokalt, og dette kan være en vei å gå, noe som er i overenstemmelse med tiltak som må følges opp i prosjektrapporten etter nasjonal helseøvelse 2018. Man vil da etter forfatter sin oppfatning kunne få en ensartet bruk av begreper relatert til beredskap/kriseledelse i helsetjenesten og mot andre samarbeidende beredskapsaktører.

Reason(1997) med sin «the unrocked boat» teori (figur 7) og Rasmussen(1997) sin migrasjonsmodell (figur 8) er begge beskrivende for empiriske funn i denne studien. Flere av informantene fra 2019 beskriver at det er utfordringer med nok trening av beredskap/kriseledelsen i helseforetaket, og en informant peker på at oppdragsdokumentet er vesentlig for hva som blir prioritert. Høyt produksjonspress, krav til effektivitet og økonomiske innsparinger er høyst relevante forhold som kan redusere trening og øvelsesnivået under den grensen som er ansvarlig. Rapporten læring for bedre beredskap gir klare føringer for mer trening og øving mellom ledernivåene i helsetjenesten for å bl. annet sikre god kommunikasjon mellom helseforetak og mobiliserte sykehus, og forfatterens inntrykk basert på dokumentgjennomgang og intervjuer er at dette har blitt fulgt opp av helseforetakene. Gjennomføring av Nasjonal helseøvelse 2018 som var meget omfattende viser at helsetjenesten har vilje og evne til å gjennomføre øvelse med stort kompetanseløft

også innenfor beredskapsledelse i helseforetak. Allikevel kan det være utfordringer i enkelte helseforetak å få beredskap i tilstrekkelig grad på prioriteringslista, og denne studien viser at der er relativt stor forskjell i øvingsaktivitet mellom de som øver mest og de som øver minst. Dette kan tyde på at det ikke i tilstrekkelig grad blir prioritert i de helseforetakene som har minst øvingsaktivitet.

Ulikheter i organisasjonen vises også igjen vedrørende informantenes funksjon ved kriser. Noen har lederfunksjoner men de fleste er rådgivere. Der er også noen få som ikke er en del av beredskapsorganisasjonen ved kriser, noe forfatter mener er betenkelig da dette er ressurspersoner og som i de fleste tilfeller kjenner beredskapsfaget best i helseforetaket og kan bidra til effektiv håndtering. Det er også ulik begrepsbruk om titler til informantene, noe som kan ha sammenheng med at noen av informantene har beredskapsfunksjonen delt mellom flere funksjoner i en hel stillingsprosent. Dette viser at det ikke er noen felles tilnærming til hvordan man benytter kompetansen til disse funksjonene, og at det er gjennomgående trekk at det ikke er felles begrepsbruk innen beredskapsfaget i helseforetak. Det er forskjeller mellom helseforetak innenfor regionale helseforetak og mellom helseforetaksregioner. Sommer et al. (2019) beskriver at kompetanse innen beredskap og øving må sees på som spesialkompetanse. Mange innen dette fagområdet er sterkt engasjerte og ofte betegnet som «ildsjeler». Organisasjonen blir ofte avhengig av slike personer noe som gjør organisasjonen sårbar den dagen de ikke er der lenger. Flere informanter har også nemt «ildsjeler» som kategorisering av sitt arbeid med beredskap i helseforetaket, og studien viser at flere helseforetak er avhengig av en eller noen få personer med slik kompetanse, mens andre har tilstrekkelig redundans i form av flere stillinger og fagmiljø innen beredskapsfaget. Ett funn blir da at flere helseforetak er sårbare relatert til spesialkompetanse innen beredskapsfaget og er ikke robuste nok hvis personen brått slutter. For å vise til en organisatorisk kompetanse innen beredskap må man vise til ett fagmiljø, eller vise til systematisk rekruttering, utdanning og hospitering (Sommer et al., 2019, s. 11). Siden dette er ressurspersoner med spesialkompetanse innen beredskap mener forfatter det er ikke er god nok praksis at noen helseforetak ikke benytter denne ressursen obligatorisk i samband med krisehåndtering.

6.3 Hvordan jobber helseforetaket sin beredskapsledelse metodisk ved krisehåndtering?

Helsepersonell er godt vant med prosedyrer og instruksjoner i daglig drift relatert til undersøkelse, behandling og pleie og transport av pasienter. Eksempelvis ved hjertestans så følger man algoritmer godkjent og tilpasset av norsk resuscitasjonsråd som gjør at man følger best praksis for i størst mulig grad å kunne gjenopplive pasienten (nettside: <https://nrr.org/no/>). Det er selvsagt ikke nok å bare lese på prosedyren/algoritmen, men man må ha fagkunnskapene for å kunne vurdere pasienten klinisk, mengdetrening på administrering av medikamenter samt bruk av hjertestarter, og man må trene sammen i teamet for at samhandlingen skal bli effektiv. Dette er etter forfatters oppfatning direkte overførbart til algoritmen i beredskap/kriseledelsen som er stabsmetodikken man benytter.

Som forfatter har beskrevet i teorikapittelet så benevner Eriksen (2018) sin metodikk for teamprosessen som felles mental situasjonsmodell. Denne Metodikken samsvarer i store trekk med proaktiv stabsmetodikk beskrevet av Lunde (2014). Som beskrevet både i empiri og teori vil håndtering av akutte krisesituasjoner føre til stresspåvirkning for medlemmene i en beredskap/kriseledelse på samme måte som det vil være for helsepersonellet som skal håndtere hjertestansen. Her vil det være fornuftig at man i større grad har etablert «*top-down prosesser*» som gir raskere tolkning av situasjonene (Eid og Johnsen, 2018). Disse prosessene er erfaringsbasert og kan bidra som stressvaksine. Regelmessige øvelser vil etter forfatters mening bidra til at disse prosessene blir etablert.

Studien viser en stor fremgang relatert til bruk av proaktiv stabsmetodikk i helseforetak sin beredskap/kriseledelse siden 2017 og i 2019 benytter de fleste denne metodikken i en eller annen form, og spesielt de siste to årene som da relateres til nasjonal helseøvelse og kompetansehevingen innen beredskapsledelse. Studien antyder også at man har hatt stor nytte av det nettbaserte kurset som tidligere er omtalt også i helseforetak som ikke deltok i øvelsen, og de fleste informantene mener at dette er en god måte å innføre metodikken på. De helseforetak som deltok i øvelsen fikk anledning til en dag med opplæring og trening i metodikken der man kunne ha dialog, reflektere og få tilbakemeldinger før fasilitatorene skulle tilbake å trene sin egen beredskapsledelse. Til tross for dette så, så viser evalueringen at man fortsatt en vei å gå relatert til metodikk før man er på ett nivå som forfatter vil beskrive

som best praksis. Dette begrunnes med at statusmøter blir forstyret av telefonsamtaler, man er ustrukturert i kommunikasjonen mellom nivåer og man bruker lite tid på etablering av felles situasjonsforståelse og konsekvenspotensiale. Noe av årsaken var nok en konsekvens av utskiftning av personell og roller, og at disse var ikke tilstrekkelig kjent og øvet (Evalueringsrapport Nasjonal helseøvelse 2018). Evalueringsrapporten etter «Viking Sky» hendelsen referer også til noen utfordringer relatert til bruk av stabsmetodikken innledningsvis, og at det tar tid å koble opp tekniske systemer, men når man først var i gang så fungerte dette godt. Dette viser at man fortsatt må jobbe videre for å bli bedre og opprettholde nivået, og ikke minst at stedfortredere må øves i like stor grad som faste medlemmer.

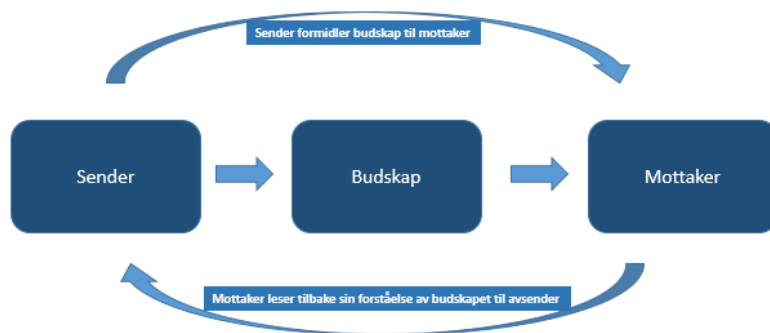
Informantene beskriver videre at de som sitter i beredskap/kriseledelsen må kunne sitt fag og kjenne sin organisasjon for å kunne gjøre en god jobb i teamet. Helseforetak har mange profesjoner og fagspesialiteter som er avhengige av hverandre for å løse utfordringene i situasjoner som måtte oppstå. Som nevnt tidligere er Beredskap- og krisesituasjoner ofte komplekse og en er derfor avhengig av hverandre sin kunnskap i teamet for å håndtere disse på en god måte. Det at ulike fagpersoner er satt sammen for å løse kompliserte oppgaver ved hendelser er typiske kjennetegn på team (Eriksen, 2018). Metodikken vil da være en felles mental modell som binder funksjonene sammen og bidrar til felles situasjonsforståelse i beredskap/kriseledelsen.

Interaksjon mellom medlemmene i teamet er tidligere redegjort for i teorikapittelet der beredskapskompetanse og individuell beredskapslæring er beskrevet som viktig basis i tillegg til teammedlemmet sin fagkunnskap og kjennskap til organisasjonen. Som beskrevet i modell for beslutningstaking (figur 18) og modell for situasjonsbevissthet (figur 19), så kan input med støy i informasjonskanaler, tekniske problemer og ulike begrepsbruk verbalt og non verbalt, føre til at man ikke oppfatter informasjonen som blir gitt, noe som igjen kan føre til dårlige og i verste fall katastrofale feilbeslutninger. Derfor er det dårlig praksis når man opplever unødige forstyrrelser som er vist til ovenfor. Dette kan begrense muligheten til «sense making» eller situasjonsbilde som er første steget i Boin et al. (2005) sine fem kritiske oppgaver for kriseledelse (se tabell 6). Alle disse fem nivåene gir utfordringer som teamet må ta hensyn til, og dette krever at man kommuniserer godt både innad i teamet og mot interessenter.

6.3.1 Kommunikasjon

En utfordring som flere av informantene fremhever er at beredskap/kriseledelsen er sammensatt av flere ulike profesjoner med ulikt utgangspunkt noe som gjør at tolkningen av hva man oppfatter kan ha ulik betydning for den enkelte. Kommunikasjon kan være utfordrende mellom medlemmer med ulike kunnskapsstrukturer noe som bekreftes også av Eriksen (2019) og Lunde (2019). Begge forfatterne beskriver at bekreftende kommunikasjon (Closed loop communication) kan bidra til at kommunikasjonen i teamet blir optimalisert og bidrar til at felles situasjonsforståelse kan oppnås. Dette er også ett oppfølgingspunkt i Helse Møre og Romsdal sin evalueringsrapport etter Viking Sky hendelsen (2019) der det var noen misforståelser som kunne vært unngått ved å benytte bekreftende kommunikasjon. I situasjoner der teamet med bakgrunn i trening, automatisering og reelle situasjoner har etablert felles mentale modeller som omtalt i kapittel 3.6, vil man ha redusert behov for kommunikasjon (Eriksen, 2018, s. 74).

Teknikken med bekreftende kommunikasjon er illustrert i figur 45 viser at budskap blir sendt fra avsender til en mottaker. Mottaker formidler tilbake til sender sin oppfattelse av budskapet. Hvis dette er oppfattet feil har sender mulighet for å rette dette opp igjen.



Figur 43: Bekreftende kommunikasjon tilpasset etter Lunde (2019) og Eriksen (2018).

Hva betyr så dette for helseforetakene? Dette forsterker bare behovet for mer systematisk trening og læring som omtalt tidligere, og at medlemmene i teamet har tilstrekkelig beredskapskompetanse relatert til funksjonen man skal utføre. En viktig del av dette er da å kunne bruke prinsippene i proaktiv stabsmetodikken til Lunde (2019) eller felles mental situasjonsmodell metodikken til Eriksen (2018).

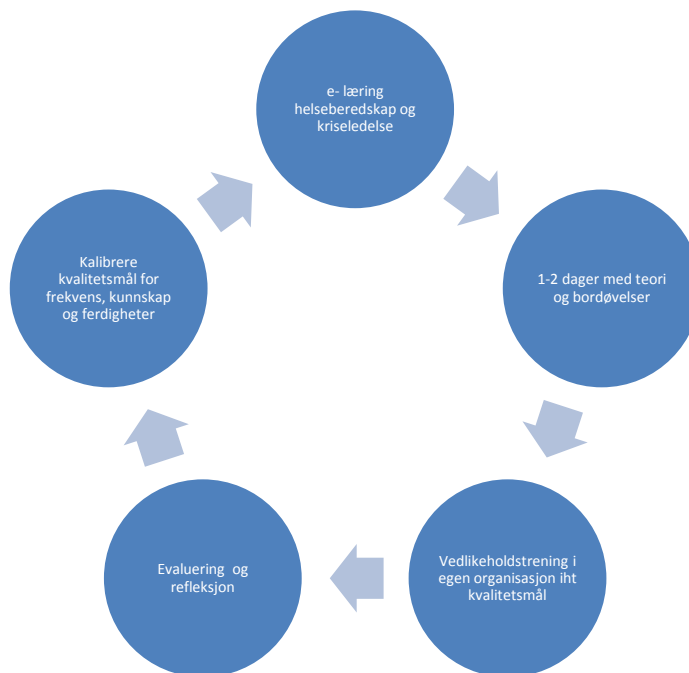
De fleste informantene fra 2019 beskriver også at dette er en rasjonell og effektiv måte å jobbe på for å bidra til en situasjonsforståelse i beredskap/kriseledelsen med en tydelig struktur som gjør at beslutningene kan bli bedre.

Forfatter mener at utviklingen som har vært siden 2017 relatert til proaktiv stabsmetodikk i helseforetak er positiv og vil bidra til en mer effektiv krisehåndtering. Det er fortsatt ikke bra

nok til tross for kompetanseløftet i samband med nasjonal helseøvelse 2018. Man må passe seg vel for å «hvile lenge på laurbærene», og fortsette med regelmessig og systematisk øvelser gjennom året.

6.3.2 Modell for utvikling av beredskapsfaget i helseforetak

Med bakgrunn i denne studien har forfatter utviklet en enkel skisse som kan benyttes som veiviser for hvordan helseforetak og sykehus kan forberede beredskap- og kriseledelsen for å kunne utføre god kriseledelse (figur 44).



Figur 44: Enkel sirkulær prosess for opplæring, øving av beredskap/kriseledelse.

7.0 Konklusjon

Hensikten med denne studien har vært å få mer kunnskap om hvordan helseforetak utøver beredskap- og krisehåndtering ved større hendelser som ulykker, kriser og katastrofer, og hva som skal til for at denne type ledelse blir utført på en god måte eller etter «Best praksis». Drøftingen vil her bli oppsummert med hovedfunn relatert til de tre forskningsspørsmålene og konklusjonen på problemstilling kommer til slutt.

Studien viser at alle helseforetakene trener og øver sin beredskapsledelse, men det er stor variasjon mellom de som øver mest og de som øver minst. Det er ikke noen tydelige føringer på hvordan man bør legge opp en systematisk trening av beredskap/kriseledelsen i helseforetak for å kunne utføre denne på en god måte. Det kommer også frem variasjoner relatert til forankring og engasjement hos toppledelsen i helseforetaket relatert til trening og øvelser. Beredskapskompetansen for medlemmer i beredskap/kriseledelsen varierer, og de fleste har uformell kompetanse. Blant informantene i studien har omtrent halvparten formell beredskapskompetanse i kraft av Bachelor eller Masterstudier. Det store flertallet av informantene fra 2019 ønsker en nasjonal veileder eller tilsvarende for beredskaps- og kriseledelse i helsetjenesten. Flere Informanter ønsker også en grunnopplæring i beredskapsledelse der man kan være samlet fysisk. Beredskapsledelse sporet i Nasjonal helseøvelse har hatt god effekt for å implementere en metodikk for beredskapsledelse på strategisk og operasjonelt nivå, og e-læringskurset beskrives som en god tilnærming av de fleste informantene. Teorigrunnlaget i studien fremhever viktigheten av en systematisk trening og læreprosess som kan bidra til at man kommer på ett tilfredsstillende beredskapskompetansenivå for å kunne gjennomføre en effektiv og god beredskap/kriseledelse. Implementering av forbedringspunkt etter øvelser er ikke godt nok ivarettatt da man stadig har tilbakevendende feil ved neste øvelse. Dette må prioriteres av helseforetakene slik at man håndterer det bedre neste gang. Den mest effektive øvelsen av disse teamene beskriver teorien som korte fokuserte funksjonelle øvelser som f.eks. bordøvelser eller simuleringer som bidrar til etablering av teamfølelse, teamledelse, felles mentale modeller, automatisering, proaktiv tilnærming og tilpasningsevne.

Konklusjon er at systematisk trening og læring vil bidra til en mer effektiv beredskap/kriseledelse i helseforetak.

Drøftingen viser at organiseringen av beredskap/kriseledelsen i helseforetak varierer mye. Det øverste nivået omtalt som det strategiske, er det nivået som har flest likhetstrekk mellom helseforetakene, selv om det også her er forskjeller relatert til sammensetning. Det operasjonelle nivået har større variasjoner relatert til sammensetning, fullmakter og hvem som leder dette. I store trekk viser både denne studien og dokumentstudiene at forskjellene i organisering kan relateres til organisering etter likhetsprinsippet. Her er også stor variasjon i hva man setter som navn på den enkelte beredskap/kriseledelse og ledelsesnivå. Dette kan gi

utfordringer relatert til kommunikasjon mellom helseforetak, og mot eksterne samvirkepartnere. Forfatter har utarbeidd en anbefaling på hva man bør benevne de tre beredskap ledernivåene. Teorien støtter at man kan tilpasse beredskapsorganisasjonen med eksperter for å kunne løse situasjonene man kan stå ovenfor og være fleksibel og dynamisk når man står ovenfor kompliserte hendelser. Drøftingene viser også at det strategiske nivået har en tendens til å blande seg inn i håndteringen på lavere ledelsesnivå, noe som kan tyde på at strukturen på ansvar og funksjoner ikke er etablert i tiltakskort, eller er kjent eller øvet godt nok. Empirien viser at flere helseforetak er sårbare relatert til at spesialkompetansen som beredskapssjefer/rådgivere besitter. Man har rett og slett ikke god nok redundans eller organisatorisk kompetanse innen dette fagområdet.

Konklusjonene er at helseforetak sin beredskap/kriseledelse organiseres i store trekk etter likhetsprinsippet noe som gir utslag i forskjellig organisering. Forskjellig begrepsbruk og ulikt oppsett av beredskapsledernivå kan gi utfordringer for kommunikasjon internt og mot eksterne samvirkepartnere og interessenter.

Nesten alle helseforetakene i studien har innført eller er i prosess for å innføre proaktiv stabsmetodikk. I 2017 benyttet kun 33 % av informantenes helseforetak denne metodikken. I 2019, når vi ser dette samlet med alle 15 helseforetakene, så benytter nesten 90 % av helseforetakene proaktiv stabsmetodikk i sin beredskap/kriseledelse. Dette tilskrives i stor grad økt fokus på beredskapsledelse i helseforetakene. Drøftingen viser at spesielt tilnærmingen som nasjonal helseøvelse 2018 har hatt til beredskapsledelse, har hatt stor betydning for spredning av den proaktive stabsmetodikken til helseforetak. Spesielt det nettbaserte kurset i beredskapsledelse har vist seg å være en suksess. Empirien viser at til tross for kompetanseløft før nasjonal helseøvelse med trening på metodikken, så er det fortsatt en vei å gå før man er på ett nivå som er tilfredsstillende for effektiv og god bruk under beredskap- og krisesituasjoner. Studien viser at beredskapsplaner er lite kjent og blir i liten grad benyttet under håndtering. Både teori og empiri viser til at funksjonene i teamet må ha god fagkompetanse og kjenne sin organisasjon som ett av de viktigste forutsetningene for å bli medlem. Videre beskriver teorien at man i tillegg til dette må ha beredskapskompetanse for å kunne håndtere ulykker og kriser, og en viktig del av dette er kjennskap til modeller for beslutningstaking og kommunikasjon.

Konklusjonen er at de fleste helseforetak bruker eller er i prosess for å innføre proaktiv stabsmetodikk som metodikk i beredskap- og krisehåndtering. Dette har bidratt til en mer effektiv krisehåndtering, men for flere helseforetak trenger man mer trening og øvelse for at metodikken skal bli effektiv i krisehåndteringen.

Hovedkonklusjon

Hvor godt forberedt er helseforetak sin beredskapsledelse for å kunne utføre god kriseledelse?

Alle helseforetak i studien er forberedt på å håndtere beredskap og kriser. De har beredskapsplaner og alle trener og øver sin beredskap/kriseledelse. De aller fleste har innført proaktiv stabsmetodikk og erfarer at dette er en god tilnærming som gjør kriseledelsen mer effektiv og rasjonell i sin møtestruktur.

Det er allikevel relativt stort sprik i hvor godt forberedt den enkelte beredskap/kriseledelse er i forhold til beredskapskompetanse for medlemmene. Noen trener og øver mye, mens andre helseforetak er i den andre enden av skalaen.

Måten man trener og øver på er ikke så aller verst, men man trenger å sette av mer tid til dette. Hvor mye og ofte man skal øve er utfordrende å gi ett nøyaktig svar på da dette vil variere relatert til hvilket beredskapsledelsesnivå man er på, og beredskapskompetansen medlemmene besitter til enhver tid. En måte å løse dette på er å sette kvalitative mål der man fokuserer på at teamet presterer godt og er trygge på å løse de fleste hendelsene som er beskrevet i risikoanalysene.

Det er også en rød tråd gjennom empirien at det er «vill vest» når det gjelder begrepsbruk innen beredskap- og krisehåndtering i helseforetak. En systematisering av dette er viktig å gjøre noe med.

En naturlig konklusjon er at en nasjonal veileder eller tilsvarende kan bidra mest inn mot å samkjøre overordnede prinsipper for beredskap- og kriseledelse og beredskapskompetanse både i helseforetak og i helsetjenesten.

8.0 Litteraturliste

Ambulanseforum nr.3 (2019). *Viking Sky-havariet: det kunne gått skikkelig galt*. Ladeveien 23. Trondheim.

Andersen, S.S. (2006). *Aktiv informantintervjuving*. Norsk statsvitenskapelig tidsskrift VOL 22. 278- 298. Universitetsforlaget.

Argyris, C., & Schön, D.A. (1978) *Organizational learning: a theory, method, and practice*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.

Argyris, C., & Schön, D.A. (1996) *Organizational learning II: theory, method and practice*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.

Aven T., Boyesen M., Njå O., Olsen K.H., Sandve K. (2011). *Samfunnssikkerhet*. Universitetsforlaget. Oslo.

Beckett, D., & Hager, P. (2002). *Life, work and learning: practice in postmodernity*. New York: Routledge.

Bjelland, B., Nakstad, E.R. (2018): *Beredskap, Kriseledelse og praktisk skadestedsarbeid*. Gyldendal. Oslo.

Blaikie, N., og Priest J. (2019): *Designing Social Research*. Polity Press. Cambridge. UK.

Boin, A., 't Hart, P., Stern, E. and Sundelius, B. (2005) *The Politics of Crisis Management: Public Leadership under Pressure*, Cambridge University Press, Cambridge.

Braut, G. S., Rake, E. L., Aanestad, R., & Njå, O. (2012). Risk images as basis for decisions related to provision of public services. *Risk Management*, 14, 60-76.

Daniel Kahneman. (2012) *Tenke, fort og langsomt*. Pax Forlag

DSB. (2016). *Veileder i planlegging, gjennomføring og evaluering av øvelser – Grunnbok: introduksjon og prinsipper*. Tønsberg: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap.

Eid, J. & Johnsen, B. H. (2018) *Operativ psykologi*. Fagbokforlaget, Bergen

Endsley, M.R. (1995). *Toward a theory of situation awareness in dynamic systems*. *Human Factors*, 37(1), 32-64.

Engen, O. A., Kruke, B. I., Lindøe, P., Olsen, K. H., Olsen, O. E., & Pettersen, K. A. (2016). *Perspektiver på samfunnsikkerhet*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Eriksen J. (2018). *Krise- og beredskapsledelse teamtrening*. Oslo, Cappelen Damm AS.

Evans, J. S. B. T. (2010). *Thinking twice: two minds in one brain*. New York: Oxford University Press.

Hager, P. (2004). The conceptualization and measurement of learning at work, i H. Rainbird, A. Fuller, & A. Munro (Red.), *Workplace learning in context*. London: Routledge.

Hovedredningssentralen. (2018). *Håndbok for redningstjenesten*.

<https://www.hovedredningssentralen.no/wp-content/uploads/2018/09/Den-norske-redningstjenesten.pdf> . Justis- og beredskapsdepartementet. Oslo

Hovedredningssentralen. (2018). *Nasjonal veileder for planverk og samvirke i redningstjenesten*. <https://www.hovedredningssentralen.no/nasjonal-veileder-for-planverk-og-samvirke-i-redningstjenesten/> . Hovedredningssentralen

Helsedirektoratet(2019). *Prosjektrapport Nasjonal helseøvelse 2018*. August 2019:

Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet-helsenett-xpprod.enonic.cloud/nyheter/helseovelsen-har-styrket-beredskapen> (nedlastet 13. september 2019).

Helsedirektoratet (2019). *Evalueringsrapport etter Nasjonal helseøvelse 2018*. Kilde ikke offentlig da rapporten foreløpig unntatt offentlighet.

Helsedirektoratet (2019) *Rådata fra evalueringer nasjonal helseøvelse 2018*. Datainnsamling via evalueringsverktøy HelseCIM (ikke offentlig kilde).

Helsedirektoratet (2013). *Nasjonal veileder for masseskadetriage*. Utgitt 1.juni 2013:

Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/masseskadetriage/Masseskadetriage%20E2%80%93%20Nasjonal%20veileder.pdf/_attachment/inline/b30d4bc4-92d7-4816-827676c9b6a4c6ca:5419511b1683834422c56dd9d77cc525ad682108/Masseskadetriage%20E2%80%93%20Nasjonal%20veileder.pdf

Helse Møre og Romsdal HF (2019). *Evalueringsrapport «Viking Sky» hendelsen Helse Møre og Romsdal HF*. Offentlig versjon av evalueringsrapport (Kilde Intranett Helse Møre og Romsdal HF).

Helsedirektoratet (2016). *Nasjonal veileder for helsetjenesten sin organisering på skadested*.

Utgitt 1. desember 2016; tilgjengelig fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1258/Nasjonal%20veileder%20helsetjenestens%20organisering%20p%C3%A5%20skadested%20IS%202536.pdf>

Helsedirektoratet m. flere (2015). *Nødetatenes samvirke ved pågående livstruende vold (PLIVO)*. Versjon 1.0. fastsatt 16. februar 2015. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/akuttmedisin/pagaende-livstruende-vold-plivo>

Helse og omsorgsdepartementet (2018). *Nasjonal helseberedskapsplan*. Versjon 3.0 fastsatt 02. juni 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/a-verne-om-liv-og-helse/id2583172/> (Nedlastet 7. oktober 2019).

Helse Nord (2013-2016). *Regional plan for helsemessig og sosial beredskap*. Godkjent februar 2013. Tilgjengelig fra: <https://helse-nord.no/helsefaglig/fagplaner-rapporter-og-utredninger/beredskap-regional-plan> (Nedlastet 2 september 2019).

Helse Midt Norge (2019). *Regional helseberedskapsplan Helse Midt-Norge*. Godkjent 7. mai 2019. Tilgjengelig fra: <https://helse-midt.no/Documents/Beredskap/Regional%20helseberedskapsplan%20Helse%20Midt-Norge%202019.pdf> (Nedlastet 2. september 2019).

Helse Sør-Øst (2017). *Gjennomgang og kvalitetssikring av beredskapsplaner i Helse Sør-Øst*. 15. februar 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.helse-sorost.no/Documents/Helsefaglig/Beredskap/Dokumenter/Gjennomgang%20og%20kvalitetssikring%20av%20beredskapsplaner%20i%20Helse%20S%C3%B8r-%C3%98st%20>

[%20rapport%20fra%20prosjektarbeid%20-%2015%2002%202017.pdf](#) (Nedlastet 7. oktober 2019)

Helse Sør-Øst (2018) Regional helseberedskapsplan for Helse Sør-Øst. Godkjent 8. mars 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.helse-sorost.no/beredskap#regional-beredskapsplan> (Nedlastet 2. september 2019).

Helse Vest (2019). Regional helseberedskapsplan for Helse Vest. Godkjent 23. mai. 2019. Tilgjengelig fra: <https://helse-vest.no/seksjon/planar-og-rapportar/Documents/Regionale%20planar/2019%20-%20Regional%20helseberedskapsplan%20for%20Helse%20Vest%20-%202019-2021.pdf> (Nedlastet 2. september 2019).

Jusleksikon.no (2017). *Organisasjon*. Nedlastet fra: <https://jusleksikon.no/wiki/Organisasjon> (nedlastet 8. september 2019).

Klein, G & Klinger, D. (1991). Naturalistic Decision Making. Gateway, XI. 3:16-19

Kruke, Bjørn Ivar. (2012) *Samfunnsikkerhet og krisehåndtering*: Relevans for 22. Juli 2011. 22. juli-kommisjonen, Notat 7/12, UIS, Stavanger

Krumsvik, R. J. (2013) *Innføring i forskningsdesign og kvalitativ metode*. Fagbokforlaget, Bergen.

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

Norsk resuscitasjonsråd (2019): <https://nrr.org/no/>

One Voice.no (2019). *CIM*. Nedlastet fra: <https://cim-no.f24.com/> (Nedlastet 7. oktober 2019).

Pollestad, B., & Steinnes, T. (2012). *Hvilke faktorer har betydning for organisatorisk læring i forbindelse med store samvirkeøvelser i Hordaland?* Masteroppgave, Universitetet i Stavanger.

Felle sambandsreglement for nødnett. Versjon 4. (2018). Politidirektoratet.

Forskrift 2015 nr. 231: *Akuttmedisinforskriften*. Fastsatt av Helse og Omsorgsdepartementet 20. mars 2015. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-03-20-231> (Nedlastet 7. september 2019).

Forskrift 2001 nr. 881: Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20010723-0881.html> (Nedlastet 5. september 2019).

Forskrift 2016 nr. 1731: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250> (Nedlastet 5. september 2019)

Jacobsen, D.I., & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.

Jacobsen, D.I. (2018). *Hvordan gjennomføre undersøkelser*. Oslo, Latvia. Capellen Damm A/S.

Johnsen, R. B., Fosse T.H., Boe, O. (2019). *Militær ledelse*. Bergen. Fagbokforlaget.

Klein, G. (1989). Recognition-primed decisions. *Advances in Man-Machine Systems Research*, 5, 47-92.

Kompetansetjeneste for traumatologi. <http://traumeplan.no/#acceptLicense>

LOV 2000-06-23 nr 56: Lov om helsemessig og sosial Beredskap (helseberedskapsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-23-56> (nedlastet 7. oktober)

LOV 2001-06-15 nr 93: Lov om helseforetak (Helseforetaksloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/hl-20000623-056.html> (Nedlastet 5.september 2019).

Lunde, I.K. (2019). *Praktisk krise- og beredskapsledelse*. Oslo, Universitetsforlaget.

Løvik, K. (2010) *Øvelse gjør mester. Planlegging, kommunikasjon og gjennomføring av øvelser*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Nasjonal traumeplan (2016): *Nasjonal traumeplan-Traumesystem i Norge 2016*. Nasjonal

Norsk offentlig utredning (NOU 2000:24): *Et sårbart samfunn*. Oslo, Statens Forvaltningstjeneste.

Norsk offentlig utredning (NOU 2006:6): *Når sikkerhet er viktigst*. Departementenes servicesenter Informasjonsforvaltning.

Norsk offentlig utredning (NOU 2012:14). *Rapport fra 22.juli - kommisjonen*. Oslo, Departementets servicesenter.

Norsk offentlig utredning (NOU 2015:17). Først og fremst-Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus.

Norsk offentlig utredning (NOU 2016:19): *Samhandling for sikkerhet*. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon Informasjonsforvaltning.

Politidirektoratet (2011) *Politiets beredskapssystem, del 1*. <https://www.politiet.no/globalassets/05-om-oss/03-strategier-og-planer/pbsi.pdf>.

Politidirektoratet, Oslo

Rasmussen, J. (1997): *Risk Management in a dynamic Society Safety. A modelling Problem*. Safety Science Vol. 27, No. 2/3, pp. 183-213.24

Reason J. (1997) *Managing the risks of organizational accidents*, Ashgate publishing company, England

Samvirkeaktører i Rogaland(2014). Håndbok øvingsplanlegging. Nedlastet fra:
<https://www.fylkesmannen.no/globalassets/fm-rogaland/dokument-fmro/forvaltning/brosjyrer-og-rettlearar/handbok-i-ovelsesplanlegging-2014.pdf> (Nedlastet 7. September 2019).

Sfard, A. (1998). On two metaphors for learning and the dangers of choosing just one. *Educational Researcher*, 27(2), 4-13.

Sommer, m., Braut, G.S., & Njå, O. (2013). A model for learning in emergency response work. *International Journal of Emergency Management*, 9, 151-169.

Sommer, M (2015). *Learning in emergency response work*. PhD thesis, University of Stavanger, Stavanger, Norway.

Sommer, M., Pollestad, B. & Steinnes, T. (2019). Beredskapsøving og -læring. Bokmanuskript for utgivelse på Fagbokforlaget.

Braut, G.S. Helseforetak. Store medisinske leksikon. Nedlastet fra:
<https://sml.snl.no/helseforetak> (2.september 2019).

Stortingsmelding 17: (2001-2002). *Samfunnsikkerhet*. Justis- og politidepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/ee63e1dd1a16409fa0bb737bfda9279a/no/pdfa/stm200120020017000dddpdfa.pdf>

Stortingsmelding 47: (2008-2009) Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid, Helse og Omsorgsdepartementet.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

Stortingsmelding 29: (2011-2012). *Samfunnssikkerhet*, Justis- og beredskapsdepartementet
<http://www.regjeringen.no/pages/37919076/PDFS/STM201120120029000DDDPDFS.pdf>

Stortingsmelding 11: (2016-2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Stortingsmelding 10: (2016-2017). (2016). *Risiko i et trygt samfunn*. Oslo: Justis og Beredskapsdepartementet.

Tidens Krav (2019). *Sykehuset får lovord om beredskapen*. Tidens Krav. Nettavis pluss utgave 30.03.2019.

Vedlegg A: Eksempel på Førstemøte, fokus, aksjon,statustavler i CIM.

IKKE velg denne!! - "Standard" for oppsett av system

System
21.03 11:39

Statustavle - Alle

Statustavle SKL - Sentral Kriseledelse | Statustavle SKS - Sentral Krisestab | Statustavle DKS - Driftsservice krisestab | Statustavle PHKS - Psykisk Helsevern krisestab | Statustavle OKS - Orkdal krisestab

Førstemøte Sentral Kriseledelse (SKL)

Tid
Hva har skjedd? (Mennesker, fakta, iverksatte tiltak)
Hva er skadepotensialet for M-M-M?
Hvordan håndtere skadepotensialet? (M-M-M)
Ressursbehov for å sikre M-M-M? Int. og ekst.
Hvem kan bidra til å sikre M-M-M? Varsles.
Konsekvens for drift? (reduser, stanse)
Budskap (Internt og eksternt)

Fokus Sentral Kriseledelse (SKL)

Tid	Fokus	Status
-----	-------	--------

Aksjoner Sentral Kriseledelse (SKL)

Tid	Aksjoner	Ansvarlig	Tidsfrist	Utført tid
-----	----------	-----------	-----------	------------

Eksempel på Førstemøte tavle i HelseCIM fra St. Olavs Hospital HF (2019)

FØRSTEMØTE, STATUSMØTER - Tavleoversikt gjennomførte møter	
☐ @ Førstemøte og statusmøter	
FØRSTEMØTE	STATUSMØTER
Tidspunkt	07.06.2019 09:00
Beredskapsnivå	
Situasjonsoversikt [hva, når, hvor, hvem]	<p><u>Skriv inn her:</u></p> <p>Hensikten er her å kort oppsummere hva som er situasjonen og slik skape et felles situasjonsbilde. Stikkord for oversikten:</p> <p>Hva har skjedd?</p> <p>Når skjedde det?</p> <p>Hvor skjedde det?</p> <p>Hvem er involvert / hvem er rammet?</p>
Potensialet	<p><u>Skriv inn her:</u></p> <p>Hva er potensiale i hendelsen / verst tenkelig scenario for egen virksomhet? Ta utgangspunkt i det en vet per nå.</p> <p>Vurder potensiale for f.eks. mennesker, omdømme, miljø, materiell, økonomi og konsekvenser for drift.</p>
Interessenter	<p><u>Skriv inn her:</u></p> <p>Hvem kan påvirke eller bli påvirket av krisehåndteringen? Bruk evt. et interessekart til å få oversikt for dette.</p>
Hva er RHF-et sitt ansvar?	Skisser dette her.
Ressurser [internt/eksternt]	<p><u>Skriv inn her:</u></p> <p>Hva slags ressurser har en til rådighet internt og eksternt?</p>
Prioriteringer - fokus	<p><u>Skriv inn her:</u></p> <p>Sett fokus: hva er de overordnede prioriteringene?</p> <p>Hva skal bli satt i verk nå / senere?</p> <p>Hvilke tiltak skal forberedes?</p> <p>Ansvarsfordeling av tiltakene med tidsfrister.</p> <p>Avslutt med oppsummering.</p>

Eksempel på Førstemøtetavle strategisk nivå i HelseCIM (hentet fra øvingspakke beredskapsledelse NHØ2018).

FØRSTEMØTE, STATUSMØTER - Tavleoversikt gjennomførte møter						
☐ Førestemøte og statusmøter						
FØRSTEMØTE		STATUSMØTER				
STATUSMØTER 📄 ⬆️ ⬆️ ⬆️						
Tid	Nivå	Situasjonsbildet nå	Potensialet (Worst case)	Fokus og prioriteringar framover	Tiltak / avgjerder - Ansvar	
07.06.2019 16:00	Normal	Skriv her...	Skriv her...	Skriv her...	Skriv her...	
07.06.2019 14:15		Skriv her...	Skriv her...	Skriv her...	Skriv her...	
07.06.2019 13:29	Red	Skriv her...	Skriv her...	Skriv her...	Skriv her...	
07.06.2019 08:00	Gul	Skriv her...	Skriv her...	Skriv her...	Skriv her...	

Eksempel på strategisk statustavle i CIM (hentet fra øvingspakke beredskapsledelse NHØ2018)

Vedlegg B Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til informantene

Til deg!

Viser til ønske om å intervju deg i forbindelse med skriving av masteroppgave.

Jeg har studert Risikostyring og sikkerhetsledelse ved Universitetet i Stavanger, og skal i løpet av høsten 2019 fullføre studiet med denne masteroppgaven. I den sammenheng skal jeg gjennomføre datainnsamling blant annet i form av dybdeintervjuer. Jeg vil primært intervjuere beredskapsledere/sjefer i helseforetak fordelt over hele Norge. I tillegg vil jeg samle inn data fra evalueringsprosessen etter Nasjonal helseøvelse 2018.

Tema for intervjuet er beredskapsledelse/kriseledelse i helseforetak, og dette temaet danner bakgrunnen for problemstillingen i masteroppgaven. Eksakt problemstilling er ennå ikke fastlagt, men den foreløpige problemstillingen lyder slik:

Hvor godt forberedt er helseforetak sin beredskapsledelse for å kunne utføre god kriseledelse?

Med utgangspunkt i noen parametere har du blitt utvalgt som mulig informant til å delta. Dersom du ønsker å bidra, og er villig til å stille opp på intervju, er det viktig at du er klar over følgende punkter:

Jeg vil anonymisere dine opplysninger og kun benytte disse i denne oppgaven. Formidlet informasjon som blir tatt opp, eller som du bidrar med vil bli slettet når sensur er gjennomført høsten 2019. Jeg vil i sluttproduktet gjennomføre en verdivurdering hvorvidt her er noen opplysninger som krever gradering.

Dette betyr at din identitet ikke kommer til å bli oppgitt i oppgaven. Det vil derimot kunne bli opplyst om hvor mange år du har jobbet i fagfeltet og hvilken aldersgruppe du tilhører, alt i 10-års intervaller.

Min rolle i denne settingen er som forsker, og jeg vil derfor innta en tilbaketrukket rolle i intervjuet men komme med oppfølgingsspørsmål basert på en intervjuguide der det er behov. Mange av spørsmålene vil ha utgangspunkt i hvordan man trener og øver beredskapsledelsen i

lokale helseforetak for å kunne håndtere kriser, hvordan man metodisk jobber ved kriser, og hvordan man benytter beredskapsplanverk.

Under intervjuet vil det legges vekt på dine personlige meninger, tanker, oppfatninger og erfaringer rundt nevnte tema. Jeg håper du ønsker å stille opp til intervju, da jeg tror at dette studiet vil bidra til en positiv og faglig utvikling for beredskap/kriseledelse i helseforetak.

Vedlagt følger en samtykkeerklæring som du kan fylle ut på intervjudagen.

Takker du ja til intervjuet vil jeg sende mer informasjon om tema/ spørsmål. Dette gjøres fordi jeg ønsker at du skal ha mulighet til å forberede deg til intervjuet. Håper at du i forkant har tid til å reflektere over temaet, og på denne måten kunne gi tilbakemelding på best mulig måte. Ærlighet er vesentlig.

Intervjuet vil ta ca. 1 time. Sted og gjennomføring avtales nærmere, men primært vil jeg benytte «Skype» eller telefon.

Ved behov for mer utfyllende informasjon kan jeg kontaktes på telefon eller e-post.

Jeg ønsker et svar så raskt som mulig, slik at møtedato og tid kan avtales..

MED VENNLIG HILSEN

Hans Olav Ose 416 22 312

Hans.Olav.Ose@helse-mr.no

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt forespørsel om å bli intervjuet i forbindelse med skriving av masteroppgave i Risikostyring og sikkerhetsledelse. Jeg har lest informasjonsskrivet og er kjent med innholdet i dette skriv. Jeg har forstått temaet i oppgaven og ønsker å delta som intervjuobjekt under de forutsetninger som er beskrevet i informasjonsskrivet.

.....

Sted/dato

Navn

Vedlegg C Intervjuguide

Innledning

Mitt navn er Hans Olav Ose, og jeg arbeider til daglig som beredskap- og sikkerhetsleder i Helse Møre og Romsdal HF. Jeg har utdanning som anestesisykepleier og ambulansesarbeider og har erfaring fra sivil helsetjeneste både som leder og «ansatt» inne på sjukehus og ambulansetjeneste samt AMK. Har også erfaring fra militær helsetjeneste i Norge og i internasjonale operasjoner. Har gjennom mange år gjennomført øvelser i eget helseforetak, og bidratt inn mot nasjonale helseøvelser bl. annet på Svalbard og sist nasjonal helseøvelse 2018.

Min rolle i denne settingen er som forsker, og jeg vil derfor innta en tilbaketrukket rolle i intervjuet men komme med oppfølgingsspørsmål basert på en intervjuguide der det er behov.

Hensikt med intervjuet

Jeg har studert Risiko, sårbarhet og sikkerhet ved Universitetet i Stavanger og skal innen oktober 2019 fullføre studiet med Masteroppgave. Intervjuet er en del av datainnsamlingen, og jeg fokuserer på å intervju medlemmer i beredskapsledelser i lokale helseforetak på strategisk og operasjonelt nivå.

Tema:

Beredskapsledelse i helseforetak

Problemstilling

Hvor godt forberedt er helseforetak sin beredskapsledelse for å utføre god kriseledelse?

Forskningsspørsmål som skal bidra til å svare ut problemstillingen:

4. Hvordan trener og øver beredskapsledelsen i lokale helseforetak for å kunne håndtere kriser?
5. Hvordan benytter helseforetak beredskapsplanverk i trening og forberedelse?
6. Hvordan jobber helseforetaket sin beredskapsledelse metodisk ved krisehåndtering?

Avklaringer:

Har respondenten forstått temaet? Noen flere spørsmål?

Taushetsplikt

Jeg vil anonymisere dine opplysninger og kun benytte disse i denne oppgaven. Formidlet informasjon som blir tatt opp, eller som du bidrar med vil bli slettet når studiet avsluttes oktober 2019. Jeg vil i sluttproduktet gjennomføre en verdivurdering hvorvidt her er noen opplysninger som krever gradering.

Tidsramme

Ca. 1 time

Opplysninger om respondenten

Intervjuobjekt nummer	
Navn	
Arbeidssted/stilling/verv	
Telefon og e-post	

Dato	Møtested: respondent/intervjuer	ID: Helseforetak/strategisk/operasjonelt nivå

Alder

Til 30 år	30-40 år	40-50 år	50-60 år	60 år og mer

Antall år i fagområde beredskap

0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26 og mer

Kan du kort beskrive din erfaring og bakgrunn, og si noe om hva som er ditt funksjonsområde.

Spørsmål under intervjuet

Kan du si noe om hvordan dere har organisert beredskapsledelsen i ditt helseforetak?

- Hvem er medlemmer i strategisk beredskapsledelse?
- Hvem er medlemmer i operasjonell beredskapsledelse?

Kan du si noe om hvordan dere trener og øver beredskapsledelsen i ditt helseforetak?

- Er det spesielle ting dere fokuserer på?
- Er treningen/øvelsene relevant for funksjonene dine i beredskap/kriseledelsen?
- Benyttes planverk ved trening/øvelser? Hvis det benyttes kan du si noe om hvordan dere bruker beredskapsplanverket i trening og øvelser?
- Hvor trener/øver dere? (eks. stabsrom, møterom avsatt til beredskapsledelse, tilfeldig møterom, eget kontor med mer).
- Hvor ofte trener dere? Hvilke typer øvelser benytter dere?

Hva legger du i følgende begreper?:

- Beredskap (eller Krise?)
- God kriseledelse (eller beredskapsledelse)
- Beredskapsledelse (eller kriseledelse?)

Hvordan jobber beredskap/kriseledelsen metodisk i krisehåndteringen?

- Benyttes hjelpemiddel? Hvilke? (F.eks tavler, HelseCIM)
- Teamarbeid eller en leder som styrer alt?

- Hvordan kommer dere fram til en felles situasjonsforståelse(Situasjonsbevissthet) i din beredskap/kriseledelse?

Hvordan opplever du at beslutninger blir tatt i beredskap/kriseledelsen?

- Opplever du at treningen og forberedelsene bidrar til gode beslutninger?
- Kan du si noe om hvordan man kan bli bedre til ta beslutninger i din beredskap/kriseledelse?

Hva mener du er de største utfordringene for beredskap/kriseledelsen i ditt helseforetak?

- Hva mener du er de viktigste tiltakene for å bidra til god/bedre beredskap/kriseledelse i ditt helseforetak?

Kan du si noe om situasjoner der beredskapsledelsen har tatt kritiske beslutninger?

- Hva er utfordringene med disse situasjonene?
- Hva har vært suksessfaktorer hvis dette har gått bra?

Hva mener du er den største forskjellen på trening/øvelser og reelle situasjoner?

Har medlemmer i beredskapsledelsen formell kompetanse innen beredskapsfaget?

- Har man uformell kompetanse i form av lang erfaring/deltatt på mange øvelser og reelle hendelser?

Hvilken beredskapsfaglig kompetanse mener du medlemmer i beredskap/kriseledelsen bør inneha?

- Er det behov for en formell utdanning for beredskapsledelse innen helseforetak (Spesialisthelsetjenesten)?
- Hvor omfattende og på hvilket nivå mener du den bør ligge på? (moduler med studiepoeng?, 10-30?)

Hva mener du om en veileder som beskriver beredskapsledelse i helseforetak?

(spesialisthelsetjenesten eller også kommunehelsetjenesten?).

Hva bør den inneholde?

-Metodikk Med mer