

Samhandling i nødmeldetjenesten

Hvilke kjerneforutsetninger bør ligge til grunn for å nå anbefalingene fra Gjørvkommisjonen og Helsedirektoratet etter 22. juli 2011 om å ivareta samhandling.

Tanja Hande



MASTEROPPGAVE

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

Universitetet i Oslo

Høst 2018

“When things go wrong in high-risk organizations, the consequences can result in damage to humans, equipment and the environment. Significant levels of protection and redundancy are built into modern technical systems, but as the hardware and software have become increasingly reliable, the human contribution to accidents has become ever more apparent”

“Flin, O`Connor og Crichton 2008”

© Tanja Hande

År 2018

Tittel: Samhandling i nødmeldetjenesten

Forfatter: Tanja Hande

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bakgrunn: Fredag 22. juli 2011 ble Norge rammet av det verste terrorangrepet siden andre verdenskrig. Åtte mennesker ble drept da bilbomben gikk av i regjeringskvartalet. 69 ungdommer ble senere skutt på Utøya i Buskerud. kl. 15.25.58 kom den første identifiserte nødsamtalen inn til akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) Oslo og Akershus. Til sammen ble det registrert cirka 80 nødmeldinger til AMK sentralen etter eksplosjonen. De fire medisinske operatørene som var på jobb den aktuelle ettermiddagen klarte å besvare cirka halvparten av samtalene. I løpet av de første tre minuttene ble ti akuttambulanser, en legebil, operativ leder helse (nå innsatsleder Helse) og en motorsykel bemannet med ambulansepersonell dirigert til regjeringskvartalet. Rapportene i etterkant hevdet at det var manglende samhandling og kommunikasjon mellom helse og politi denne dagen. Det førte til unødig forsinkelse i framrykning av helsepersonell, uten at rapportene hevder at dette fikk fatale konsekvenser.

Formål: Hovedformålet med denne oppgaven er å undersøke hvilke kjerneforutsetninger som bør ligge til grunn for å nå anbefalingene som 22. juli kommisjonen og Helsedirektoratet har fremsatt knyttet til samhandling mellom nødetatene.

Metode: En kvalitativ dokumentanalyse. Det er litteratur som allmennheten har tilgang til. Det er tre rapporter inkludert; 22. juli kommisjonen, Helsedirektoratet sin rapport om «læring for bedre beredskap» og sluttrapporten til Helsedirektoratet som kom tre år senere.

Resultater: Litteraturgjennomgangen ga ikke svar på hvilke kjerneforutsetninger Gjørvi-kommisjonen og Helsedirektoratet mente burde ligge til grunn. Det kom ikke frem konkrete tiltak for å ivareta samhandling. Derfor fortsatte jeg å søke i teorien, der fant jeg tre aspekter på kjerneforutsetninger som kan gjøre at anbefalingen om bedre samhandling kan nås.

Konklusjon: De kjerneforutsetninger som bør ligge til grunn for å nå anbefalingene er Crew Resource Management (CRM), korrekt radiosambandskommunikasjon og god ledelse. Bakgrunnen for disse kjerneanbefalingene er at kommunikasjon er den viktigste prosessen i alle organisasjoner. CRM innebærer en strukturert måte å bruke kommunikasjon på. Gjennom bruk av sjekklister og repetisjon kan man skape teamfølelse og redusere feil. Gjennom riktig bruk av prosedyrer for radiokommunikasjon vil belastningen på radionettet reduseres. Det vil bidra til at viktig kommunikasjon har prioritet. Den siste kjerneforutsetningen handler om

ledelse. Ingen av kjerneforutsetningene vil kunne gjennomføres dersom ikke leder legger til rette med systemer og struktur i organisasjonen.

Abstract

Background: Friday July 22nd 2011 Norway was hit by the worst terror attack since World War 2. Eight people were killed when the car bomb exploded in the government quarter in Oslo. Later that day 69 youths were shot at Utøya in Buskerud. At 15.25.28 the first identified emergency call was registered at the medical dispatcher in Oslo-Akershus. A total of eighty phone calls were registered, but the medical operators only managed to answer about half of these calls. During the first three minutes ten ambulances, one ambulance with anesthesia, a motorbike and operating leader was sent to the government district. The final report after the terror attack claimed that communication between health and the police was inadequate this day. This led to unnecessary delays in advancing health professionals. The commission claimed that it did not have fatal consequences.

Aim: The purpose in this text is to find out what kind of core assumptions are required to reach the recommendation made by the commission in relation to interaction.

Methods: A qualitative analysis of public documents. This is literature with open access for everyone. I've analyzed the July 22nd commission and the health department's report about "learning for better readiness" and the final report by the health department which came three years later.

Result: The literature review did not give any answers of what the July 22nd commission and the health department meant with the core assumptions. Therefore I continued searching in the theory to find core assumptions that can make the recommendation of better interaction reachable.

Conclusion: I've come up with three aspects that can be core prerequisites for reaching the recommendations. The aspects are Crew Resource Management CRM, correct radio communication and the importance of good management. Communication is the most important process in every organization and that is the reason why I've come up with these core assumptions. CRM involves a structured way to use communication. True checklist and repetitions we can make team spirit and reduce mistakes. The next assumption is correct radio communication procedures. That will reduce unnecessary noise and will contribute to the importance of important communication. The last assumption is management; none of these

core assumptions will be reachable unless the leader makes it possible by using systems and structure in the organization.

Forord

Siden jeg startet på dette studiet har jeg reflektert og undret meg over forskjellige temaer og problemstillinger til min masteroppgave. Underveis har jeg lært mye om ledelse og gode prosesser. Masteroppgaven er skrevet under studiet for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo høsten 2018 og er avslutning på studiet ved medisinsk fakultet, avdeling for helseledelse og helseøkonomi, ved institutt for helse og samfunn.

Det har vært en lang periode med lesing, skriving og ikke minst omskriving, men nå er masteroppgaven klar til å leveres. Det har vært en intens periode, men den har også vært spennende og ikke minst lærerikt.

Det er flere personer jeg ønsker å takke for å ha bidratt med både hjelp og nyttig kunnskap i denne oppgaven.

Jeg vil gi en takk til min veileder, professor Halvor Nordby ved Universitetet i Oslo. Han har gitt meg nyttig hjelp i skriveprosessen. Han innehar kunnskaper og fremstår som en vandrende database. Vi har hatt veiledning på Universitetet, også på min arbeidsplass der Halvor også har fått omvisning i 113 sentralen for Oslo, Akershus og Østfold.

Det har vært noen krevende år der jeg har gjennomført et masterstudium parallelt med min lederjobb der ansvarsområdet/stillingsinstruks er endret to ganger underveis.

Videre vil jeg rette en stor takk til arbeidsgiver Oslo Universitetssykehus for tilrettelegging og ikke minst permisjoner. Jeg har også en leder som ikke bare har støttet meg, men også pusket meg til å ta flere permisjonsperioder for å gjøre denne oppgaven ferdig. Jeg ønsker også å takke min lederkollega og venninne Marie. Hun har hjulpet meg når det har stormet som verst. Hun har både oppmuntret og støttet gjennom disse to årene, bidratt til diskusjoner og gitt motivasjon til å fortsette. Samtidig som jeg vet at det har blitt ekstra jobb på henne i perioden, jeg lover jeg kommer sterkere tilbake.

Anita Lopez-Pedersen, du er en engel, tusen takk for at du har brukt sene timer og netter og har lest gjennom oppgaven og gitt meg konstruktive og gode tilbakemeldinger. Jeg vet ikke hva jeg skulle gjort uten deg. Jeg ønsker deg lykke til med stipendiat arbeidet. Du er helt fantastisk.

Sist, men ikke minst så fortjener min familie, først og fremst min ektemann Thor Jarle en kjempe takk for tålmodigheten, når jeg uke etter uke har sittet i egne tanker og ikke svart på spørsmålene eller hørt hva du har sagt. Spisebordet vårt har sett ut som en konstant boklansering under hele studiet. Våre fire flotte jenter, Christina, Emilie, Mina og Malin fortjener også mange takker for tålmodigheten. Mange hysj hysj når dere har kommet inn i rommet, når jeg gang på gang har sagt nei til sammenkomster og andre sosiale tiltak, fordi jeg skulle skrive.

Tusen takk!

Terminologi

AMIS	Akutt medisinsk informasjonssystem
AMK	Akutt medisinsk kommunikasjonsentral
AMK O/A	Akutt medisinsk kommunikasjonsentral Oslo og Akershus
DSB	Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
HF	Helseforetak
HOD	Helsetjenestens driftsorganisasjon
ICCS	Integrated Communication and Control System
IKT	Informasjon og kommunikasjonsteknologi
IT	Informasjonsteknologi
KOKOM	Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap
NAKOS	Nasjonalt kompetansesenter
NIKT	Nasjonalt ikt prosjekt
NOU	Norges offentlige utredninger
NPM	New Public Management
NSD	Norsk senter for forskningsdata
NTNU	Norges teknisk – naturvitenskapelige universitet
NØDNETT	Digitalt kommunikasjonsnett for nødkommunikasjon
OUS	Oslo Universitetssykehus
PFN	Program for Forbedring av Nødmeldetjenesten
PLIVO	Pågående livstruende vold
R-AMK	Regional akutt medisinsk kommunikasjonsentral
RHF	Regionale helseforetak

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Tema.....	1
1.2	22. Juli kommisjonen.....	2
1.3	Helsedirektoratet.....	2
1.4	Problemstilling og forskningsspørsmål.....	3
1.5	Avgrensninger.....	5
1.6	Oppgavens struktur.....	6
2	Bakgrunn.....	7
2.1	Kvalitetsindikatorer for AMK.....	10
3	Teoretisk rammeverk.....	12
3.1	Organisasjonsteori.....	12
3.2	Kommunikasjonsteori.....	15
3.3	Crew Resource Management.....	20
3.4	Teknologisk utvikling - IKT.....	21
3.5	Resultatorientert ledelse.....	23
3.5.1	Fem-faktormodellen.....	26
3.6	New Public Management.....	28
4	Metode og data.....	31
4.1	Dokumentanalyse.....	31
4.2	Planleggingsfase.....	33
4.3	Søkeord.....	34
4.4	Analysen.....	34
4.5	Validitet og reliabilitet i forskningen.....	37
4.6	Etiske hensyn i forskning og egen rolle.....	38
5	Resultater.....	41
5.1	NOU 2012:14 Rapport fra 22. Juli kommisjonen.....	41
5.2	«Læring for bedre beredskap» Helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22. juli 2011. Helsedirektoratet.....	46
5.3	Oppfølging av erfaringer etter 22. juli 2011. Sluttrapport for prosjektperioden. Helsedirektoratet.....	50
5.4	Oppsummering av resultater.....	53

5.5	Status i etterkant av rapportene	54
6	Drøfting	55
6.1	Samhandling - CRM.....	55
6.2	IKT sambandsregler	60
6.3	Ledelsens ansvar.....	62
7	Konklusjon	67
	Litteraturliste	70

Fant ingen figurlisteoppføringer.

1 Innledning

1.1 Tema

Fredag 22. juli 2011 ble Norge rammet av en terrorhendelse av enorme dimensjoner. Regjeringskvartalet i Oslo ble ødelagt og flere hundre mennesker befant seg i området. Det hersket kaos i Oslo sentrum og en storstilt redningsaksjon ble iverksatt. Samtidig satte gjerningsmannen uhindret kurs til Utøya og sommerleiren til AUF. Her befant det seg over 550 ungdommer. Kort tid etter at terroristen ankom Utøya ble den forvandlet til et katastrofeområde, som Norge aldri hadde sett maken til. Nødetatene i Norge ble satt på den største prøven noen gang. Oslo universitetssykehus var under terrorangrepet og er også i dag ansvarlig for driften av AMK O/A. Det er fortsatt landets største AMK sentral. I 2011 hadde sentralen ansvar for en befolkning på 1 200 000 mennesker, i dag er tallet 1 600 000 mennesker.

Ca. 150 000 *113- samtaler* ble besvart av AMK-O/A sentralen i 2011, det innebar at sentralen alene mottok omlag halvparten av alle nødtelefoner som ble ringt i Norge. I dag har AMK sentralen byttet navn til AMK Oslo. I juni 2015 ble AMK- sentralen i Østfold overført til AMK Oslo. Antall 113- samtaler har steget til ca. 200 000 pr år. Samlet antall telefoner inn og ut av sentralen har passert 1 million pr år. AMK Oslo er bemannet med sykepleiere, flere med spesialutdanning. Ambulansearbeidere, de fleste med tilleggsutdanning som Paramedic med ansvar for ressurskoordinering. AMK Oslo er i tillegg ansvarlig for koordinering og flight following av fem luftambulanser i Helse Sør-Øst. Flight following innebærer ansvar for å holde oversikt ved å følge helikopteret fra de tar av til de lander. Operasjonsleder er ansvarlig leder på alle vakter.

Med store og komplekse AMK sentraler ser jeg det som vesentlig å finne grunnleggende kjerneforutsetninger som kan ivareta samhandlingen i nødmeldetjenesten. Jeg har valgt å kalle de grunnleggende verktøyene for kjerneforutsetninger, som jeg mener må være på plass for å kunne utføre arbeidet og nå anbefalingene. Det stilles store krav til samhandling og god kommunikasjon i nødmeldetjenesten. Det er en forutsetning at de som arbeider i kjeden er omforent og har den samme situasjonsforståelsen.

Beredskapsplanen til Helse Sør-Øst (RHF) har fastsatt at Oslo Universitetssykehus (OUS) skal overta den operative koordineringen av de regionale helseressursene ved katastrofer av en viss størrelse. Klokket 15.50 den 22. juli ble det satt regional AMK (R-AMK) og AMK O/A overtok disponeringen av alle ambulanseressurser i regionen. Ambulanse og luftambulanseressurser ble kalt inn fra omkringliggende helseforetak. Det ble kalt inn mannskaper fra frivillige organisasjoner (1, 2). Det betydde at antall ressurser var kraftig økt i forhold til den normale driftssituasjonen. Det utfordret også samhandlingen med ressursene. Det er av stor betydning at kommunikasjonsverktøyene er gode, slik at AMK kan samhandle med ressursene de har et koordineringsansvar for.

1.2 22. Juli kommisjonen

Ved kongelig resolusjon av 12. august 2011 ble den uavhengige kommisjon oppnevnt. Den skulle kartlegge og foreta undersøkelser og trekke lærdom fra terroraksjonen i regjeringskvartalet og Utøya. Kommisjonen skulle beskrive angrepene og hvordan nødetatene og landets ledelse svarte på utfordringen. Videre skulle kommisjonen gi evalueringer av beredskapsinnsatsen og beskrive samhandlingen. Den skulle også se på tilgangen av ressurser og den hvilke systemer som var i bruk denne dagen. 22. juli kommisjonen skulle også se på viktige sider ved helikoptre og sambandsløsningene, og den skulle se på evne til å avverge og beskytte mot angrep (3). Målet med rapporten til 22. juli kommisjonen var å komme frem til ny lærdom å gi anbefalinger som i fremtiden ville bedre beredskap og samhandling.

1.3 Helsedirektoratet

Helse- og omsorgsdepartementet ga i brev av 7. september 2011 Helsedirektoratet i oppdrag å foreta gjennomgang av helsesektorens innsats etter terrorangrepene 22. juli 2011.

Problemstillingen i Helsedirektoratet sin gjennomgang ble utformet i hovedsak med mål om å belyse hvor godt helsetjenesten og helsemyndighetene ut fra sine forutsetninger bidro til å beskytte befolkningens liv og helse. Helsedirektoratet oppfattet at gjennomgangen hadde tre hovedmål. Det første var å dokumentere og vurdere hvordan helsesektoren håndterte sin oppgave, herunder å avdekke læringsområder som kunne gi grunnlag for å endre håndteringen av lignende situasjoner i fremtiden. Hovedmål nummer to var å gi korrekt grunnlag for informasjon om helsetjenestens handlinger, erfaringer og vurderinger. Det siste hovedmålet var å bistå 22. juli kommisjonen som holdt på med sin gjennomgang parallelt, dersom det kom en anmodning om dette.

1.4 Problemstilling og forskningsspørsmål

Oppgaven er basert på de funn som er gjort etter litteraturgjennomgangen av de offentlige dokumenter som følger av terrorhendelsen 22. juli 2011. Jeg vil drøfte det teoretiske grunnlaget for å finne kjerneforutsetninger. Årsaken til dette er at jeg ikke fant svar på problemstillingen i de offentlige dokumentene.

Tittelen på oppgaven er samhandling i nødetatene. Betydningen rettet mot AMK. Jeg kan ikke pålegge andre nødetater å endre sine arbeidsmetoder. Kjerneforutsetninger kan bidra til at AMK- sentralene blir bedre og mer bevisst på god samhandling med andre nødetater.

Tema i oppgaven er hvilke kjerneforutsetninger som skal til for å nå de anbefalingene som kom frem i rapporten fra 22. juli kommisjonen 2012 (3). Samme år ble det som nevnt utgitt en rapport fra Helsedirektoratet (4) med navnet «læring for bedre beredskap». I 2015 kom også Helsedirektoratet (5) sin sluttrapport om oppfølging av erfaringer etter 22. juli 2011. Alle rapportene pekte i samme retning om at samhandling, bedre IKT- utnyttelse og resultat orientert ledelse var områder som burde forbedres. Rapporten fra 22. juli kommisjonen har fått stor medieoppmerksomhet og den har vært gjenstand for både diskusjoner og politisk uenighet i etterkant av terrorhendelsen. Jeg ønsker å finne ut hva som ligger til grunn for anbefalingen.

Problemstillingen lyder derfor som følger:

Hvilke kjerneforutsetninger bør ligge til grunn for å nå anbefalingene fra Gjörv-kommisjonen og Helsedirektoratet etter 22. juli om å ivareta samhandling?

I denne oppgaven betyr kjerneforutsetningene de grunnleggende metodene eller verktøyene som bør være til stede for å gjennomføre samhandling på en god måte. Det betyr at andre forhold som for eksempel mennesker på jobb og at det finns pc- skjermer eller lignende ikke er inkludert som kjerneforutsetninger.

For å kunne besvare denne problemstillingen vil jeg først gjøre en grundig litteraturgjennomgang. Det er nødvendig å undersøke hva som ligger til grunn for at de ulike rapportene har kommet frem til sine anbefalinger. Deretter vil jeg gjennomgå teorien jeg ser som relevant. Teoridelen vil handle om organisasjoner, kommunikasjonsprosesser og jeg vil belyse hvilken rolle ledere har i denne sammenhengen. Jeg vil presentere tre aspekter som jeg mener bør være kjerneforutsetninger. De tre aspektene er CRM, korrekt radiokommunikasjon og ledelse. Jeg vil diskutere empirien i lys av disse tre aspektene.

Ambisjonen med masteroppgaven er å tilføre kunnskap om tre aspekter som kan bidra til at AMK samhandler bedre. Disse aspektene velger jeg å kalle kjerneforutsetninger. Samtidig ønsker jeg å bidra med innsikt og kunnskap som i dag i stor grad brukes i andre fagfelt, men som gjerne kan brukes mer i helsetjenesten. Samtidig ønsker jeg å belyse hvor viktig det er at vi lager systemer som er bærekraftige selv om teknologien svikter. Dette mener jeg vi kan gjøre ved å bruke enkle kommunikasjonsteknikker slik at vi skaper felles situasjonsforståelse som gjør samhandlingen bedre.

1.5 Avgrensninger

Undersøkelsene i denne oppgaven avgrenses til å omhandle AMK sentralens rolle fra 22. juli rapporten. De samme forutsetningene gjelder for rapporten til Helsedirektoratet, «læring for bedre beredskap» og sluttrapporten til Helsedirektoratet. Videre ligger det også en avgrensning i at jeg bare vil se på anbefalingen om bedre samhandling og hvilke verktøy som kan brukes som kjerneforutsetninger for å ivareta samhandling. Oppgaven retter seg mot AMK og hvordan kjerneforutsetninger kan sikre bedre kommunikasjon.

1.6 Oppgavens struktur

Masteroppgaven er bygd opp etter malen fra retningslinjene om masteroppgaveskriving ved Universitetet i Oslo.

Oppgaven er delt inn i syv kapitler, som igjen er delt inn i del- og underkapitler.

Kapittel 1. Inneholder innledning om temaet, en presentasjon av problemstilling og en redegjørelse om hva som ligger til grunn for tolkningen av problemstillingen. Samt avgrensninger som er gjort i oppgaven.

Kapittel 2. Bakgrunns kapittel. Innledes med teori om AMK og hvordan utviklingen har vært siden oppstarten i 1984 og hvilke utfordringer verktøyet i AMK kan gi. Sist i dette kapitlet vil jeg gjøre rede for kvalitetsindikatorene som handler om AMK.

Kapittel 3. Teoretisk rammeverk. Dette kapitlet omhandler den teorien som skal benyttes i oppgaven for å drøfte problemstillingen.

Kapittel 4. Metode og data. Her presenteres metoden som er brukt. Jeg vil redegjøres for valg av kvalitativ metode. Hvilken fremgangsmåte som er benyttet og hvordan dataene er analysert. Forskningens validitet og reliabilitet vil også bli gjennomgått. Etske hensyn i forskning kommer til sist i kapitlet sammen med min egen rolle og forståelse.

I kapittel 5. I dette kapitlet vil jeg presentere resultater og de funnene jeg har gjort gjennom analysen. Jeg vil også ha en oppsummering av alle rapportene sist i kapitlet og en statusoversikt over pågående prosjekter som påvirker AMK.

Kapittel 6. Her vil jeg drøfte problemstillingen opp mot teoriene som er presentert i kapittel 3, jeg vil også ta inn litteraturen fra resultatdelen i kapittel fem.

Kapittel 7. Oppgaven avsluttes med konklusjon. Jeg vil se på konsekvenser for praksisfeltet AMK, veien videre og noen spørsmål har dukket opp som følge av oppgaven.

2 Bakgrunn

I dette kapittelet tar jeg for meg bakgrunnen til oppgavens tema. Medisinsk nødmeldetjeneste er publikum sin vei til helsetjenesten. Jeg ønsker å vise hvilken rolle AMK har i samfunnet, på denne måten vil jeg belyse hvorfor det er vesentlig med grunnleggende kjerneforutsetninger for samhandling.

Det har gjennom mange år blitt lagt frem forskrifter og utredninger (NOU) som har hatt temaer om IKT verktøy. IKT verktøyet har blitt diskutert og fått skylden for mange kommunikasjonsutfordringer. Derfor er det nødvendig å finne grunnleggende kjerneforutsetninger som må være tilstede i samhandling med andre. Dette bør være verktøy og metoder som virker uavhengig av om IKT systemene er oppdaterte. Det betyr at dersom radiokommunikasjon ikke kan gjennomføres så må det etableres systemer som ivaretar andre løsninger.

AMK er et landsdekkende organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system, som varsler og håndterer henvendelser når det er behov for akuttmedisinsk hjelp. Det innebærer også kommunikasjon innen helse- og omsorgstjenesten. Den medisinske nødmeldetjenesten har i oppgave å skaffe riktig hjelp til riktig tid og sted. Nødmeldetjenesten ble utviklet i begynnelsen av 1980 årene. Den første AMK sentralen ble etablert på Haukeland sykehus i 1984. I 1989 ble medisinsk nødmeldetjeneste en lovpålagt oppgave som fylkeskommuner (daværende sykehuseier) og kommuner fikk ansvar for (6). I perioden 2014 - 2017 ble antallet AMK sentraler redusert fra 19 til 16, hele landet har nå fått innført nytt Nødnett. 22. juli kommisjonen pekte på at nytt Nødnett ville bidra til å forbedre kommunikasjonsplattformen. ICCS er den kontrollromsløsningen som benyttes i AMK. ICCS har egen separat skjerm og er innført i alle AMK sentralene. Nødnettet ville legge til rette for bedre samhandling også mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Effektive akuttmedisinske kjeder krever god kommunikasjon, samordnet og strukturert innsats fra nødetatene.

Endringer i strukturen betyr i dag at det er de Regionale Helseforetakene (RHF) som er ansvarlig for å etablere og drive AMK sentralene og nødnummer 113. Dette er en del av RHF sitt sørge for- ansvar. Grunnverdiene for medisinsk nødmeldetjeneste er nærhet, likhet, fellesskap og trygghet. Nødmeldetjenesten er basert på fagkyndighetsprinsippet som innebærer at publikum ved henvendelse skal sikres direkte kontakt med medisinsk personell.

Et av de mest sentrale grunnverdiene for medisinsk personell er at de skal sikre at meldinger blir raskt mottatt, forstått, og foreta en vurdering av behovet for hjelp. Det er RHF sitt ansvar å sikre befolkningen tilgang til likeverdige og nødvendige spesialisthelsetjenester. RHF legger til rette for forskning og undervisning. Begrepet prehospitale tjenester er en samlebetegnelse for helseforetakene på de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehusene (6).

Tilbake i 2002 (7) kom rapporten fra et forskningsprosjekt finansiert av Norges teknisk – naturvitenskapelige universitet (NTNU) og nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens nødmeldetjeneste (KoKom). Rapporten berørte samarbeid og bruk av teknologi i akuttmedisinsk koordinering. Ett av de tydeligste kjennetegnene ved norske AMK- sentraler er den utstrakte bruk av tekniske hjelpemidler som finner sted. Rapporten oppsummerte fem hovedhensikter med bruk av tekniske innretninger. Disse fem hensiktene er kommunikasjon med eksterne, kommunikasjon med sykehusinterne, statusoversikt, visualisering og samarbeid inne i sentralen.

Rapporten til Tjora (7) konkluderte med at akutt medisinsk informasjonssystem (AMIS) kunne utfordre organiseringen. Rapporten pekte også på at AMIS som loggføringsverktøy, ville kreve mer av operatørens oppmerksomhet mot skjermarbeidet. Ifølge rapporten ville det kreve større konsentrasjon for å sette seg inn i systemets funksjoner og at systemet skulle kommunisere med andre systemer. Rapporten konkluderte videre med at integrerte systemer er etterspurt i AMK sentralene når det gjelder tekniske forbedringspotensialer. I tillegg ble det synliggjort at det var behov for bedre visualisering som kunne gi flåtestyring av ressursene, slik at de var synlige på kart og skjermer. Rapporten viste videre at AMK sentralen måtte kunne anvende ulike kunnskapsgrunnlag og kriterier i sin vurdering, for å bruke de akuttmedisinske ressursene best mulig. AMK skulle ha flerfaglig tilnærming og stor fleksibilitet i bruken av teknologi og overskudd for å gi kollegial støtte under beslutninger som tas fortløpende.

Avslutningsvis omtalte rapporten AMK sin rolle i et større samfunnsmessig eller samfunnsmedisinsk perspektiv. Det betydde at ved å opprettholde et variert kunnskapsgrunnlag i AMK sentralen med fleksible ressurser, kunne det være en effektiv måte og begrense overforbruket av medisinske tjenester (7). Dette måtte sikres med et godt forberedt system for håndtering av hendelser og felles retningslinjer for samhandling. Alle medarbeidere i AMK må ha kjennskap til hvordan kommunikasjonsverktøyet fungerer. De må også ha inngående kunnskap om medisinsk håndverk.

Kommunikasjon

AMK sentraler kommuniserer primært verbalt gjennom radiosamband til ambulanse og luftambulanseressurser. I tillegg kommuniseres det gjennom skriftlig dokumentasjon i AMIS, som overfører oppdragsinformasjon elektronisk ut til alle ressursene. Statusrapporter føres tilbake fra ressursene til AMK sentralen. Systemet inneholder loggføring og er koblet opp til AMK sentralens GPS baserte flåtestyringssystem. Det gjør at operatøren på AMK sentralen kan se hvor ressursene befinner seg i distriktet.

Prehospitalt arbeid

Prehospitalt arbeid innebærer at valg må gjøres raskt der og da. Det handler om å utnytte de ressursene som er tilgjengelig. Det handler om at prosedyrer og systemer må være oppdaterte. Det prehospitalt arbeidet preges av at man ikke har et fullstendig beslutningsgrunnlag og at det beste alternativet må velges basert på den begrensede kunnskapen som er tilgjengelig. Det kan få alvorlige konsekvenser for pasienters helsetilstand dersom man velger å transportere pasienten til ett sykehus fremfor et annet (8).

I en rapport (9) fra helsetilsynet i 2013 ble AMK sentralen i O/A gjenstand for sterk kritikk. Bakgrunn var at innringere ikke fikk raskt nok svar når de ringte nødtelefonen 113. AMK-O/A klarte ikke å besvare 90 prosent av 113- samtalene innen 10 sekunder. Det medførte en tvangsmulkt fra Helsetilsynet. Det resulterte i at det ble satt i verk tiltak og bemanningen ble økt ved AMK- O/A slik at svartidene gradvis ble bedre. Derimot ble det ikke endret arbeidsrutiner utover mer bevisstgjøring fra ledelsen.

Det er fortsatt medieoppslag som viser utfordringer i samhandling og kommunikasjon. I en artikkel fra oktober 2018 (10) står leder for landets største AMK sentral frem med stor bekymring rundt IKT systemer der dataskjermer «går i svart». Det medfører at medarbeidere må bruke penn og papir, og selv gå rundt i sentralen for å levere fra seg lapper med beskjeder. Først må riktig adressat for lappen lokaliseres, slik at ressurskoordinator kan starte arbeidet med å finne den nærmeste ressursen. Ressursen kan ikke sees i kartet når systemet er nede, konsekvensen er at AMK vet ikke hvor nærmeste ressurs befinner seg. Videre sier medarbeiderne ved AMK sentralen at de har stor bekymring knyttet til bruk av penn og papir. Det kan forsvinne og håndskriften kan bli utydelig når det står om liv. I særdeleshet når det handler om hjertestans eller små barn, når stressnivået øker betraktelig. Når AMK ikke kan

sende oppdrag elektronisk får det konsekvenser når ambulansene må bruke manuelle kartbøker for å manøvrere seg frem. I artikkelen om AMK Oslo står ledelse og medarbeidere sammen, noe som er viktig for å skape gode relasjoner, men også for og nå et felles mål som vil bidra til at samhandling blir bedre.

2.1 Kvalitetsindikatorer for AMK

Målet med dette avsnittet er å forklare hvordan begrepene kvalitetsindikatorer med krav om svartider i AMK og samhandling henger sammen.

Det er fastsatt nasjonale kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenesten som skal gi informasjon om den kvaliteten som brukere av helsetjenestene får. De skal også brukes til kvalitetsstyring og kvalitetsforbedring. Nasjonale helsemyndigheter ønsker at pasienter, pårørende og publikum skal få bedre kunnskap om kvaliteten i helsetjenesten. På bakgrunn av dette publiseres de nasjonale kvalitetsindikatorerne slik at de er tilgjengelig for alle (11). Det er tverrfaglige grupper fra helse- og omsorgssektoren og Helsedirektoratet som definerer parameterne for å måle tjenester av god kvalitet. De nasjonale kvalitetsindikatorerne sammenligner kvaliteten både på lokalt, nasjonalt og på internasjonalt nivå (11).

De første nasjonale kvalitetsindikatorerne for AMK het «svartid medisinsk nødnummer 113». Det innebærer at 90 prosent av alle 113- samtalene skal besvares av medisinsk operatør på AMK innen 10 sekunder fra telefonen begynte å ringe (11). For å kunne gjennomføre dette med over 170 000 nødsamtaler til AMK Oslo, kreves struktur og et bevisst handlingsmønster. Da kvalitetsindikatorerne ble innført var det ikke i sammenheng med at prosedyrer og arbeidsmetoder kanskje måtte endres i AMK sentralene. Det betydde at det var opp til hver enkelt AMK sentral hvordan de håndterte dette. For å klare å nå målsetningene er det behov for å se på hvilke organisatoriske forhold som kan avhjelpe slik at det blir en bedre struktur. Dette kan gjøre at samhandling blir bedre gjennom bevisstgjøring hos AMK personell, for å spare tid å unngå unødig kommunikasjon.

Når det gjelder å se i hvilken grad de akuttmedisinske tjenestene oppfyller de nasjonale kvalitetsindikatorerne, baseres dette på tall som hentes ut av ICCS (Integrated communication and Control system). Dataene lagres på server på hver enkelt AMK sentral og hentes ut av Helsetjenestens driftsorganisasjon (HOD HF). Derfra rapporteres det til Norsk pasientregister. Norsk pasientregister mottar samledata både fra Telenor og HDO HF, og beregner i hvilken

grad kvalitetsindikator er nådd for de 16 AMK sentralene som finnes i Norge (11). For å klare å nå målsetningene i kvalitetsindikatorene, er det vesentlig at man tar innover seg at kravene om raskere hjelp fra nødmeldesentralen ikke vil avta. Det kan derimot bety at nødmeldesentralene bør endre sine arbeidsprosesser. AMK bør endre sine arbeidsprosesser fra nødsamtalen blir mottatt til ressursen er varslet. Dermed blir samhandlingen mer effektiv.

Dersom kvalitetsindikatorene ikke overholdes, vil det medføre konsekvenser. Helsetilsynet (9) besluttet som nevnt i 2013 å gi bøter til AMK Oslo fordi svartidene ikke var gode nok. Hver enkelt medarbeider i AMK ansvarliggjøres og må redegjøre dersom hjelpen ikke blir gitt raskt nok eller er feil. Det gjør det vesentlig å kartlegge kjerneforutsetninger slik at AMK kan bli bedre på samhandling gjennom kommunikasjon.

I dette kapitlet var målet å beskrive hvordan utviklingen for AMK har vært siden den ble etablert i 1984. Det er økende krav om rask respons gjennom kvalitetsindikatorer. Dette har medført utfordringer når det gjelder samhandling. I hele kjeden handler det om å spare tid og derfor vil grunnleggende kjerneforutsetninger bli mer aktuelt som nye måter å effektivisere arbeidet på.

3 Teoretisk rammeverk

For å finne kjerneforutsetninger som bør ligge til grunn for å nå anbefalinger om å ivareta samhandling, vil jeg se på tre aspekter. De tre aspektene handler om CRM, kommunikasjonsprosesser og hvilken rolle ledelse har. For å kunne forstå hvilke utfordringer AMK sentralen står overfor når det gjelder samhandling, er det vesentlig å studere grunnleggende kommunikasjonsprosesser. Likeså viktig er det å være klar over at brudd eller ulik oppfatning av det som foregår i en kommunikasjonsprosess kan gi et beslutningsgrunnlag som er feil. Det er organisasjonen sin struktur som danner grunnlag for handlinger og beslutninger (12). Teorikapittelet vil åpne med en redegjørelse av organisasjonsteori før jeg presenterer grunnleggende kommunikasjonsferdigheter og hvilke trinn som hører med i kommunikasjonsprosessen. Her vil også krisekommunikasjon belyses, for å se på muligheter for å være proaktiv når man utsettes for risiko som kan gi krise. Videre vil jeg redegjøre for teorien omkring Crew Resource Management. CRM er et begrep og en metode som er på full fart inn i organisasjoner som et arbeidsverktøy. Hensikten er å utvikle bedre kommunikative ferdigheter for samhandling og for å redusere muligheter for at det gjøres feil.

Informasjonsteknologi har utviklet seg voldsomt, og åpnet mange muligheter for organisasjoner. Informasjonsteknologi har gitt handlingsrom som tidligere ikke var mulig. Samtidig har det gitt utfordringer når systemene bryter sammen. Helsevesenet har den senere tid fått merke at kravene til kvalitet med begrensede midler har økt. Dermed stiger også kravene til ledere. Det forventes at de har faglig innsikt, kunnskap om økonomi, kvalitet og personalthåndtering.

3.1 Organisasjonsteori

Organisasjonsteori kan sammenlignes med en verktøykasse. Ved hjelp av begreper som kategorier og modeller kan vi oppnå forståelse, forklaring og forbedring. Organisasjoner betraktes som produksjonssystemer, der det er menneskers atferd som vies mest oppmerksomhet. Atferden påvirkes av den organisatoriske konteksten og inngår i en større kontekst som kalles omgivelsene (12).

Ifølge Jacobsen og Thorsvik (12) er organisasjoner et sosialt system som bevisst er konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål. I denne forståelsen er det også fem sentrale elementer; sosialt, system, løse oppgaver, realisere mål og bevisst konstruert. Det sosiale elementet viser til at organisasjoner består av mennesker som samhandler, det er mennesker som representerer organisasjoner. De skaper relasjoner og inngår kontrakter som gjør at de samlet sett utgjør et sosialt system som samarbeider for og nå bestemte mål. Systemelementet viser at man er avhengig av ressurser fra omgivelser for å opprettholde organisasjonen. Alle organisasjoner vil i en eller annen grad være avhengig av å samarbeide med andre organisasjoner. Det å løse oppgaver handler om at organisasjoner er opprettet fordi man ser at dette er effektive måter å løse oppgaver på. Kjernen i alle organisasjoner er oppgaveløsning, som regel ut i fra ønske om å løse oppgaven på best mulig måte og med bruk av minst mulig ressurser. Målelementet skal realiseres gjennom både kortsiktig og langsiktig planlegging. Formelle mål og strategier nedfelles i skriftlige dokumenter. Samtidig søker man etter å etablere uformelle regler og retningslinjer som organisasjonen mener er akseptert (12).

Informasjon og kommunikasjonsteknologi har de siste 15 årene utviklet seg voldsomt og hatt dramatisk innflytelse på hvordan organisasjoner, arbeidsliv og samfunn fungerer og tilnærmer seg oppgaver. Samtidig viser en del forskning ifølge Jacobsen og Thorsvik(12) at IKT øker informasjonspresset på grupper og organisasjoner, med tilhørende fare om at det kan bli altfor mye informasjon å håndtere.

AMK samhandler med flere aktører (se figur 1) og kommunikasjon er avgjørende for at samhandlingen blir god og situasjonsforståelsen er lik. Det er stor usikkerhet blant helsepersonell i førstelinjetjenesten om hvordan man skal kommunisere og handle i utfordrende situasjoner. Med dette som bakteppe er det behov for kunnskap og trening som gir grunnleggende kjerneforutsetninger som er praktisk anvendelige innenfor de prehospitale rammene (8).



Figur 1. AMK sine primære samarbeidspartnere.

Jacobsen og Thorsvik (12) hevder at kommunikasjon er en organisatorisk basisprosess; det danner grunnlag for beslutning og læring og det skaper mening og samhold. Utvikling av ny

teknologi nye måter å organisere på, har gjort kommunikasjon viktigere enn noen gang. Effektiv kommunikasjon er en forutsetning og en nøkkelfaktor for at organisasjoner skal være velfungerende. Det er ikke tilstrekkelig å produsere effektivt i dag, man må i tillegg følge med på hva som skjer i omgivelsene som kan ha betydning for organisasjonen. I takt med at kunnskapsbehovet øker, skjer stadig mer arbeid i team. I AMK arbeider ulike profesjonsgrupper sammen. Når behovet for koordinering øker, stilles det enda større krav til kommunikasjon og felles forståelse i kommunikasjonen.

3.2 Kommunikasjonsteori

Kommunikasjon kommer fra det latinske ordet «communicare» som betyr å gjøre felles, meddele og «holde forbindelse med»(13). I følge Jacobsen og Thorsvik(12) er kommunikasjon den prosessen der personer eller grupper sender eller utveksler informasjon, det handler om overføring av informasjon.

Jacobsen og Thorsvik (12) hevder at kommunikasjon er den viktigste prosessen i alle organisasjoner ettersom den er avgjørende for intern integrasjon og for hvordan den tilpasser seg eksternt. For det første gjøres koordinering gjennom kommunikasjon, mennesker må tilpasse seg hverandre. Kultur skapes gjennom kommunikasjon. Verdier og normer man ønsker skal prege kulturen må formuleres og gjøres tydelige for organisasjonens medlemmer. Uten kommunikasjon kan man ikke skape kultur. Beslutninger fattes hele tiden, det kan være alt fra dagligdagse til overordnede strategiske spørsmål. Til felles for beslutningsgrunnlag er informasjonen som er tilgjengelig i forkant. Et viktig argument er at organisasjoner er bedre på beslutninger enn enkeltindivider og dermed vil antall feil kunne reduseres. Læring er også sentralt i kommunikasjon. For at vi skal lære fordrer det tilbakemelding på det vi har gjort. Da starter prosessen med refleksjon om hvilke resultater som ble oppnådd.

Informasjonsinnhenting fra eksterne omgivelser er av betydning for å tilpasse seg endringer som finner sted. Informasjonsformidling til eksterne omgivelser er vel så viktig. Det kan handle om å informere om hva organisasjonen står for. For AMK sin del kan det være å formidle kritisk informasjon, som når telefonlinjene inn til AMK ikke fungerer.

Ifølge Nordby (8) handler ledelse om å kommunisere. En av hovedoppgavene for en leder er å nå de målene som organisasjonen setter seg gjennom medarbeidere. Først og fremst handler

dette om kunnskapsformidling om hva målene er og hvordan det er riktig å jobbe. For å kunne nå disse målene må forholdene ligge til rette slik at det er mulig. Samtidig må det skapes interesse og motivasjon hos medarbeiderne. Det er vesentlig å sikre god dialog, ettersom det er en forutsetning for at det kan skapes en reell indre motivasjon. Dette igjen medfører at medarbeiderne virkelig ønsker å jobbe for å nå målene til organisasjonen.

Nordby (8) sier videre at dersom normen om god kommunikasjon skal kunne gjennomføres i praksis og dersom den skal kunne forandre menneskers handlinger, må den ledsages av argumenter som er egnet for å overbevise dem som i virkeligheten ikke har god folkeskikk. Det samme gjelder å argumentere mot de som mener at det å sikre god kommunikasjon ikke er så viktig. Det må utledes av generelle ideer om hvordan profesjonsutøvere bør handle for å ivareta mellommenneskelige relasjoner i helse- og omsorgsarbeid.

Kommunikasjonsprosessen

Kommunikasjon fra avsender til mottagere kan deles inn i seks trinn. Nordby (8) kaller det den grunnleggende kommunikasjonsprosessen. Det første trinnet viser til avsenders utforming av budskap. Det er avsender som bestemmer hva det skal snakkes om, her velges kommunikasjonsstrategien. Trinn to i kommunikasjonsteorien omhandler avsenders budskap. Avsender utformer budskapet i bevisstheten og har bestemt seg for hva som konkret skal kommuniseres. Budskapet er oftest en tanke eller en oppfatning som avsender ønsker å formidle. Det kan være et spørsmål som ønskes besvart, men det kan også være en følelse eller en sanseerfaring som vil deles. Alle budskap som kommuniseres kan defineres som subjektive tilstander i bevisstheten til den som sender budskapet. At budskapet uttrykkes i språk, handler om at mottager ikke kan observere selve budskapet, slik det er utformet som indre subjektive tilstander i bevisstheten til den som er avsender. For at mottager av et budskap skal forstå hva avsender ønsker å kommunisere, må det uttrykkes i språk. Det kan være verbalt eller non-verbalt kroppsspråk. Vi må bruke språk for å uttrykke budskap ettersom andre ikke kan lese tankene våre direkte. Trinn fire viser til mottagers observasjon. For den som mottar informasjon vil den sentrale kilden være hva avsender ønsker å kommunisere, det kan typisk være det verbale språket som benyttes. Når kommunikasjonen foregår ansikt-til-ansikt vil mottager sin observasjon av kroppsspråket og situasjonen rundt, ligge til grunn for de antagelser om hva avsender ønsker å formidle. Tonefallet i det verbale budskapet kan være avgjørende for hvordan mottager tolker det som sies. Det neste punktet er

mottagers refleksjon. Mottager av et budskap systematiserer sine observasjoner fra det som er direkte tilgjengelig av avsender sitt verbale og non-verbale handlinger. Det gjøres en mental fortolkningsprosess, mottager spør seg, «hva vil han egentlig fortelle meg?», «samsvarer det han sier med kroppsspråket hans?». Våre fortolkningsprosesser skjer ikke fritt, de er basert på den «mentale ryggsekken» vi har med oss inn i kommunikasjonsprosessen (8). Desto mer avsender vet om den som mottar budskapet, desto enklere blir det å tilpasse språkb Bruken slik at avsender blir forstått slik de ønsker å bli forstått. Det siste trinnet omhandler mottagers fortolkning. Her vises resultatet av hva mottager forstår av prosessen, hvordan mottager oppfatter budskapet som sender ønsket å formidle. Det siste trinnet i prosessen innebærer konkrete oppfatninger, tanker eller sanseerfaringer som mottager har.

Ifølge Nordby(8) er interaktiv kommunikasjon gjennom telefon eller radio gjennomgående i det prehospitale miljøet. Det medfører at misforståelser lett kan oppstå. Selv når interaktive samtaler ikke inkluderer misforståelser, oppleves det ikke alltid som god kommunikasjon likevel. Samtidig kan det oppleves at andre helsefaglige profesjoner har manglende forståelse for den prehospitale virkeligheten og ikke har forståelse for beslutningsgrunnlaget. Nordby (8) hevder videre at det er enklere å skape distanse til kritikken fra pasienter og pårørende, enn å få kritikk fra sine egne kollegaer. Når samarbeidspartnere som representerer hver sin helsefaglige kultur, hverken kjenner eller ser hverandre når de kommuniserer, øker sannsynligheten for at samhandlingen blir dårligere.

Når det gjelder relasjon mellom helsepersonell har som regel begge parter ifølge Nordby (8) god forståelse av teoretiske uttrykk som brukes. Derfor utgjør de teoretiske uttrykkene presise verktøy for å utveksle informasjon. Uttrykk som er spesialiserte eller av teknisk art er ikke alle nødvendigvis kjent med. Derfor er det vesentlig at teoretiske ord og begreper forstås likt av alle i gruppen av helsepersonell som kommuniserer; som AMK og ambulansetjenesten. Det er flere måter å bli bedre på kommunikasjon og etablerte systemer kan være et tiltak.

Ifølge Jacobsen og Thorsvik(12) er kommunikasjon limet som holder organisasjoner sammen. Det danner grunnlag for beslutninger som skal fattes, det gir læring og det skaper mening og innhold. Med bakgrunn i ny teknologi har effektiv kommunikasjon blitt en nøkkelfaktor i organisasjoner. Et sentralt trekk er at informasjons- og kommunikasjonsteknologien har gjort det mulig slik at vi ikke lenger trenger møtes for å ha effektiv kommunikasjon.

Ifølge Habermas(13) har økt privatisering og kommersialisering medført at mellommenneskelige relasjoner har blitt mer instrumentelle. Samtidig har individene blitt mer strategiske og opptatt av sin egen suksess i konkurransen om fremgang og innflytelse. Det betyr at når godene er knappe blir noen vinnere og andre blir tapere. Solidaritet som ifølge Habermas er limet, er truet som følge av denne utviklingen i samfunnet.

Krisekommunikasjon

Kommunikasjon innebærer flere kritiske funksjoner internt i organisasjoner og i relasjon til omgivelsene. Kommunikasjon formidler informasjon. Det danner grunnlag for planlegging, det formulerer mål, det utvikler strategi, det styrer atferd, det koordinerer atferd og det bygger relasjoner. Kommunikasjon utvikler kulturer, den samler organisasjoner sammen i nettverk og den presenterer organisasjonen for omgivelsene rundt. Krisekommunikasjon handler ifølge Brønn og Arnulf (14) om å gi rask og konkret informasjon som setter mennesker i stand til å håndtere en uønsket hendelse best mulig. Det er vanskelig å forklare sosiale fenomener som en krise er. Krise kan defineres som tilstanden etter en uønsket hendelse som kan føre til eller allerede har ført til at mennesker skades eller dør. Andre årsaker til krise er alvorlige skader på struktur eller eiendom. Det kan også være tap av viktig programvare eller prosedyrer eller det kan være store finansielle tap. Også alvorlig tap av omdømmet til en person, en organisasjon, en bransje eller interessenter og alvorlig skade på miljø er definert som krise. Dårlig eller gal kommunikasjon kan være opphav til menneskelig, sosial eller organisatorisk krise om den har sin årsak internt i organisasjonen. Eksterne tekniske eller økonomiske kriser kan skyldes oppkjøp eller naturkatastrofer.

Coombs (15) deler kriser inn i tre grupper, basert på hvilken trussel de gjør for organisasjonens omdømme. Den første gruppen er offergruppen, som innebærer kriser der organisasjonen selv er offer for det som har skjedd. Det kan være naturkatastrofer, falske rykter, uoverensstemmelser på arbeidsplassen eller sabotasje som er utført av tidligere medarbeidere. Disse krisene skal ha liten effekt på omdømmet til organisasjonen. Den neste gruppen handler om ulykker der organisasjonens handlinger utilsiktet fører til en krise. Dette vil påvirke organisasjonen på en moderat måte. Kriser i denne gruppen kommer av påstander fra interessenter som mener at organisasjonen har oppført seg uetisk, eller tekniske feil som fører til en ulykke eller tilbakekalling av produkter. Den siste gruppen krise inneholder de krisene som burde vært unngått. Dette er kriser som oppstår ved at organisasjonen med

vitende og vilje utsetter personer for en uakseptabel risiko. Dette ved å gjennomføre uetiske handlinger, eller bryter loven. Ingen trenger å bli direkte skadet i en slik krise, men denne typen krise utsetter organisasjonen for en ikke ubetydelig risiko også når det gjelder omdømme.

Brønn og Arnulf (14) hevder at den initiale kommunikasjonen når en krise oppstår er spesielt avgjørende fordi den setter malen for den videre kommunikasjonen. Derfor er det en forutsetning å være godt forberedt og ha øvd på krisesituasjoner i forkant. En krise er situasjoner som kommer ut av kontroll. Det er grunnleggende at interessentene får tidlig informasjonen om hva som har skjedd, og hvordan dette vil påvirke dem. Videre er det også vesentlig med informasjon om hvordan krisen vil påvirke dem og hvordan de kan få detaljert informasjon. Når en krise er over er det viktig å lære av det som skjedde. Både for å avklare hva som kunne vært gjort på en annen måte for å forhindre at krisen oppsto, likeså viktig er det å evaluere de tiltakene som ble gjort under krisen. Målet er å lære, ikke fordele skyld.

God krisekommunikasjon handler ifølge Brønn og Arnulf (14) om å redusere sannsynligheten for at en krise skal inntreffe. Dersom krisen først har inntruffet er det vesentlig å redusere de negative konsekvensene som oppstår som følge av krisen. Skal man lykkes med dette må man først og fremst være forberedt, ta inn over seg at en krise kan ramme enhver organisasjon. Jacobsen og Thorsvik (12) hevder at ledere i organisasjoner må forstå at den kommunikasjonen som pågår før, under og etter en krise er avgjørende for hvordan organisasjonen kommer ut av krisen. Dårlig kommunikasjon kan medføre at viktige signaler ikke fanges opp, føre til fremmedgjøring og det kan bygge mistillit. Mangel på åpen og ærlig effektiv kommunikasjon kan føre til uopprettelig tap av omdømme.

Habermas (13) anser den språklige kommunikasjonen som sentral i sosialt hverdagsliv, men at den i økende grad fortrenses av hensyn til økonomi og politikk. Han mener at samfunnet styres i større grad av et samfunn som krever at individer lar seg styre enda mer av penger og makt. Dette på tross av forståelse og enighetsorienterte samtaler, som nedprioriteres og undergraver kritiske analysevilkår for identitet, mening og solidaritet. Nordby (8) hevder at det er viktig å skape en kommunikasjonsplattform mellom ambulanspersonell og pasient. Likeså å skape en lik situasjonsforståelse mellom AMK og ambulansetjenesten. Når kommunikasjon impliserer tekniske og teoretiske uttrykk er det rom for misforståelser. Dersom ord og uttrykk forstås likt, vil kommunikasjonen og relasjon bli bedre. Nordby (8) hevder at det oppstår kommunikasjonsutfordringer når det er vanskelig å innfri en eller flere

deler av de seks kommunikasjonsbetingelsene i prosessen. Det kan fremheves som utfordrende å innfri hele kommunikasjonsprosessen gjennom radiosamband, der det lett kan oppstå misforståelser. Det betyr at det er vesentlig å skape systemer som sørger for å redusere at informasjon uteblir eller misforstås.

3.3 Crew Resource Management

Ifølge Nordby (16) er det de siste tiårene er det utviklet en egen modell for ledelse – Crew Resource Management. Ifølge Flin, O`Connor og Crichton (17) ble CRM initialt utviklet for å trene sivile piloter. I dag brukes CRM trening av mange andre høyt pålitelige organisasjoner. Som sagt var de første som tok i bruk CRM, fra luftfart, flyvedlikeholdskapasitet og flytrafikkontroll. CRM utvikler seg hele tiden og brukes nå også av kjernefysisk utvikling, helsevesenet, brannvesenet, sjøfart, kollektiv transport, offshore og gassproduksjon. CRM er utviklet for å bedre kunnskaper, ferdigheter og holdninger som er relatert til kognitive prosesser og mellommenneskelige relasjoner. Effekten er at feil handlinger reduseres eller unngås. CRM kan læres gjennom trening innenfor ulike temaer. Det kan for eksempel dreie seg beslutningstaking, kommunikasjon, situasjonsforståelse, stresshåndtering og teamholdninger. En slik form for trening vil etablere teamfølelse. Det kan også etableres felles mentale modeller i teamet(17). Profesjonsutøvere må både ha individuelle og sosiale ikke-tekniske ferdigheter for at de skal takle situasjoner som avhenger av godt samarbeid. CRM handler ikke bare om medisinsk tekniske prosedyrer. Det handler om å skape tekniske kommunikasjonsprinsipper.

Flin, O`Connor, Richtig (17) sier at CRM kan defineres som et styringssystem der optimal utnyttelse av alle tilgjengelige ressurser og utstyr, prosedyrer og mennesker skal fremme sikkerhet, og øke effektiviteten i organisasjonen. Flere av grunnpilarene i CRM tenkning, spesielt når det handler om samhandling, er forankret i kommunikasjonsteori. Det er en forutsetning at kommunikasjon og informasjonsformidling henger sammen. Mange av de praksisnære CRM prinsippene er anvendte kommunikasjonsteknikker. Modellene er laget for å sikre god dialog og informasjon i teamene. Flin, O`Connor, Richtig (17) hevder at bruken av toveis- kommunikasjon som involverer at meldingen må leses tilbake vil redusere misforståelser i kommunikasjonsprosesser og gi mer effektiv kommunikasjon enn når den foregår en vei.

Når det gjelder CRM er det flere veiledninger i hvordan dette bør deles opp i undervisningssammenheng. Eriksen (18) peker i retning av tre faser der den teoretiske innledningen kommer først. Her presenteres grunnlaget for emnene som skal inn i den praktiske treningen. Deltagerne får en felles forståelse noe som gir grunnlag for diskusjon. Normalt har den teoretiske fasen en varighet på to til tre dager. Metoder som ofte benyttes i undervisningen er forelesning, gruppeoppgaver, rollespill eller casestudier. Den neste fasen omhandler praktisk trening der deltagerne blir evaluert når de praktiserer teorien fra første fase. Hensikten med trening er å repetere ferdighetene slik at det bedrer teamarbeidet. Videre gi deltagerne konstruktive tilbakemeldinger på det som fungerer godt og det som kan forbedres. Den tredje og siste fasen består av videre utvikling. Det betyr at for å opprettholde og videreutvikle kunnskap, ferdigheter og holdninger som CRM har tilegnet, hevdes det at det er nødvendig med repetisjon. Ifølge Eriksen (18) har studier vist at de holdningene som er opparbeidet i CRM trening er redusert etter et år, men at en repetisjon fører til at holdningen igjen kommer opp på nivået som var etter første trening. CRM er relevant både før, under og i etterkant av en akutt hendelse. Det kan være med på å gi god beredskap, bedre samhandling til pasientens beste og det kan brukes som læring for å bli bedre (16).

3.4 Teknologisk utvikling - IKT

På starten av 1990 tallet kom den første grafiske nettleseren, deretter dotcom boblen og reflekterte teknologisk innovasjon. Det betydde helt nye muligheter til å koordinere aktiviteter på tvers av organisatoriske grenser. Internett revolusjonerte kommunikasjonsteknologien og man gikk fra å snakke om IT til IKT (14). Jacobsen og Thorsvik (12) hevder at IKT bidrar til utvikling av nye kommunikasjonsverktøy. Man gikk vekk fra de tradisjonelle formene for kommunikasjon som forutsetter at sender identifiserer og lokaliserer en mottager av meldingen. Gjennom IKT kan meldingen adresseres til en database. Det gjør at meldingen kan leses av enhver som er interessert i temaet og på den måten etablere kontakt med personer man ikke kjenner fra tidligere. Kommunikasjonen vil gå friere og mellom ulike enheter og mellom hierarkiske nivåer. Det kan gjøre at grensene mellom enhetene bygges ned og at spontant samarbeid blir enklere og det kan redusere behovet for hierarkiske stillinger som tidligere har formidlet informasjon mellom enheter. Videre sider Jacobsen og Thorsvik (12) at

IKT kan bidra til å øke både frekvens og volumet på kommunikasjonen i hele organisasjonen. Det kan føre til at koordinering vil skje lettere. Dette kan også medvirke til å undergrave hierarkiske autoritetsrelasjoner i organisasjoner. Bruk av IKT fremmer den vertikale kommunikasjonen oppover og kan lett gi overbelastning i høyere nivå i hierarkiet. Som en konsekvens kan ledere få utfordringer med å fylle ledelsesposisjoner i relasjon til de som er underordnet. IKT kan redusere effekten av intra-organisatoriske statusforskjeller. Det kan motivere underordnede til å kommunisere forbi de formelle posisjonene i autoritetshierarkiet (12).

IKT slik den har vokst frem kan bidra til å styrke overordnet administrativ kontroll. IKT virker som regel for å forsterke den hierarkiske oppbygningen av organisasjoner. IKT øker også muligheten for å kontrollere medarbeiderne. Når medarbeidere registrerer det de produserer direkte inn i store databaser kan slik informasjon gi grunnlag for kontroll. Det samme gjelder bruk av overvåkningskameraer og adgangskort, som registrerer medarbeideres bevegelser. Det betyr at for personer som ønsker sterk kontroll, åpner IKT mange muligheter. Som nevnt kan mye tyde på at den hierarkiske ledelsen har kapasitetsutfordringer. De vil mest sannsynlig ikke tjene noe på enda mer informasjon. Derimot åpner det for at teknostrukturen som utarbeider rapporterings- og overvåkningssystemer vil få betydelig økt myndighet (12).

IKT-koordinering

Ifølge Jacobsen og Thorsvik (12) kan IKT medvirke til ny form for koordinering i organisasjoner. IKT gjør at store mengder informasjon gjøres tilgjengelig for alle medarbeidere i en organisasjon samtidig. Gjennom databaser som alle har tilgang til og som kan endres raskt etter hvert som den enkelte legger inn ny informasjon. Utviklingen av IKT gir også muligheten til i stadig økende grad å automatisere oppgaver. I mange organisasjoner kan dette føre til at medarbeidere mister oppgavene sine til maskiner og automater som er styrt av avanserte dataprogrammer. Det gjør at kunnskapsteknologien blir stadig viktigere. Organisasjoner har i større grad behov for kompetanse som kan knyttes til vedlikehold og utvikling av maskiner. De må også ta seg av oppgaver som er så komplekse at de ikke lar seg automatisere.

Ifølge Jacobsen og Thorsvik (12) visker IKT ut fysiske avstander. Det gir muligheter om å utvikle virtuelle organisasjoner, også kalt virtuelt samarbeid. Det betyr at organisasjonen ikke er avhengig av fysiske bygninger for å fungere. IKT fremmer utvikling av globale nettverk

som omfatter spesialisering og koordinering mellom organisasjoner. Det gjør at utvikling og implementering av prosjekter kan skje raskere enn det ellers ville gjort.

3.5 Resultatorientert ledelse

Kommunikasjon har i moderne teorier om helseledelse blitt et sentralt begrep. Dersom leder ikke er i stand til å forstå andre eller å gjøre seg selv forstått, vil det bli svært vanskelig å oppnå god interaksjon og samarbeid om det som er felles mål. Leder i helsevesenet har et særskilt ansvar i å skape gode kommunikasjonsrelasjoner mellom andre (19). Nordby(8) sier at virksomhetskravet i lovverket betyr at organisasjoner skal drives forsvarlig og kompetent. Det betyr for det første at leder har et overordnet ansvar for å legge til rette for forsvarlig og kompetent drift. Videre har leder ansvar for å sikre gode faglige resultater. Dårlig ledelse vil gå utover prestasjonene i førstelinjen og kvaliteten på arbeidet til de som arbeider der. Det tredje punktet i lederansvaret er den profesjonsetiske plikten til å fylle lederrollen. I helse innebærer fagledelse å vurdere både gode og dårlige tiltak på et overordnet nivå og ta grep, dersom handling eller mangel på handling får unødige konsekvenser for pasientene. Selvfølgelig er helsepersonell også ansvarlig for å gjøre tiltak dersom det er et dårlig samarbeidsklima. Læring av praksis er vesentlig, derfor er det nyttig å bruke fagdager og fagmøter til å diskutere hvordan samhandling skal foregå. Her er det rom for å diskutere ulike valgmuligheter, på en måte som ikke lar seg gjennomføre i akutsituasjonen under oppdrag. Slike diskusjoner bør preges av analytisk tilnærming til dialog, slik at både muligheter og begrensninger kommer frem og ulike alternativer kan vurderes.

Ifølge Jacobsen og Thorsvik (12) har det de siste årene vært en økning i antall publikasjoner om ledelse. Det omfatter hundrevis av bøker og tusenvis av artikler om hvordan ledere skal lede for å gjøre organisasjonen mer effektiv, konkurransedyktig, omstillingsdyktig og mer innovativ. Det er en sentral faktor at ledelse er med på å forklare hvorfor noen organisasjoner gjør det godt mens andre gjør det mindre bra. Videre sier Jacobsen og Thorsvik (12) at det finnes mange definisjoner på ledelse, men at det den senere tid er bred enighet om at ledelse er en spesiell atferd som mennesker utviser. Hensikten er å påvirke andres tenkning, holdning og atferd. Når ledelse skjer innenfor rammen av organisasjonen er hensikten å få andre til å jobbe for å realisere bestemte mål å motivere dem til å yte mer og få dem til å trives i jobben.

Jacobsen og Thorsvik (12) hevder at ledere kan påvirke medarbeidernes organisasjonsatferd både direkte og indirekte. Den direkte ledelsen omfatter samhandling og kommunikasjon mellom ledere og de som er underordnet. Når det gjelder indirekte ledelse kan vi skille mellom to hovedformer. Den ene formen for indirekte ledelse brukes ved at ledere påvirker gjennom å bruke formelle organisasjonstrekk, det vil si mål og strategier og organisasjonsstruktur samt de formelle programmene for rekruttering, opplæring og sosialisering. Denne formen for ledelse har likhetstrekk med strategisk ledelse der oppgaven er å trekke opp mål og visjoner, sette strategier, lage systemer for rekruttering og utvikling. Den andre formen for ledelse er å påvirke gjennom utvikling av kultur, det kan gjøres gjennom å styrke de verdier og normer som finnes blant medarbeidere eller ved å forsøke å forandre dem. Oftest vil ledere forsøke å påvirke og endre en kultur gjennom produksjon av tekst og muntlig kommunikasjon. Eller gjennom en være- og handlemåte som eksemplifiserer hva som er ønsket og passende atferd i organisasjonen.

Administrasjon og ledelse

Ledelse og administrasjon er to ulike typer prosesser og roller. Administrasjon betyr å fokusere på produksjon å løse problemer effektivt. Det betyr også at det skal veiledes, gis støtte og tilbakemelding på daglige aktiviteter som utgjør produksjonen i organisasjonen. Ledelse betyr å skape visjoner for organisasjonen, fylle den med mening og lage generelle retningslinjer for hvordan den skal utvikle seg. Nyere forskning viser ifølge Jacobsen og Thorsvik (12) til at god ledelse er avhengig av god administrasjon. Nordby(8) hevder at ledere skal jobbe for å realisere etiske grunnverdier som likeverd, respekt og frihet internt i organisasjonen, men også eksternt i arbeid med tjenestemottagere. Ulike verdier kan komme på kollisjonskurs eller at medarbeidere tolker verdier annerledes. Som leder må man forholde seg til begge verdener, både økonomisk- administrativt og til den tradisjonelle helsefaglige tenkningen. Da kan ledere komme i kryssild mellom uforenelige ideologier og sprikende profesjonsinteresser som er forankret i ulik virkelighetsforståelse. Kunsten er å prioritere riktig gjennom å bruke god tid for å snakke med medarbeiderne, god dialog er som tidligere nevnt en grunnleggende verdi i helseledelse.

Betydningen av ledelseskommunikasjon har ifølge Nordby (20) ofte vært knyttet til begrepet om nettverksskunnskap. Ideen kan ha sin visjon, organisasjonsmålene kan bare oppnås hvis medarbeidere som medlemmer av et organisasjonsnettverk fungerer på måter som samsvarer

med målene. Det forutsetter at medarbeiderne har kunnskap om relevante informasjons- og handlingsprinsipper. Slik kunnskap er normalt utledet fra overordnede strategier og beslutninger er truffet på sentrale ledelsesnivåer, den må dermed formidles gjennom det kommunikative nettverket i organisasjonen. Ledelsen i organisasjoner må nå sine mål gjennom medarbeidere.

Kommunikasjon som ledere

Det tradisjonelle styringsdilemmaet i helsevesenet har ifølge Nordby og Botten (19) to dimensjoner. Den første dimensjonen kan knyttes til ledelsesstil og til det som kalles strategisk og kommunikativ helseledelse. Den strategiske ledelsen har tre kjennetegn. Først og fremst er leder en autoritet med en bestemt maktform som kan iverksette en handling uavhengig av om de som er underordnet ønsker det eller ikke. Dernest kommer suksessfull ledelse som betyr resultatoppnåelse, det innebærer at resultater forstås som uavhengige mål som ikke nødvendigvis er i samsvar med det som ville blitt betraktet som mål i en demokratisk beslutningsprosess i organisasjonen. Det siste kjennetegnet er at grunnleggende verdi er effektivitet. Det viktigste for leder er å nå de målene som er fastsatt på den måten som er mest effektiv, noe som knyttes til en ide om å få mest mulig ut av økonomi og de ressurser som er stilt til rådighet. Kommunikativ ledelse er ifølge Eriksen i Nordby og Botten (19) grunnleggende forskjellig fra strategisk ledelse. Kommunikativ ledelse har også tre kjennetegn. Ledelse baseres på likeverd i den forstand at beslutningsgrunnlaget for en handling skal være forstått og akseptert i hele organisasjonen. Det neste kjennetegnet er at god ledelse er måldanning og målrealisering der både fastsettelse og realisering av mål forstås som prosesser som forankres i organisasjonen som helhet. Mål bestemmes på demokratisk vis og spørsmål om på hvilken måte mål skal realiseres, skal kunne forstås av alle som berøres av de handlingene det gjelder. Siste kjennetegn er legitimitet, en leder må kunne legitimere rollen sin gjennom å kunne vise til rasjonelle beslutningsprosesser, samtidig som andre fullt ut må forstå hvorfor det er rasjonelt å handle på bestemte måter. Kommunikativ ledelse vil kreve både tid og kompetanse slik at andre kan forstå hele beslutningsgrunnlaget som ligger til grunn for vurderingen.

Nordby og Botten (19) sier at i profesjonstunge organisasjoner kan strategisk ledelse vekke motstand og kommunikativ ledelse vil være mer i tråd med ønsket om innflytelse og medbestemmelse fra medarbeidere. Dette kan medføre utfordringer når det gjelder å

kommunisere medisinsk kunnskap til andre som ikke har den samme medisinske bakgrunnen. Sett i et tradisjonelt medisinsk perspektiv vil kvalitet handle om å gi best mulig behandling til hver enkelt pasient. Når det gjelder økonomisk- administrativt perspektiv vil godt arbeidsmiljø vektlegges, det samme vil gode skår på kvalitetsindikatorer gjøre (19).

Den andre dimensjonen som Nordby og Botten (19) viser til handler om styringsdilemmaet i helsevesenet som omhandler kompetanse og forståelse. Kulturen vi bærer med oss og den praktiske og teoretiske kunnskapen vil farge vår forståelse av oss selv og av andre. Nordby og Botten(19) hevder videre at det ikke finnes noen objektiv måte å forstå andre på. Den totale forståelseshorisonten vår vil alltid prege våre fortolkninger. Det betyr at så lenge en person sin forståelseshorisont er definert holistisk vil to personer aldri kunne ha den samme horisonten. Det utelukker derimot ikke at vi klarer og forså hverandre på en rimelig god måte. Et viktig poeng er at desto større forskjellene mellom to personer sin forståelseshorisont er, jo større er risikoen for dårlig kommunikasjon og misforståelser.

3.5.1 Fem-faktormodellen

Ifølge Jacobsen og Thorsvik (12) har ledelsesforskning de senere år sett på hvilke trekk som skiller gode ledere fra andre. Det er utviklet konsensus innen denne forskningstradisjonen der man har samlet fem faktorer, eller overordnede trekk ved personligheten som er viktig for ledelse. Den er sammenfattet og kalles ofte for fem-faktormodellen. Det handler om nevrotisme, ekstroversjon, åpenhet, god leder og samvittighetsfull. De fem sentrale personlighetstrekkene og deres relasjon til ledelse kommer frem på følgende måter:

Den først faktoren er nevrotisme, som beskriver tilbøyelighet til å være deprimert og nedtrykt, til å oppleve negative affektive tilstander, igjen spesifisert i følgende trekk: angst, fiendtlighet, depresjon, selvbevissthet, impulsivitet og sårbarhet. Det viser til at gode ledere viser lite tegn på nevrotisme og dermed ikke lar seg stresse så lett. Ledere uten nevrotisme er følelsesmessig modne og tenker gjennom ting før de går til handling.

Den neste faktoren er ekstroversjon, som beskriver tendenser til å være sosial og selvsikker, med positiv energi og stort behov for varierte og stimulerende oppgaver og utfordringer. Ledere i denne kategorien oppsøker situasjoner der det er mange mennesker og der det ofte skjer noe. Gode ledere er ekstroverte, de trives med en stor sosial kontaktflate, med hyppige

møter og mange mennesker, og de trives med at arbeidsoppgavene er skiftende og stimulerende. De har samtidig høy selvtillit.

Faktor tre handler om åpenhet for erfaringer og beskriver en tilbøyelighet til å være fantasifull og inneha et liberalt verdisyn, estetiske interesser og preferanser for nye erfaringer har stor betydning. En god leder er generelt mer åpen for ny erfaring. Faktoren som handler om **omgjengelighet** beskriver en tilbøyelighet til å ønske og støtte og hjelpe andre mennesker, i motsetning til å være konkurranseorientert og sentrert rundt sine egne behov og ideer.

Den fjerde faktoren handler om at en god leder er omgjengelig og mestrer godt situasjoner som krever mellommenneskelig nærhet og empati. Denne ledertypen søker innflytelse og makt men har innsikt i grensene for bruk av makt.

Den siste faktoren i modellen handler om samvittighetsfullhet og beskrives en tilbøyelighet for å jobbe grundig med planer, være ryddig og målrettet og et behov for å mestre. De gode lederne scorer høyt på denne faktoren. De er grundige, pliktoppfyllende og har et høyt aktivitetsnivå og er samtidig opptatt og ville lykkes. De er opptatt av å prestere og av å få ting gjort.

Jacobsen og Thorsvik (12) viser til at i den forskningen som er gjort omtales alle de fem faktorene med betydning, både for om mennesker vil velge en lederkarriere og hvilke ledere som vil fungere godt som ledere. Fem-faktormodellen viser også hvilke personer som vil avansere til mer ansvarsfulle lederstillinger og hvem som vil lykkes som toppleder. Videre hevder Jacobsen og Thorsvik (12) at den litteraturen som er analysert og oppsummerte studier som er gjennomført, at faktoren ekstroversjon er den faktoren som sterkest kan relateres til ledelse. Dessuten ble det funnet at de som gjør karriere som leder har høy toleranse for stress og har lav score på faktoren nevrotisme. Det viser også at ulike trekk ved ledere og om de vil lykkes er avhengig av den konteksten de skal lede i.

Sosial og emosjonell intelligens

Jacobsen og Thorsvik (12) hevder også at andre gjennomgående trekk hos gode ledere er at de er mer intelligente, det er rettet oppmerksomhet mot to typer intelligens; sosial og emosjonell intelligens. Den sosiale intelligensen handler om evnen til å forstå hva bestemte situasjoner krever for å håndtere andre mennesker og evnen til å handle slik situasjonen krever. Gode ledere evaluerer og forstår hvilken effekt de har på andre personer og kan fleksibelt endre

atferd dersom det er behov for det. Emosjonell intelligens handler om evnen til å forstå og mestre følelser. Det knyttes ofte til begrepene om selvbevissthet, empati og selvkontroll. Selvbevissthet gir innsikt i hvordan egne behov vil prege måten man forholder seg til situasjoner på, og hvordan man reagerer på bestemte måter når bestemte ting skjer. Det er viktig med slik innsikt for å håndtere relasjonen til omgivelsene. Sentralt i ledelsesteori er empati som handler om evnen til å forstå og sette seg inn i andres følelser. Den neste er selvkontroll; hvilket innebærer evne til å kanalisere følelser inn i atferd som passer med situasjonen, i motsetning til og impulsivt handle i sinne. Høy grad av emosjonell intelligens er positivt relatert til en leders evne til å løse komplekse situasjoner, tilpasse atferden til situasjoner som gir gode resultater og håndtere kriser om nødvendig (12).

Ifølge Brønn og Arnulf (14) handler ledelse om å mobilisere innsatsvilje og samarbeid mot et felles mål, ledelse gir retning og skaper oppslutning. Å være leder betyr å være ansvarlig for at det blir resultater. Brønn og Arnulf (14) sier videre at ledelse skaper mening, det gjør mål, roller og arbeidsoppgaver meningsfulle for de som deltar. Brønn og Arnulf (14) hevder videre at ledelse og kommunikasjon er to sider av samme sak. Det betyr at ledelse handler om få andre mennesker til å slutte seg til målsetninger, arbeidsform, innsats og det sosiale fellesskapet fordi det er meningsfylt, ikke bare på grunn av regler og kontrakter. Dermed åpner det seg en grensesprengende mulighet med denne forståelsen av hva ledelse er. En sjef kan bare påvirke sine egne medarbeidere, men leder derimot kan påvirke hele verden. Det betyr ifølge Brønn og Arnulf (14) at ledelse som kommunikasjonsform åpner opp for hele verden, ikke bare internt i egen organisasjon. Det kan også åpne dører for andre måter å lede helsetjenester på.

3.6 New Public Management

Ifølge Nordby (8) er New Public Management (NPM) på vei inn i helsevesenet. Ideen er at offentlige organisasjoner i stor grad bør styres etter prinsippene fra det private næringslivet. Effektivitet, målbare effektivitetsmål, innføring av konkurranselementer og økonomiske incentiver er sentrale stikkord for NPM. Vetlesen (21) hevder at NPM innebærer et individuelt ansvar på alle nivåene i organisasjonene og at dette er en av de viktigste godene. Individualiseringen medarbeiderne pålegges betyr at de settes i et maktmessig vakuum. Hver enkelt medarbeider er ansvarlig for at arbeidsoppgavene er gjort. Det medfølger ingen beslutningsmakt eller ressurser som står i forhold til ansvaret. Medarbeidere gis med andre

ord mer å svare for enn de får svare med. Ifølge Vetlesen skal ingen fellesoppgaver være skjermet mot bunnlinjens forrang.

Nordby (8) hevder det kan oppstå dilemmaer fordi helseledere med næringslivsfilosofi og helsearbeidere har ulike forståelseshorisonter. Det er særlig fire sentrale forskjeller Nordby (8) hevder kommer til uttrykk. Det første er pasientperspektivet. Helsearbeidere har vært opptatt av å gjøre hver eneste pasient så frisk som mulig. I moderne økonomisk- administrativ tenking er det viktigere å ha et kollektivistisk perspektiv. Det betyr å se på pasientgrupper og hvordan de begrensede ressursene best mulig kan anvendes overfor de som har behov for hjelp. Plager som en pasient har, kan aldri forstås uavhengig av plagene til de andre pasientene. Det neste perspektivet er autonomi. Helseprofesjoner har i stor grad ment at de selv innehar en autonom kompetanse til å forstå hva som er den riktige handlingen overfor hver pasient. Det innebærer også handlinger som ikke inkluderer rent medisinfaglige spørsmål. Perspektiv nummer tre omhandler ressurstilgang. Helsearbeideren har i det tradisjonelle arbeidet gjort det som har vært til beste for pasienten, uten å ha særlig fokus på hvordan ressursbruken kan påvirke de andre pasientene. Det fjerde og siste perspektivet handler om prioriteringer. Det henger sammen med ressurstilgang. Begrensede horisonter har tradisjonelt preget helseprofesjoner sine prioriteringer, det har bestått av her og nå prioriteringer om hvor alvorlig situasjonen har vært for pasienten. Økonomene har ifølge Nordby (8) et mer overordnet blikk. De har et økonomisk- administrativ perspektiv som ligger til grunn, slik at prioriteringer kan gjøres ut fra en rekke vurderinger. Grunnideen er at det som er riktig bruk av ressurser, bare kan avgjøres ut fra et helhetlig perspektiv og dette perspektivet har ikke helseprofesjonene noen god forståelse av. Med begrunnelse i manglende utdanning og erfaring.

Nordby (8) hevder videre at mange ønsker ledere som ser konsekvenser bedre. Det er urimelig å kreve at økonomer kan mye om medisin, samtidig som det er uoverkommelig vanskelig for helseledere med økonomisk- administrativ bakgrunn å sette seg inn i hvordan komplekse medisinske vurderinger gjøres. De har ikke forutsetninger for å forstå medisinskfaglige beslutninger på den måten spesialister gjør. Det er ikke uproblematisk å sette inn helsearbeidere i lederroller, ettersom de er utdannet for å tenke medisin og fag. Utfordringer omkring kommunikasjon av kunnskap på tvers av profesjoner er vanskelig å løse på en enkel og god måte (8). De siste årene har man sett en oppmykning rundt motsetningene. Det er også i økende grad av bevissthet blant ledere som har helsefaglig bakgrunn at helse faktisk handler

om penger. Ifølge Nordby (8) vil det i fremtiden være vesentlig for ledere av helsetjenester at man finner en god balanse mellom helsefaglige og økonomiske verdier. Spørsmål om hvordan helsetjenesten bør organisere seg vil i bunn og grunn handle om verdispørsmål. De fundamentale samfunnsverdiene bør ivaretas så langt det er mulig. Det er ikke naturgitt hvordan helsetjenester skal opprettholdes og utvikles i fremtiden, men vi bør alltid være kritisk til våre egne og andre sine vurderinger, om hva som er gode tilbud. Det handler om hvilke verdier vi bør ha og hva vi mener er riktig for å ivareta egen og andres helse (8). Nordby (8) viser også til at NPM med økonomisk- administrativ tankegang har som filosofi at helseprofesjoners autonomi og handlingsrom bør begrenses. Det kan bety at NPM mener at helsefaglige profesjoner ikke har forutsetninger for å forstå hvordan helsevesenet bør organiseres og pasienttilbudene opprettholdes og videre utvikles.

Oppsummering av teorikapitlet

Grunnleggende kunnskaper om kommunikasjonsprosesser er en forutsetning for all samhandling. CRM brukt som et verktøy kan bidra til gode kommunikasjonsrutiner og med samordnede prinsipper som betyr at feil reduseres. I takt med utvikling og implementering av IKT- som kommunikasjonsmiddel øker arenaer det kan kommuniseres på. Dermed oppstår et behov for å kvalitetssikre informasjon og verifisere at informasjon er forstått riktig. På den måten kan misforståelser unngås i større grad. Når det gjelder ledelse finnes det mange teorier, hva som er riktig peker i retning av at hver enkelt situasjon er avgjørende for hvilken lederstil som skal velges.

4 Metode og data

Jeg søker etter å finne kjerneforutsetninger som bør være tilstede for å nå anbefalingen fra 22. juli kommisjonen og Helsedirektoratet om å ivareta samhandling, derfor har valget falt på kvalitativ metode. Jeg ønsker gjennom oppgaven å få innsikt og økt dybdekunnskap som kan danne grunnlag for kjerneforutsetninger som kan gjøre at samhandling blir bedre.

Pragmatiske hensyn vil spille inn i all forskning, det samme gjør også relevansen av å vurdere kvalitativ eller kvantitativ forskningsmetode. Forskning preges av begrensede ressurser, som også kan begrense det metodologiske mangfoldet. Den metode og analyse som velges tar ikke bare faglige hensyn, men også i noen grad de praktiske forhold rundt. Fortsatt er det flere som tror at det bare er eksperimentelt design og statistiske tilnærminger, som vil lede frem til den kunnskapen som regnes som vitenskapelig (2). Gjennom kvalitativ metode vil jeg bringe ny kunnskap om hvilken betydning det har å avdekke grunnleggende kjerneforutsetninger slik at samhandling ivaretas på best mulig måte i AMK. Slik jeg ser det vil dette være overførbar kunnskap til andre som bruker interaktiv kommunikasjon i sitt arbeid.

4.1 Dokumentanalyse

Ifølge Johannessen, Christoffersen og Tufta (22) kan en metode defineres som å følge en bestemt vei mot et mål. Samfunnsvitenskapelig metode er hvordan vi går frem når vi skal hente informasjon om virkeligheten, hvordan vi analyserer den informasjonen vi har hentet inn, for å finne ut hva den forteller oss. Kvalitativ forskningsmetode er en av flere veier til vitenskapelig kunnskap. Kvalitative metoder omtales også «naturalistic inquiry» «eller interpretive methods» og bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Det omfattes av et bredt spekter av strategier for systematisk innsamling, organisering og tolkning av tekst og kildematerialet som er innhentet. Kvalitative tilnærminger passer til utforskning av dynamiske prosesser som samhandling, bevegelse, utvikling og helhet. Kvalitativ forskning har flere hovedgrupper. Kvalitativ datagenerering eller dokumentstudier er en av dem, der brukes i hovedsak dokumenter som er produsert til et annet formål enn forskning som datamateriale.

Kvalitativ metode legges til grunn for å besvare problemstillingen i denne oppgaven. Gjennom kvalitativ dokumentanalyse som bygger på systematisk gjennomgang av

dokumenter vil jeg skaffe til veie data som kan besvare min problemstilling. I denne oppgaven er det tatt med tre dokumenter til analysen. Det som er spesielt med dokumentanalyse er at det gjennom innsamling av data kan bli aktuelt å se på flere dokumenter for å få en bedre forståelse av hendelsene. Det gjør at denne metoden i mindre grad kan planlegges på forhånd (23).

Jeg har ikke funnet kvalitativ forskning som går direkte på kjerneforutsetninger slik jeg tolker dem i forbindelse med denne oppgaven. Det finnes derimot kvalitativ forskning om CRM og hvordan enkle mekanismer kan gjøre arbeidet enklere og sikrere. For å belyse problemstillingen har jeg valgt å bruke litteratur fra 22. juli kommisjonen og Helsedirektoratet i denne studien. I dokumentstudier er det viktig å redegjøre for hvorfor den aktuelle empirien er valgt ut. Jeg har valgt denne litteraturen fordi det er gjort omfattende gjennomgang av hvordan terrorhendelsen ble håndtert. Den belyser samarbeidet mellom etatene og det er relevant for å besvare min problemstilling.

Fordelen med metoden er at dokumentene er tilgjengelige over lang tid, de er ikke tidsbegrensede. Det gjør det enklere å etterprøve og spore dokumentene. Gjennom klare utvalgsriterier blir det enklere å søke etter dokumenter uten å drukne i empiri. Derfor har denne oppgaven et overordnet blikk på samhandling. Jeg har brukt et granskende blikk for å klare å forstå teksten i rapportene. Jeg ønsket å finne grunnleggende kjerneforutsetninger i litteraturen, som kunne gi svar på hvordan anbefalingen om å ivareta samhandling skulle gjennomføres. De dokumentene jeg har valgt gir informasjon om saksforhold som er nedtegnet på et spesielt tidspunkt og ofte med tanke på spesifikke lesere. Derfor må jeg sette dokumentene i en kontekst, hvor er de skrevet, av hvem og for hvilke lesere (24).

Når det gjelder rapporten fra 22. juli kommisjonen og Helsedirektoratet anses påliteligheten i disse dokumentene å være svært høy. Jeg er klar over at det finnes andre måter å undersøke problemstillingen på. Det kan være at intervjuer med AMK ledere kunne belyst problemstillingen enda bedre. Samtidig kunne svarene også være påvirket av manglende helhetlig oversikt over behov og krav for de ulike AMK sentralene. Det kan også føre til at de gir sin egen rolle viktigere enn den egentlig er. Dokumentanalysen gir en form for enveiskommunikasjon, det vil si at jeg ikke kan påvirke hvordan dataene er utformet, kun hvordan de tolkes. Når disse spørsmålene er stilt og posisjonen er identifisert, kan vi vurdere hvordan dette har påvirket kunnskapsutviklingen. Samtidig kan man velge hvilke alternative veier som også leder til kunnskap, men som vi ikke velger å følge. Tjora(2) hevder det er

grunn til å arbeide for at rene dokumentstudier bør kunne innta en mer sentral plass i hele bredden av samfunnsvitenskapelig forskning, gjennom blant annet å styre den historiske sensitiviteten og utvikle flere ikke- påtrengende metoder. Dokumentanalyser er hittil mest brukt i tillegg til dybdeintervjuer og observasjonsstudier. I denne studien har jeg brukt dokumenter.

4.2 Planleggingsfase

I utgangspunktet skulle problemstillingen besvares gjennom kvalitativ undersøkelse. Jeg skulle gjennomføre intervjuer og bruke dokumentanalyse for forskningsmetode.

Undersøkelsen var tilmeldt og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD). Dette kunne dessverre ikke gjennomføres ettersom det ble vanskelig å rekruttere informanter, i tillegg til at noen informanter trakk seg fra undersøkelsen av ulike årsaker. Ettersom metoden måtte endres ble ny vurdering på NSD sine sider foretatt, resultatet var at denne oppgaven ikke er meldepliktig, fordi jeg skulle bruke datamateriell og dokumenter som allerede er publisert og offentlige.

Innsamlingen av tre hoveddokumenter skjedde i en tidlig fase, 22. juli kommisjonen, Helsedirektoratet sin rapport og sluttrapport ble tidlig inkludert som dokumenter jeg ønsket å ha med i min oppgave. Jeg har fått en bred kontekstuell forståelse av temaet, det har vært viktig i arbeidet med dokumentene og analyse og tolkning av disse. Tekstanalyse som metodisk tilnærming, handler om å forstå virkeligheten gjennom tekst og hvordan teksten former virkeligheten og vår forståelse av den. Dokumentene i denne studien er søkbare og tilgjengelig for alle som vil lese. Meningen med å gjøre dokumentstudier er å forstå mening og betydning av innholdet i dokumentet.

Jeg har forholdt meg både til primær og sekundære kilder i dokumentanalysen.

Sekundærkildene er offentlige dokumenter. Hovedkilden er 22. juli rapporten til Gjørv-kommisjonen, Helsedirektoratet sin rapport fra 22. juli 2011 og sluttrapporten til Helsedirektoratet fra 2015. Bruk av sekundærkilder gir dokumentene større pålitelighet som vil styrke analysen. Alle dokumentene er publisert i perioden 2012 til 2015.

4.3 Søkeord

For å finne litteratur omkring temaet, har jeg gjennomført søk i ulike databaser og bibliotek etter litteratur om 22. juli. Målet var å finne ut hva som lå bak anbefalingene gjennom litteraturen. De søkeordene som ble brukt var – samhandling- nasjonal- ikt- 22. juli- amk- medisinsk- nødtelefon- ledelse- kommunikasjon- radio- prehospital- 113. Disse søkeordene er brukt i ulike kombinasjoner. Kombinasjonene av søkeordene gav mange treff, men gjennomgangen viste at det ikke var særlig relevant litteratur som kunne knyttes til AMK og utfordringer rundt samhandling. Ved søk på engelske ord ble treffene betraktelig flere, ord som ble brukt var communication, CRM, critical, emergency, 911, rescue, skilles, og dispatcher i søkefeltet, også disse i ulike kombinasjoner. Dette ga vesentlig flere treff og noen av disse treffene er med som teori i oppgaven.

Søkene ga mange treff i teori som omhandler samspillet mellom pasient og helsepersonell og kommunikasjon i sykehus. Dette var ikke litteratur jeg ønsket å bruke i oppgaven. Jeg ville rette teorien til å omhandle de prehospitalene utfordringene omkring nødmeldesentraler når det gjelder samhandling. Bakgrunnen for at jeg endte opp med et begrenset utvalg teori er et ønske om å gjøre teorien så relevant som mulig i forhold til problemstillingen. Jeg mener det er store forskjeller på kommunikasjon og samhandling, der personer oppholder seg i samme rom og i trygge omgivelser. Kommunikasjon og samhandling gjennom radio, med tidspresset kan derimot gi utfordringer.

Jeg brukte mye tid på å gå gjennom og avklare om den litteraturen jeg fant kunne benyttes i oppgaven. Litteraturen som er med i oppgaven er nøye vurdert og fremstår som den litteraturen jeg mener best kan knyttes til denne oppgaven.

4.4 Analysen

Malterud (24) sier at godt teoretisk forarbeid og med analyse som gjennomføres tinn for tinn, gir god styrke til intern validitet. Ved å gjøre en tematisk analyse involverer det konstant skifte mellom empiri, analysert informasjon og analyse av den informasjonen som jeg produserer. Jeg har analysert for å se etter kjerneforutsetninger som kan gjøre at samhandling blir ivaretatt.

I analysefasen har jeg valgt å følge modellen til Braun og Clarke (25) om tematisk analyse.

Det er en metode som er delt inn i seks trinn for å gjennomføre en tematisk analyse.

Bakgrunnen for tematisk analyse er at den er velegnet som metode for å identifisere, analysere og rapportere mønstre av data. Da den tillater en utkrystallisering på tvers av tema. Det har gjort det enklere å skille de ulike delene av rapporten fra hverandre og systematisere funnene.

Trinn en startet med at jeg gjorde meg kjent med dataene i de tre rapportene. Jeg brukte lang tid på å studere dokumentene slik at jeg fikk nødvendig bredde og dybdeforståelse. Det første trinnet er ifølge Braun og Clarke den viktigste, materialet må gjennomleses flere ganger.

Dette kan fremstå som både kjedelig og ikke minst tidkrevende, men det var likevel viktig for å legge grunnlaget for resten av analysen.

Trinn to innebærer koding. De dataene jeg så på som de mest interessante ble merket med farger slik at det ble enklere å organisere datainnsamlingen etterpå. Braun og Clark skiller på data- og teorikoder. Datakoder generes ut fra selve datamaterialet, mens teorikoder tilnærmes med spørsmål som det som ønskes koder rundt. Jeg har brukt både data- og teorikoder fordi det har oppstått mange spørsmål underveis. Det finnes mange måter å gjennomføre kodefase på, både med dataprogrammer som er tilgjengelig i litteraturkiosken til Universitetet, eller det kan gjøres manuelt. Jeg har valgt å gjøre kodingen manuelt fordi det synes som en oversiktlig måte. Jeg har hatt ark liggende og skrevet ned det jeg ønsker å ha med underveis i gjennomgangen av rapportene. Det er brukt mange ark og farger for å skille temaene fra hverandre. Dette var nok den vanskeligste jobben, å samle kodene som hørte sammen, for å skaffe god oversikt.

Trinn tre i prosessen innebærer å søke etter tema, slik at den kodede datainnsamlingen kunne sorteres og kategoriseres i temaer. Etter denne undersøkelsen endte jeg opp med temaer knyttet til tre hovedområder. Her ser man ofte at noen temaer kan slås sammen og det kan oppstå undertemaer. Braun og Clark hevder samtidig at det kan være viktig å lage nye temaer av de kodene som ikke passet inn.

Det fjerde trinnet handler om å vurdere å evaluere. Det kodede temaet vurderes som gyldig eller utelukkes fra forskningen. I denne fasen gikk jeg gjennom de ulike temaene nok en gang. Denne gangen for å se om temaer hadde sammenheng og kunne slås sammen. Datamaterialet gjennomgås også for å se om det mangler noe fra første gjennomlesning og som kan tas med inn i videre analyse. Her vil man også kunne fange opp om det er noe man ikke har fått med

seg initialt, og som ennå kan tas inn i analysen. Braun og Clarke hevder at hvis temaene i denne fasen fremstår som riktig og fungerer, og forskeren selv er fornøyd med resultatet, kan sette en strek for dette arbeidet å gå videre til neste fase. Jeg satt igjen med god kjennskap til dataene mine etter å ha gjennomført trinn fire. Samtidig fikk jeg en god oversikt over hvordan jeg ville dele inn analysen. Jeg har brukt mange timer på å lese gjennom dataene mine. Det har vært vanskelig å skille ut kodene og tidvis fløt flere temaer i hverandre. Prosessen med trinn tre og trinn fire var tung og vanskelig.

I det femte trinnet handlet oppgaven om å tematiseres dataene i mapper. Her bestemte jeg meg for temaene som dannet grunnlaget for hvordan funnene presenteres. Temaene skal også tydelig forklare hva temaet skal inneholde og hva som ikke skal med. For å tydeliggjøre dette for leseren har jeg innledet temaene med forklaring omkring innholdet. Nå er det også tid for å dele temaer opp i undertemaer. Det kan både være for å dele opp og strukturere store temaer eller det kan være for å understreke temaer.

Det siste trinnet er i gang når jeg hadde ett komplett sett med temaer, nå begynte jeg å skrive analysen i oppgaven. Slik jeg har erfart er tematisk analyse en nyttig og en fleksibel metode i kvalitativ forskning. Mine analyser er basert på mine fortolkninger av teksten i dokumentene som er analysert.

Ifølge Braun og Clarke(25) er det vesentlig at oppgaven inneholder relevant og tilstrekkelig teori, som kan belyse resultatene gjennom analysen, sett i lys av de temaene som er valgt. Data skal være en del av en analytisk fortelling, som overbeviser leser om at fortellingen som skrives går utover fortellingen. Den underbygges med argumentasjoner og drøftinger sett opp mot forskningsspørsmålet. Tjora (2) hevder at ved dokumentanalyse er det viktig at vi har et bevisst forhold til hvem som har skrevet eller produsert dokumentet, hvem mottageren er ment å være og hva som er formålet med dokumentet. Disse forholdene vil ha betydning for hvordan materialet bør leses og hvordan det kan brukes for å belyse problemstillingen.

Etter å ha gjennomgått hele materialet og fått fullstendig oversikt, laget koder og tematisert disse, bestemte jeg hvilke temaer som skulle brukes i oppgaven, deretter gikk jeg i gang med skrivingen. Om man skal skrive artikkel eller monografi er poenget med å bruke en tematisk analyse, at man vil få frem en komplisert fortelling med bakgrunn i den empirien som er samlet inn. Samtidig er det viktig å overbevise leser og gi tillitt til at den måten dataene er

analysert på gir validitet. Jeg har valgt å skrive en monografi fordi det oppleves som vanskelig å finne god struktur på en artikkel.

4.5 Validitet og reliabilitet i forskningen

Christoffersen og Tuft(22) hevder at når man vurderer en undersøkelses validitet, betyr det egentlig å vurdere kvaliteten på undersøkelsens slutninger(22). Intern validitet handler om i hvilken grad det er mulig å påvise årsakssammenhenger. Høy intern validitet innebærer at et eksperiment er gjennomført på en sånn måte, at det gir muligheter for å si, at den påviste sammenheng mellom to variabler handler om en mulig årsakssammenheng.

Validitet

En påstand om at det er en årsakssammenheng mellom to fenomener, kan aldri bli noe annet enn en teoretisk fortolkning, som en forsker gjør på grunnlag av de observerte empiriske sammenhengende. Ytre eller ekstern validitet handler om at resultatene fra et forskningsprosjekt kan overføres til liknende fenomener. Validitet omhandler kunnskapens gyldighet, og gyldighet er alltid begrenset (24). Denne oppgaven handler om kjerneutfordringer omkring samhandling i egen organisasjon. Sannsynligvis kan kjerneforutsetninger overføres til andre organisasjoner som har lignende struktur og utfordringer.

Innenfor all type samfunnsforskning vil forskere ifølge Tjora (2) ha en eller annen form for engasjement til temaet det forskes på. Tjora hevder videre at reliabilitet handler om pålitelighet i målingene. Den empirien som samles inn bør tilfredsstillende to krav. Den må være gyldig og relevant. Den må også være pålitelig og ikke minst troverdig. All forskning har mål om å trekke slutninger utover de umiddelbare opplysningene som samles inn. Spørsmål som også bør stilles, er om resultatene fra et forskningsprosjekt kan overføres til lignende fenomener. I kvalitative undersøkelser snakker man om overføring av kunnskap fremfor generalisering, fordi det gir assosiasjoner om statistisk generalisering og kvantitative undersøkelser.

Reliabilitet

Reliabilitet knyttes til nøyaktighet i undersøkelsen av data; hvilke data som blir brukt, måten de samles inn på og hvordan de bearbeides. Reliabilitet handler om hvor pålitelig den empiriske innsamlingen er. Når det er brukt offentlige dokumenter vil det kunne være med på å styrke reliabiliteten, fordi de er ansett med høy grad av pålitelighet (22). Tjora (2) sier at det kan øke oppgavens reliabilitet når det gjøres flere empiriske undersøkelser. Denne oppgaven omfatter tre empiriske litteraturgjennomganger. Oppgaven har sin begrensning til de delene av rapportene som omhandler AMK sin rolle under terrorhendelsen. Det er søken etter kjerneforutsetninger som bør ligge til grunn, for å nå anbefalingene fra rapportene til Gjørvekommisjonen og Helsedirektoratet for å ivareta samhandling, som er bakgrunnen for litteraturgjennomgangen.

Tjora (2) sier at pålitelighet handler om intern logikk eller sammenheng i forskningsprosjektet. Gyldighet handler om logisk sammenheng mellom prosjektets utforming og funn og de spørsmålene man ønsker å finne svar på. Ifølge Tjora (2) har flere forfattere foreslått at man kan snakke om overførbarhet heller en generalisering i kvalitativ forskning. Tjora hevder videre at dette er uheldig først og fremst fordi generaliserbarhet er godt etablert som kvalitetsindikator for forskning. For det andre at det i begrepet overførbarhet ligger en innsnevring i hva slags form for generalisering man kan tenke seg fra kvalitativ forskning. Generaliserbarhet handler om ringvirkninger og gjenbruk av resultater. Ved å tydeliggjøre resultatene og argumentere for troverdigheten kan sjansen øke for at andre kan bruke resultatene. Dersom svarene oppleves som relevante og kan generaliseres. I denne oppgaven belyses arbeidsmetoder som er godt forankret i andre pålitelige organisasjoner, det kan gjøre resultatet generaliserbarhet.

4.6 Ethiske hensyn i forskning og egen rolle

Å forske på seg selv og egen praksis kan være utfordrende og det kan være tilfredsstillende. Utfordringen ligger i å skille mellom forutinntatthet og det å være forsker og skal belyse alle sider. Jeg analyserer utfordringer som er knyttet til egen arbeidsplass. Da terrorhendelsen fant sted, var jeg tilknyttet ambulanseavdelingen og ble kalt inn på jobb. Noen år etter terrorhendelsen byttet jeg jobb og er i dag en av flere ledere ved en AMK sentral. Jeg har vært bevisst fordeler og ulemper ved å forske på et område jeg har god innsikt i. Det er daglige utfordringer på min egen arbeidsplass når det gjelder å skape god samhandling. Jeg har vært

bevisst at min egen forståelse ikke skulle prege denne oppgaven. Dette kan være vanskelig selv om jeg ikke skal gjennomføre intervjuer, men bruker dokumentanalyse. Jeg vil presisere at jeg vil belyse mitt faglige perspektiv i denne oppgaven, men vet at forskningsfeltet er stort (26).

Jeg har gjennom hele prosessen med å skrive oppgaven vært bevisst mitt eget ståsted. Dette handler om at de erfaringene jeg har opparbeidet gjennom arbeid i AMK sentralen over flere år, ikke skulle prege oppgaven. Ifølge Malterud (24) ble det i 1964 utarbeidet verdens legeforening. Helsinkideklarasjonen var en sammenfatning av etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker. Helsinkideklarasjonen ble sist revidert i 2008, der heter det, blant annet at medisinsk forskning er underlagt etiske standarder, som fremmer respekt for alle mennesker og beskytter deres helse og rettigheter. All forskning må underordne seg etiske prinsipper og juridiske retningslinjer. Underveis i litteraturgjennomgangen opplevde jeg utfordringer omkring de funnene jeg gjorde i forbindelse med rapportene. Først og fremst i forbindelse med rapportene, der det fremkommer at forsinket respons og manglende samhandling ikke ga konsekvenser for pasienter.

Malterud (24) sier videre at etikk handler først og fremst om hva vi kan og hva vi ikke kan gjøre mot hverandre. Etikk har ikke bare sin begrensning i konkrete handlinger. De etiske problemstillingene oppstår når forskningen direkte berører mennesker, det gjelder spesielt i forbindelse med innsamling av data. Johannessen, Christoffersen og Tuft (22) hevder at forskning kan påvirke mennesker gjennom de virkelighetsoppfatninger og kunnskapene som formidles. Etiske hensyn handler om at man som forsker tenker over hvordan temaer kan belyses, uten at det får etisk uforsvarlige konsekvenser for enkeltmennesker, grupper eller hele samfunn.

Ifølge Johannessen, Christoffersen og Tuft (22) er det ikke behov for å innhente tillatelse for å bruke aggregerte data, som betyr at opplysningene ikke kan tilbakeføres til enkelt personer. Ifølge Tjora(2) blir man i nærmest alle forskningsprosjekter nødt til å justere kursen i noen grad. Det blir mer som et spenningsmoment enn en kilde til frustrasjon. Tjora (2) hevder videre at gleden ved forskning kan knyttes til denne spenningen. Det kan også være knyttet til det å være en del av et stort internasjonalt forskningsfellesskap. Gode diskusjoner med andre er en forutsetning for gode analyser. For å involvere andre i egen forskning fordrer det at dokumentasjon av empirien er så god, at det gir diskusjonspartnere direkte innsyn i empirien. Tjora (2) hevder at gjennom å dele egen empiri med andre, for deretter diskutere eller

småkrangle seg frem til en felles forståelse, av hva som er de generelle funnene er det som kalles gleden ved forskning.

5 Resultater

Det jeg har ønsket svar på i litteraturgjennomgangen, er å avklare hvilke kjerneforutsetninger som bør ligge til grunn for å nå anbefalingene fra Gjørsv- kommisjon og Helsedirektorat etter 22. juli for å ivareta samhandling. De tre rapportene har alle konkludert med at helsevesenet håndterte sine arbeidsoppgaver på en god måte. Det er selvfølgelig rom for forbedringer. Det har kommet en rekke anbefalinger hvor flere av dem fokuserer på bedre kommunikasjon og samhandling, på tvers av etater, foretaks- og regionale nivåer. For å belyse min problemstilling har jeg valgt ut samhandling, IKT- utnyttelse og resultatorientert lederskap. Der er dette som vil være hovedområdene i presentasjonen av resultater. Målet har vært å få kunnskap om hvordan de tre områdene er belyst og hva rapportene sier om kjerneforutsetninger for samhandling.

5.1 NOU 2012:14 Rapport fra 22. Juli kommisjonen.

Ett år etter terrorhandlingen som rammet Oslo og Utøya la 22. juli- kommisjonen frem NOU 2012:14 som en av de viktigste offentlige utredninger i nyere norsk historie. Ifølge 22.juli kommisjonen var mandatet de fikk forholdsvis åpent. Det er også vanlig når det gjelder uavhengige undersøkelseskommisjoner. Mandatet var som følger:

«Kommisjonen har hatt som oppgave å kartlegge alle relevante sider ved hendelsesforløpet og kunne foreta undersøkelser som kommisjonen mener er nødvendige. . Hensikten med kommisjonen sitt arbeid er å foreta en gjennomgang en evaluering for å trekke lærdom fra hendelsen med sikte på at det norske samfunnet skal stå best mulig rustet til å avverge og møte eventuelle fremtidige angrep, samtidig som man tar vare på sentrale verdier i det norske samfunnet som åpenhet og demokrati»(NOU 2012:14 s.38).

Det var ikke innenfor kommisjonens mandat å ta stilling til straffeansvar eller annet rettslig ansvar i forbindelse med hendelsene. Kommisjonen skulle heller ikke vurdere politi eller påtalemyndigheters etterforskning av anslagene. Det inngikk ikke i kommisjonens arbeid å anslå det økonomiske omfanget av skader eller tap som følge av terrorhendelsen.

Kommisjonen sitt mandat var å gjennomgå og trekke lærdom fra angrepene i Regjeringskvartalet og Utøya 22. juli 2011. Kommisjonen skulle fremme forslag om tiltak som kommisjonen mente var nødvendig, for å ivareta en bedre fremtidig beredskap.

Kommisjonen sto fritt til å vurdere andre forhold og tiltak som gjennomgangen kunne avdekke behov for. Kommisjonen var sammensatt av ulike profesjoner, for å ivareta alle deler av utredningen. En av vurderingene kommisjonen kom frem til var at ledere på alle nivåer i forvaltningen, systematisk skulle arbeide med å styrke sine egne og organisasjonens grunnleggende holdninger og kultur. Dette er knyttet til risikoerkjennelse, gjennomføringsevne, samhandling, IKT- utnyttelse og resultatorientert lederskap.

Samhandling

Kommisjonen hevder det var reelle sikkerhetsutfordringer og misforståelser mellom politi og helse som gjorde at helsetjenesten sitt framrykk tok tid. Kommisjonen setter dette i forbindelse med manglende sambandskommunikasjon. Videre hevder kommisjonen at det var manglende kommunikasjon mellom etatene prehospitalt, men også mellom operasjonssentralene. Kommisjonen sier de ikke har funnet ut hvorfor misforståelsen oppsto, som gjorde at helse ble forsinket i forhold til sin innsats. Kommisjonen konstaterer at det er ønskelig med en mer presis avklaring når det gjelder kommunikasjonslinjer mellom politi og helsetjenesten. Herunder klarering av skadested slik at det er anledning for helse å rykke frem. I tillegg reiser kommisjonen spørsmål om hvor stor risiko helse skal utsette seg for når det handler om å redde liv.

22. juli kommisjonen hadde fokus på at det skulle trekkes lærdom ut av terrorhendelsene. Det kom frem at kommunikasjonen mellom operatørene på de ulike operasjonssentralene som håndterte hendelsene var utfordrerne denne dagen. Kommisjonen mener at lærdommen i stor grad handler om ledelse, samhandling, kultur og holdninger- enn mangel på ressurser, behov for ny lovgivning, organisering eller store verdivalg. Utover denne konstateringen gjorde jeg ikke funn av grunnleggende dokumenterte tiltak, for å forebygge at misforståelser og kommunikasjonsproblemer oppstår. Dette fører til at samhandling blir vanskelig. Kommisjonen skriver også i sin rapport at de ikke vil hevde at manglende kommunikasjon og samhandling ga fatale konsekvenser denne dagen.

Kommisjonen konkluderer med at varsling, informasjon og kommunikasjon er viktig i krisesituasjoner. Videre slutter kommisjonen at utbedring av IKT systemer for AMK sentralene er av stor betydning for arbeidet med god krisehåndtering og samhandling i fremtiden. Kommisjonen påpeker at kommunikasjon mellom nødetatene er viktig for å kunne

formidle felles situasjonsforståelse, som grunnlag for de beslutningene som skal tas innen for hver nødetat.

Det konstateres videre at 22. juli kommisjonen har hatt tilgang til lydlogger fra AMK sentralen ved Vestre Viken HF. Det fremkommer ikke opplysninger om at 22. juli kommisjonen har hatt samtaler med berørt innsatspersonell/operatører ved AMK- O/A. 22. juli kommisjonen har heller ikke dokumentert at de har hatt tilgang på lydlogger. Dermed antas at så ikke har skjedd. Det fremstår som noe underlig med tanke på hvilken rolle sentralen har hatt under terroraksjonen. I tillegg ble det etablert R-AMK funksjonen som ble ivaretatt av AMK- O/A.

IKT-utnyttelse for samhandling

22. juli kommisjonen søkte etter å analysere de bakenforliggende årsakene til at samhandlingen ble utfordrende. Kommisjonen viser til at:

«i tillegg til radiosamband kommuniserer AMK sentralene med sine ambulansenheter gjennom IKT støttesystem, AMIS, som overfører oppdragsinformasjon elektronisk ut til enhetene og statusrapporter fra dem tilbake til sentralen»(NOU 2012:14).

Kommisjonen konstaterer at IKT har stor betydning i helsetjenesten. Elektronisk oppdragsinformasjon gir verdifull informasjon som av og til ikke kan formidles verbalt. Årsaker til dette kan være stor belastning eller at kommunikasjon verbalt ikke er mulig, også som følge av skarpe situasjoner der det kan være behov for radiotaushet.

«AMIS-systemet inneholder også loggføring, og det er koblet opp mot sentralens GPS baserte flåtestyringsystem. Hver av landets AMK sentraler kan i midlertidig bare se og styre sine egne ambulanseressurser gjennom disse systemene»(NOU 2012:14).

Kommisjonen har tatt tar innover seg at systemene er viktige for loggføringer og ikke minst slik at AMK kan se hvor ressursene fysisk befinner seg. Men belyser ikke hvilke konsekvenser dette kan få for ambulansene som er på oppdrag og som ikke er synlig for AMK. Rapporten sier heller ikke noe om hvor viktig det kan være at systemene virker for å

kunne motta nødvendig og oppdatert informasjon gjennom flere kanaler og plattformer for å sikre det videre samarbeidet.

«ved den store pågangen etter bombeeksplosjonen brøt AMIS systemet på AMK-O/A ned, kommunikasjonen mellom AMK- og ambulansene kunne deretter bare ivaretas over radiosambandet. Denne utfordringen ble, etter kommisjonens vurderinger håndtert bra, blant annet fordi man har erkjent IT- systemets sårbarhet, og derfor øver på aksjoner der systemer faller ned»(NOU 2012:14).

Bakgrunnen for at IKT systemet brøt sammen skyldes overbelastningen som IKT ble utsatt for. 22. juli. kommisjonen mente det var nødvendig med gjennomgang av IKT- systemene for AMK sentralene. Sosiale medier ble den viktigste nyhetsformidlingen under terroraksjonen, og kunnskapen om terroren spredte seg raskt fra regjeringskvartalet og Utøya til store deler av befolkningen. 22.juli kommisjonen peker på at datasystemene ikke fungerte etter intensjonen. Kommisjonens gjennomgang retter kritikken mot IKT systemer som ikke tåler stor nok belastning. Kommisjonen konstaterer at det haster med å få på plass tilfredsstillende løsninger som vil gjøre samhandling enklere.

Resultatorientert ledelse

Kommisjonen hevder i rapporten at holdninger og kultur er avgjørende for at vi skal lykkes i arbeidet med å ivareta samfunnssikkerheten og beredskapen. Rapporten fremhever at det er viktig at ledere på alle nivåer arbeider aktivt med dette i sin organisasjon. Det påpekes at dersom vi som samfunn skal klare å rette opp i disse svakhetene, må organisasjonsutvikling bli et viktig tema som det jobbes med i de ulike organisasjonene. Kommisjonen hevder at for å ivareta god katastrofehandtering er god kommunikasjon, samhandling og felles rolleforståelse mellom nødetatene en forutsetning. Nødetatene må være samkjørt. Under katastrofen 22. juli ble samhandling og samvirke satt på en ekstraordinær prøve. Kommisjonen peker på at det er avgjørende at nødetatene er forberedt gjennom opplæring og at det er innøvd og samordnet. Kommisjonen trekker nok en gang frem at det oppsto misforståelser som følge av dårlig og manglende samband. Ulike beskjeder fra AMK sentralen og lokalt politi resulterte i ulike oppfatninger av blant annet klarering som helse trengte for å rykke frem til pasientene.

«Kl. 18.40 ga politiet klarering til ambulanser om at de kunne rykke frem. Dette ble avvist av AMK fordi det ikke var gitt klarering av området fra operasjonsleder i politiet til operasjonsleder ved AMK. AMK forsøkte å komme gjennom til politiet uten å lykkes, men etter utstrakt kommunikasjon frem og tilbake med innsatspersonell ble endelig klarering gitt kl. 18.58. 24 minutter etter at gjerningsmannen var pågrepet» (NOU 2012:14).

Kommisjonen hevder at flere av de som deltok under redningsarbeidet, framholdt behov for et felles planverk for samarbeid og samhandling mellom de ulike nødetatene, ved store hendelser. Det er Justis- og beredskapsdepartementet som har overordnet administrativt ansvar for redningstjenesten. 22. juli kommisjonen hevder at planverket som lå til grunn for nødetatene bar preg av å være fragmentert og lite oppdatert. Det ble konstatert behov for å gjennomarbeide planverket for nødetatene. Rådet var at planverket bør ferdigstilles i samarbeid med de involverte nødetatene. Det samme må gjelde de operative håndbøkene og manualene, de må oppdateres av hver enkelt etat og harmoneres opp mot samarbeidspartnere. Her peker kommisjonen på at det må sikres at oppdateringer i etterkant må meddeles de samarbeidende etatene.

Kommisjonen hevder videre at det er utfordrende at dagens utdanning for nødetatene stort sett gjennomføres hver for seg i etatene. Dersom nødetatene skal samhandle optimalt er det behov for utdanning på tvers av etatene. Her ser kommisjonen muligheter for at et felles planverk, som kan brukes som utgangspunkt for felles opplæring for nødetatene. Kommisjonen peker på at det bør utarbeides nasjonale føringer for samarbeid mellom helsetjenesten, politi, brann og øvrig redningsetater i oppdrag i usikrede områder. Det andre forholdet som pekes på handler om utfordringen rundt det å skape bedre samsvar mellom ord og handlinger. Kommisjonen trekker frem noen enkeltfaktorer i årsaksforholdet, manglende ledelse og koordinering og i tillegg fravær av velfungerende kommunikasjonsmidler. Det betyr at årsaksforholdet ikke kunne lastes innsatspersonell, det måtte lastes mangelen på velfungerende systemer.

Oppsummering

22.juli kommisjonen sin rapport er omfattende. Den peker på hvor viktig det er med forbedringer slik at det tverretatlige samarbeidet blir bedre. Den hevder at det er behov for å lage bedre planverk, at et felles planverk mellom etatene må ferdigstilles. Dokumentasjonen må deles mellom etatene, slik at det er omforent hvilke handlinger som ligger til grunn for

samhandling. Det må gjennomføres felles opplæring mellom nødetatene. Anbefalingene retter oppmerksomheten mot trening, opplæring, øvelser og veiledning. Samtidig må gode ledere selekteres. Når det gjelder de grunnleggende kjerneforutsetningene som bør ligge til grunn for å nå anbefalingene fra Gjørv- kommisjonen for å ivareta samhandling, er det vanskelig å trekke ut klare funn. Kommisjonen peker som nevnt på flere tiltak, men disse er på et overordnet nivå. Det gjør det vanskelig å avdekke hvilke grunnleggende kjerneforutsetninger kommisjonen mener bør ligge til grunn for å gi bedre samhandling.

5.2 «Læring for bedre beredskap» Helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22. juli 2011. Helsedirektoratet.

Også Helsedirektoratet, på samme måte som 22. juli kommisjon, etablerte arbeidsgrupper sammensatt av mennesker med ulik helsefaglig og annen relevant kompetanse. Flere av medlemmene hadde bakgrunn og lang erfaring fra utøvende helsetjeneste på ulike nivåer.

Det kan se ut som om rapporten «læring for bedre beredskap» er tiltenkt å treffe kunnskapspersoner som innehar en grunnleggende forståelse om hvordan helsetjenesten er bygd opp. Det kan være vanskelig å forstå deler av rapporten dersom man ikke har helsefaglig bakgrunn og kjenner til organiseringen. I sin gjennomgang har Helsedirektoratet også tatt med oversikt over «lov om helsemessig og sosial beredskap», «forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus». Dette er med på å skape et fullstendig bilde som er viktig for å komme frem til en fullverdig rapport, der alle sider av terrorhendelsen blir belyst.

Helsedirektoratet viser også til den overordnede «nasjonale helse- og sosialberedskapsplan» (27) og de ulike aktørenes beredskapsplaner. Disse vil variere fra RHF til RHF.

Samhandling

Helsedirektoratet hevder at sentrale helsemyndigheter bør utarbeide en helhetlig samling av prosedyrer, både på operativt og strategisk nivå. Disse prosedyrene bør innebære tverretattlig samarbeid. Helsedirektoratet (4) baserer dette på det internasjonale fagrådet sine uttalelser, som hevder at nasjonale føringer vil være med på å gi struktur, til de regionale planene slik at det blir enklere å utarbeide lokale planer. Helsedirektoratet anbefaler at de nasjonale

helsemyndighetene bør fokusere på gjennomføring av beredskapsøvelser og at det må tas opp med de regionale helseforetakene. Helsedirektoratet viser til at NAKOS og KoKom har utarbeidet forslag til modulbaserte kompetanseplaner for personell i AMK. Videre hevder Helsedirektoratet at kompleksitet og tidspress stiller store krav til faglige og kommunikasjonsmessige egenskaper hos personell som arbeider i AMK.

For å sikre god beslutningsstøtte når det gjelder medisinske spørsmål, som skal gi adekvat respons, viser Helsedirektoratet til Norsk Medisinsk Indeks. Den brukes i dag av alle AMK sentralene i Norge. Den skal gi alle et likeverdig akuttmedisinsk helsetilbud. Det kommer også fram av rapporten at dette, sammen med høy faglig kompetanse på personellet, så bidrar Norsk Medisinsk Indeks til høy standard på de akuttmedisinske tjenestene.

AMK- O/A ble som tidligere nevnt satt inn som R-AMK. Det ble forflyttet beredskap fra omliggende fylker som følge av terrorhendelsen. Helsedirektoratet hevder det blir vesentlig å få på plass robuste løsninger, som sikrer oversikt over ressurser. AMK- O/A som R-AMK hadde ikke mulighet til å se ressursene fra de andre AMK områdene. Helsedirektoratet hevder at rask og sikker kommunikasjon mellom helseressurser og øvrige nødetater, er avgjørende for å begrense skade, redde liv og sikre innsatspersonell ved større hendelser og katastrofer. Tilgang på nødvendige ressurser, tilstrekkelig kapasitet og signaldekning i kommunikasjonsløsningen er nødvendig, for at helsetjenesten skal løse sine oppgaver tilfredsstillende.

Helsedirektoratet sin gjennomgang fremhever flere grunner til at helsetjenesten løste sine oppgaver så godt. En av grunnene er at hendelsen skjedde i den delen av landet der det er størst kapasitet og erfaring. Særlig når det gjelder utrykningstjenester og skadekirurgi. En annen årsak som fremheves er at tjenesten har trening i beredskapsarbeid og stor evne til å improvisere under vanskelige forhold. Tjenestens innsatsvilje og responstid er også fremhevet. Rapporten til Helsedirektoratet viser til at:

«helseinnsatsen etter terrorhandlingene var betydelig, livreddende og over normmessig forventning i hele den akuttmedisinske kjeden. Helsetjenesten viste stor mobiliseringene og improviseringskompetanse»(NOU 2012:14).

Helsedirektoratet sin rapport har avdekket at flere ressurser meldte om manglende respons ved oppkall til AMK sentralen. Det handlet både om å formidle viktig informasjon og få

nødvendige avklaringer. Helsedirektoratet mener at årsaken var mangel på personell som kunne besvare oppkall. Det ble konstatert i rapporten hvor avgjørende det er at AMK, av hensyn til organisering og styring av hendelsen, må være tilgjengelig på samband. Dette for at konferering kan foregå. Helsedirektoratet viser også til at en felles redningstalegruppe ikke ble benyttet under terrorhendelsen. Det kan ha medført at tidskritisk informasjon i starten av hendelsen ikke nådde frem til alle nødetatene.

IKT utnyttelse

Helsedirektoratet sin gjennomgang pekte i likhet med 22. juli kommisjonen på at IKT systemet AMIS brøt sammen på grunn av overbelastningen fra regjeringskvartalet. Det betydde at den elektroniske loggføringen ikke fungerte. All kommunikasjon ble gjennomført via radiosamband og telefoni. Et annet vesentlig punkt som er avdekket er kommunikasjonsmessige utfordringene, knyttet til overgangen mellom gammelt helseradionett og det nye nødnettet. Det bidro til samhandlingsutfordringer. Oslo og Akershus hadde innført nytt nødnett, mens Buskerud hadde fortsatt det gamle helseradionettet. Det ble benyttet både nytt nødnett og gammelt helseradionett i Oslo og Akershus under terroraksjonen.

Det oppsto tekniske problemer med det gamle helseradionettet. Rapporten peker på at bruk av det offentlige mobilnettet ved store hendelser er sårbart, fordi nettet kan overbelastes som følge av stor pågang. Svært viktige samtaler mellom helsepersonell og sykehus måtte foregå på private mobiltelefoner. Rapporten påpeker hvor viktig det er når det utveksles informasjon over mobiltelefon mellom to parter, at informasjonen videreformidles.

Helsepersonell benyttet de kommunikasjonsløsningene som var mest hensiktsmessig i situasjonen. Helsedirektoratet viser til at begrenset dekning og kvalitet på kommunikasjonen skapte usikkerhet hos ambulansetjenesten. Det kan ha vært medvirkende årsaker til at pasienter ble transportert til andre sykehus enn det som var intensjonen. Videre fremkommer det at det ikke er avdekket etablerte planer for helsetjenesten sin kommunikasjon og sambandsbruk ved store hendelser. Helsedirektoratet viser til at det sannsynligvis ikke forelå noen planer for hvordan de tilgjengelige sambandene, helseradionettet og nødnettet skulle sikre muligheter for nødvendig kommunikasjon. Helsedirektoratet mener at vurdering og beslutning om hvilke sambandsveier og kommunikasjonsløsninger som skulle velges ble fortløpende vurdert av hvert enkelt helsepersonell.

Helsedirektoratet sier i rapporten at i utgangspunktet skal ikke en AMK sentral ha nedetid. Publikum skal til enhver tid komme frem på medisinsk nødnummer 113. Driftsmessig må AMK sentralene være så robuste at de alltid kan ivareta sine funksjoner, som en koordinerende sentral som har ansvar for at samhandling kan skje. Det sees på som svært alvorlig at AMK- O/A hadde betydelige driftsproblemer i forbindelse med 22. juli. Noe av bakgrunnen og årsaken til dette kan være mangel på helhetlig og realistisk test av hele systemet. Når det gjelder stor belastning er det manglende investeringer av testmiljøer. Dersom det skal testes i det operative miljøet må dette gjøres med stor forsiktighet. Slik rapporten vurderer det, må det rutinemessig gjennomføres tekniske og operative sikkerhetsvurderinger knyttet til IKT systemenes smertegrense for belastning.

I normalsituasjoner har AMK sentraler oversikt over lokale akuttmedisinske ressurser som de samhandler med. Ved hjelp av digitale kart, posisjoneringstjenester og statusmeldinger for hver enkelt enhet, vil AMK ha oppdatert oversikt over alle de ressursene som de rår over. AMK sentraler har også lokal, regional kompetanse og ressursoversikt når det gjelder sykehusressurser og vil være i jevnlig dialog med akuttmottak også ved innmelding av pasienter til sykehusene. I en normalsituasjon vil ambulansetjenesten ringes inn på logget linje til AMK, slik at all kommunikasjon lydlogges. Rapporten erkjenner at det å sikre god informasjonsflyt mellom de ulike nivåene av helsetjenesten ved større hendelser, er utfordrende. Helsedirektoratet sin gjennomgang viser at det til tross for at aktørene hadde ulike kommunikasjonsløsninger, er det ikke holdepunkter for å si at innsatsen fra helse ble hindret eller forsinket som følge av mangelfull kommunikasjon. Rapporten har avdekket at sosiale medier ikke ble benyttet av nødetatene denne dagen. Rapporten stiller spørsmål om hvorvidt det kunne eller burde vært brukt.

Resultatorientert ledelse

Helsedirektoratet var også selv aktør under 22. juli som følge av den rollen som HOD har tildelt direktoratet jmfør overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan (27).

Helsedirektoratet så det som sitt mandat å foreta en gjennomgang av helseforvaltningen sin rolle. Helsedirektoratet mener at den akuttmedisinske kjeden er avhengig av at de ulike tjenestene i kjeden, er nøye avstemt i forhold til hverandre. Når endringer gjøres pekes det på viktigheten av at tjenesten er involvert og tas med i planleggingen. Helsedirektoratet påstår at utvikling av kompetanse og elektronisk innsamling av pålitelige data som kan brukes som

kunnskapsgrunnlag for videre utvikling, er avgjørende for at den akuttmedisinske kjeden skal kunne forbedres og møte de utfordringene som fremtiden innebærer.

Helsedirektoratet sin gjennomgang av akuttmedisinske tjenester 22. juli 2011 har avdekket behov for sterkere nasjonale føringer på en rekke områder. Helsedirektoratet er av den oppfatning at det er behov for et dynamisk og offensivt nasjonalt kompetansemiljø. Uten dette vil ikke akuttmedisinske tjenester få tilført faglig og organisatorisk kraft, til å utvikle nasjonale omforente føringer basert på kunnskap og praksis.

Oppsummering

I Helsedirektoratet sin rapport var tittelen «læring for bedre beredskap». Helsedirektoratet sier i sin rapport at en av konsekvensene for manglende dekning og kvalitet på kommunikasjonen, kunne være med på å skape usikkerhet under terroraksjonene. Et funn som kan trekkes frem er at Helsedirektoratet hevder det med innføring av nødnett, gis muligheter til å utvikle helsetjenester og videreutvikle samhandling med de andre nødetatene.

Helsedirektoratet hevder videre at det som skal til er at helsepersonell er tilgjengelig og er kompetente brukere.

Det er ikke grunnlag for å si at denne studien avdekket hvilke kjerneforutsetninger som er nødvendig for å ivareta god samhandling. Helsedirektoratet sin gjennomgang viser til at det oppsto problemer med kommunikasjonsverktøyet, men rapporten gir ikke svar på hvordan dette kan løses for å ivareta kommunikasjon på en sikrere måte. Rapporten gir ikke de svarene som er nødvendig for å kunne svare på problemstillingen.

5.3 Oppfølging av erfaringer etter 22. juli 2011. Sluttrapport for prosjektperioden. Helsedirektoratet.

Sluttrapporten til Helsedirektoratet kom fire år etter terrorhendelsen i 2011. Tre år etter Helsedirektoratet sin rapport om «læring for bedre beredskap». Sluttrapporten tar for seg oversikt og status på prosjekter som er påbegynt og eller implementert. Nytt nødnett er ferdig utbygd og implementert i store deler av Sør-Norge. Sluttrapporten bekrefter at den nasjonale utbyggingen skal etter planen være ferdigstilt 1. halvår i 2016. Et nødnett som har gitt godt resultat for helsevesenet og gitt tryggere kommunikasjon i kraft av lite nedetid.

Samhandling

Sluttrapporten viser til at planverk og prosedyrer er forbedret. Det er utarbeidet fagveiledere og ansvar. Roller og samhandling i krisehåndtering er gjennomgått og drøftet i læringsøyemed. Sluttrapporten viser videre til at det er utviklet tverretatlige prosedyrer for håndtering av PLIVO, som er under implementering. Det er også iverksatt tiltak for å klargjøre helsepersonellens rett og plikt om å utlevere taushetsbelagt informasjon til politiet. Gjennomgangen viste at regelverket ikke satt begrensningen, men at det var kunnskap om regelverket som var for dårlig. Derfor kom Helsedirektoratet ut med et rundskriv for å klargjøre reglene omkring taushetsplikten. Sluttrapporten viser også til at helsetjenesten har betydelig øvingsaktivitet, men at den bør vektlegges enda mer. I henhold til helseberedskapsloven så har RHF ansvar for å vurdere hva som skal øves på, basert på risiko og sårbarhetsanalyser.

IKT

Sluttrapporten til Helsedirektoratet viser til at HOD gjennom eget brev gav de RHF ansvar for å følge opp IKT utfordringene og få på plass nødvendige systemer. Videre vises det til det nasjonale IKT prosjektet skulle bedre robustheten til landets AMK sentraler. Mange steder mangler fortsatt løsning for å håndtere overload. De nye kravspesifikasjoner til utstyret i AMK sentralene forventes å bedre kvaliteten på tjenesten, herunder også samhandling mellom HF.

Sluttrapporten fastslår videre at Norge har god operativ helseberedskap. Til tross for at flere momenter fortsatt ikke er gjennomført, viser erfaringer at helsetjenesten sin krisehåndtering er god. Dette også sammenlignet med andre sektorer. En mulig årsak som trekkes frem er at helsetjenesten daglig håndterer både små og store hendelser. Når det oppstår en krisesituasjon så ligner den på det som oppstår daglig, bare i større skala. Sluttrapporten hevder også at kvaliteten på beredskapen kan bli ytterligere forbedret dersom anbefalingene vil bli iverksatt og videreført. Den viser også til Helsedirektoratet sin rapport om «læring for bedre beredskap», om en rekke forhold som burde utbedres med tanke på fremtidige beredskapssituasjoner. Sluttrapporten konkluderer med at helsetjenesten står bedre rustet til å

håndtere alvorlige hendelser nå enn før 22. juli. Det vises til at tekniske utfordringer er utbedret eller er under utbedring. Resultatene fra 22. juli kommisjonen og Helsedirektoratet kom med anbefalinger om at det hastet å få på plass nytt IKT verktøy til AMK. Sluttrapporten konkluderte med at det nasjonale IKT prosjektet var pågående og at det var forventet at det ville ta tid. Det samme gjelder implementeringen og det må ses i sammenheng med pågående arbeider. De overordnede gevinstene ville være bedret kvalitet på tjenesten ved at de forskriftfestede svartidskravene i kvalitetsindikatorene ville nås. Samtidig ville ressurser kunne utnyttes på en bedre måte og dermed unngå oppbemanning for å møte veksten i antall hendelser.

Sluttrapporten har også med statusmatrise der Helsedirektoratet gjengir sitt ansvar i forhold til koordinering av oppfølgingen 22. juli 2011. Det innebærer innstillingen fra den særskilte komite av 10. november 2012, NOU 2012:14 fra 22. juli kommisjonen og Helsedirektoratet sin rapport om «læring for bedre beredskap». Oppfølgingen skulle gjøres i samarbeid med RHF, fylkesmannsembeter, kommuner, frivillige organisasjoner og andre berørte fagmiljøer. Punktet som berører AMK sentraler og IKT verktøy er gitt gul risiko, med status pågående, det betyr dersom fargekodene er likt det som ellers er vanlig i risikoanalyser, så er ikke dette et prosjekt med stor risiko, da ville det ha blitt gitt rød risiko.

Helsedirektoratet sin sluttrapport kom som nevnt 4 år etter 22. juli hendelsen. Fortsatt fremstår det ikke som IKT problemene og svakhetene i systemene gir myndighetene mindre nattesøvn. Det ser ut til å være allment akseptert at slike kritiske feil og manglende utvikling tar tid å rette opp i. Rapporten henviser også til oppfølgingen av prosjekt «Nasjonalt nødmelde prosjekt» der det ble sett på muligheter for å iverksette et nasjonalt nødnummer. Dette er stoppet. Videre vises det til arbeidet med det «tverretatlig Program for Forbedring av Nødmeldingstjenesten», og utredning om «optimal organisering av medisinsk nødmeldetjeneste» med vekt på AMK sentralene, heller ikke dette er fullført.

Resultatorientert ledelse

Et viktig tiltak er at i dag så er alle RHF og HF og Nasjonalt helsenett underlagt sikkerhetsloven. Dersom det innføres et nasjonalt gradert nett i RHF vil dette sikre at ledere på strategisk nivå, vil raskt få fullstendig oversikt over informasjon i lignende situasjoner som terroraksjonene. Terrortrusselen som politiets sikkerhetstjeneste avslørte sommeren 2014 viste problemer med å formidle gradert informasjon fra sentrale myndigheter til

helsetjenesten. Det er vesentlig for helsetjenesten at myndighetene kommuniserer tydelig om endringer i trusselbildet og grunnlaget for opp og nedtrapping av beredskap.

5.4 Oppsummering av resultater

Ut fra en grundig gjennomgang av de tre dokumentene jeg har valgt å inkludere i oppgaven, er det lite som tyder på at kjerneforutsetninger er dokumentert i noen av rapportene. Det framkommer ikke klare funn som viser hva som bør ligge til grunn, for å nå de anbefalingene som 22. juli kommisjonen og Helsedirektoratet mener er nødvendig for å ivareta samhandling. Det som derimot kommer fram, er at rapportene hevder at nasjonale myndigheter bør utarbeide en samling prosedyrer, operative og strategiske. De skal beskrive en enhetlig håndtering av kriser. Det bør inngå prosedyrer for tverretattlig samhandling. Rapporten fra Helsedirektoratet og 22. juli kommisjonen mente at Norge hadde god helseberedskap under terrorhendelsen. Dette til tross for avsløring om at systemer brøt sammen og gjorde at kommunikasjonen ikke var god nok. Kritisk informasjon ikke nådde frem. Rapportene har ikke gitt forslag om konkrete tiltak, utover å peke på nasjonale myndigheter.

AMK- O/A ble som nevnt R-AMK for regionen under terrorhendelsen. Det var ikke tilgang i systemene som ga oversikt og synlige ressurser 22. juli, AMK- O/A så bare egne ressurser. De ressursene som kom fra andre omkringliggende fylker var ikke synlig for AMK- O/A som skulle disponere dem. For å nå ressursene måtte det brukes radiokommunikasjon både gjennom det gamle helseradionettet og det nye nødnettet, eller mobiltelefon. Kort tid etter at bomben gikk av i regjeringskvartalet brøt AMIS systemet på AMK- O/A sammen. Det betydde at all oppdragskommunikasjon måtte foregå verbalt på radio og mobiltelefoner, nå var også AMK- O/A sine egne ressurser usynlige..

Som følge av at litteraturgjennomgangen ikke ga resultater som kunne besvare problemstillingen, er hovedkonklusjonen at det må letes videre i teorien for å finne svar. Selv om gjennomgangen ikke førte frem til svar på problemstillingen, har jeg kommet frem til overordnede tema som følge av funnene i dokumentene. Dette vil danne grunnlag for videre drøfting av teoretiske kjerneforutsetninger for ivareta samhandling.

5.5 Status i etterkant av rapportene

I etterkant av 22. juli fikk de fire regionale helseforetakene i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet at det snarest mulig burde etableres et samarbeid mellom de regionale helseforetakene. Det skulle utarbeides felles kravspesifikasjoner til nye IKT løsninger. Da det nasjonale IKT prosjektet ble startet var målet å gi befolkningen best mulig medisinsk nødmeldetjeneste ved å anskaffe teknologi som gjør AMK i stand til effektivt å kunne håndtere nødsamtaler i henhold til hva samfunnet forventer, samt lover og forskrifter.

I 2015 ble prosjektet Ny teknologi i AMK startet. Det nasjonale prosjektet skulle skaffe nytt IKT verktøy til AMK. Det nye IKT verktøyet skulle sørge for riktig utnyttelse av ressurser og tilordning av beste respons gjennom beslutningsstøtteverktøy. Helseforetakene skulle settes i bedre stand til å håndtere pasientflyten når det gjelder akuttmedisinske hendelser. Helseforetakene skulle også settes i bedre stand slik at det kunne samhandles bedre. Sist, men ikke minst skulle ny IKT legge til rette for overordnet virksomhetsstyring og forskning.

19. mai 2017 ble IKT prosjektet stanset, angivelig fordi prosjektet ble løftet opp til et nasjonalt prosjekt av Nasjonal IKT HF, det ble mer komplisert.

I oktober 2018 ble det lagt det ut en artikkel på nettsiden til anbud 365 (28), der det opplyses om at sykehusinnkjøp HF har ute en veiledende kunngjøring. Dette for å innhente informasjon om innhold og status på IKT løsning. Forberedelsene til anskaffelse av robuste, teknologiske løsninger for landets 16 AMK sentraler er i gang igjen, etter at det nasjonale IKT prosjektet ble stoppet i 2017. Sykehusinnkjøp HF skal i første omgang sondere hva som tilbys i markedet av aktuelle IKT løsninger. Målet er å kunngjøre konkurransene 1. mars 2019.

AMK Oslo har tydeliggjort og formalisert ansvar. Operasjonsleder er på vakt til enhver tid. Operasjonsleder er klinikkleder sin stedfortreder på vakttid og har fullmakt til å beslutte handling i tidskritiske hendelser. Dette er i tråd med de anbefalinger som både 22. juli kommisjonen og Helsedirektoratet sine rapporter, men dette er ikke opprettet for alle AMK sentralene i Norge. Operasjonsleder AMK fungerer som bindeledd når det samhandles mellom nødetatene.

6 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte oppgavens problemstilling sett i lys av den teorien jeg har beskrevet i kapittel tre. Med teorien som utgangspunkt, vil jeg belyse de kjerne forutsetninger jeg mener kan bidra til at samhandling blir bedre.

Litteraturgjennomgang av 22. juli kommisjonen og Helsedirektoratet viste til anbefalinger om å satse på samhandling, IKT utnyttelse og resultatorientert ledelse. Derfor vil jeg se på disse tre dimensjonene som grunnleggende kjerneforutsetninger slik at samhandling kan ivaretas på en god måte.

6.1 Samhandling - CRM

Jacobsen og Thorsvik (12) hevder at organisasjonsteori kan sammenlignes med en verktøykasse. AMK sentralene trenger gode verktøy som kan brukes for å skape bedre forutsetninger for å samhandle. Det handler om å organisere det sosiale systemet som AMK er en del av. Kommunikasjon er grunnleggende ferdigheter og fundamentale virkemidler for å nå handlingsmål. Når avsender formidler et budskap til mottager, er intensjonen at mottager skal handle slik avsender har ment. Hvorvidt kommunikasjonen er vellykket avhenger dermed av om mottager sine handlinger, er basert på fortolkninger som samsvarer med de intensjonene som avsender hadde. Dersom mottager misforstår det avsender har som budskap, vil det gå utover det mottager faktisk gjør. I akuttmedisin og i AMK kan misforståelser i kommunikasjonen ha store og negative konsekvenser som kan føre til betydelig skade og i verste fall død.

Ifølge Jacobsen og Thorsvik (12) er kommunikasjon i mellommenneskelige relasjoner limet som holder organisasjoner sammen. Sett i lys av kommunikasjonsprosessen er det vesentlig at den fortolkningen som mottageren ender opp med, må være identisk med hva avsender har som budskap å formidle. Nordby (8) hevder at nøkkelen til å sikre god kommunikasjon, alltid handler om å forstå de man kommuniserer med. Deretter tilpasse sin egen kommunikasjon slik at det blir forståelig for mottager. Kommunikasjonsprosesser settes virkelig på prøve når det flettes inn flere momenter; som trussel om tap av helse, alvorlige trafikkulykker eller hjertestans. Mennesker har vanligvis ikke et bevisst forhold til den grunnleggende kommunikasjonsprosessen. Derimot utformes både budskapet og språket ubevisst og prosessen skjer ubemerket og automatisk. Det er når kommunikasjonen oppleves som

utfordrende, vi gjøres oppmerksomme på hvorfor det er så viktig å gjøre riktige valg, for hvordan kommunikasjon skal gjøres på en god måte. Videre sier Nordby (8) at det er enklere å peke på feil i kommunikasjonsprosesser og dårlig kommunikasjon, fremfor å gjøre noe med det. Mangel på oppmerksomhet i kommunikasjonsprosessen kan være en grunn for dårlig kommunikasjon. Det kan være at AMK operatøren forbereder utkall av det neste akutt oppdraget, eller det kan være at ambulanspersonellet forbereder seg mentalt før ankomst til et skadested.

CRM kan sies å være kommunikasjon som er satt i system. Det er et handlingsmønster som vektlegger at alle ressursene i teamet er avgjørende. Selv om ledere har det overordnede ansvaret, har hver enkelt et kollektivt ansvar i CRM. Flin, O`Connor og Crichton (17) hevder at CRM er et grunnleggende verktøy, som kan brukes for å skape rom for bedre samhandling. Det kan gjøre arbeidet mer sikkert og effektivt om personell får kurs og opplæring i hva dette innebærer. CRM handler om måter å kommunisere på, det er gjort funn som viser at der det etableres systemer for hvordan kommunikasjon skal håndteres i akutsituasjoner, reduseres feil. AMK er avhengig av at kommunikasjonen foregår på en sikker og tydelig måte. Kommunikasjon en stor del av godt teamarbeid, det er som sagt grunnleggende for arbeidsplasser sin effektivitet og sikkerhet(17).

Ifølge Eriksen (18) kan CRM gjennomføres og læres gjennom øvelser. I praksis innebærer CRM godt innarbeidede rutiner for hvordan kommunikasjon skal foregå mellom personer. Det kan utarbeides sjekklister der alle deler av informasjon verifiseres av annen part. Det gir sender av informasjonen mulighet til å høre at meldingen ble korrekt oppfattet av mottager. Denne kommunikasjonsformen er kort og tydelig og det er ikke rom for unødig kommunikasjon. For nødetater som samhandler daglig er risikoen stor for at det oppstår misforståelser eller feiltolkning. Dersom det ikke implementes regler for hvordan dette skal foregå. CRM er et system som ikke bare kan benyttes i katastrofe hendelser, dette er et system som skaper trygghet og rammer for hvordan kommunikasjonen skal foregå også i hverdagen. Det betyr at dersom man tar i bruk CRM som grunnleggende kjerneforutsetning, vil det sannsynligvis ha gode effekter i den daglige utfordringen med samhandling. Det handler om å skape arbeidsmetoder som fremstår som ganske like, uavhengig om det er en terroraksjon eller hverdagslige oppdrag som skal løses. Det vil sannsynligvis gi trygghet når handlingen er tilnærmet lik. Det er vesentlig å opprettholde CRM kunnskap. Som Eriksen (18) påpekte vil bruk av prinsippene daglig redusere behovet for repetisjon.

Som følge av 22. juli ble prosedyren om «skyting pågår» endret til «pågående livstruende vold» (PLIVO) og innført som ny nasjonal prosedyre. Det har medført massiv øving for nødetatene over flere år. PLIVO prosedyren har gitt brann og helse endringer i roller. Det kan gjøre at brann og helse kommer nærmere en eventuell gjerningsmann, enn det som var tilfelle tidligere. Vel å merke med sikring fra politiet. Samhandling mellom nødetatene har gjennom PLIVO blitt bedre. Ved å arbeide sammen i team har kunnskapsnivået økt og oppdragene løses på en mer effektiv måte. Det viktigste for sikker oppdragshåndtering er samhandling. Kommunikasjonsverktøyet i AMK er det samme som i 2011. Bedre rutiner gjennom omforente PLIVO prosedyrer og aktiv lytting fra AMK sentralen i talegruppen, har bedret samhandling mellom nødetatene. Lik situasjonsforståelse har blitt et «moteord» som er kjent for alle nødetatene. Ifølge Eriksen (18) handler det om å oppfatte informasjon og det knyttes til oppmerksomhet. Det må skapes en forståelse av informasjonen. Alle som arbeider sammen i team må øves for å oppfatte sentral informasjon. Beslutninger baserer seg også på hvilken situasjonsforståelse som ligger til grunn. Oversikt og kapasitet gir raske og gode beslutninger.

Ifølge Broch-Haukedal(29) blir kommunikasjon vanskeligere når temaene er holdninger, meninger og valg som hviler på verdier fremfor klare fakta. Også følelser kompliserer kommunikasjon. Når AMK formidler oppdrag som inkluderer risikomomenter kommer ofte følelser inn i bildet. I slike situasjoner er det desto viktigere at det er omforent og lik forståelse av den informasjonen som formidles og mottas. Dersom det oppstår ulik tolkning, kan det medføre fatale konsekvenser. AMK sentralen får daglig oppdrag som kategoriseres som «skarpe», der ambulanser sendes ut for å stå i beredskap for politi. Dette er oppdrag der politiet har vurdert det til at det er behov for ambulanse dersom det skulle oppstå farlige situasjoner og et skadeomfang. Dette er situasjoner som kan medføre økt risiko dersom kommunikasjonen ikke er konkret og korrekt.

Det ikke kun kommunikasjon mellom AMK- og ambulanse. Ambulansetjenesten bruker primært radiokommunikasjon når det skal samhandles. AMK er ofte en passiv lytter til kommunikasjonen som foregår, så lenge det ikke fordrer inngripen. Det samme gjelder oppdrag der luftambulansetjenesten er involvert. Det er når behovet for å gi viktig og eller ny pasient- eller oppdragsinformasjon, at AMK griper inn i samtaler.

Når det gjelder kommunikasjon i krise er det i følge Brønn og Arnulf (14) vesentlig å gi rask og konkret informasjon. AMK sentralene mottar sikkerhetsalarmer fra blant annet ambulansetjenesten. Disse alarmprosedyrene er ikke offentlige med bakgrunn i brukernes sikkerhet. AMK må ha gode rutiner for radio kommunikasjon og forstå når det oppstår situasjoner som krever tiltak. I situasjoner der sikkerhetsalarmer er utløst kan kommunikasjonsmuligheten med ambulansen være begrenset, fordi det er en trussel og krisesituasjon. Gjennom å utvikle CRM som et verktøy for samhandling, kan AMK og ambulansetjenesten skape gode rutiner og forståelse for hverandres hverdag. Combs (15) hevder også at samhandlingsøvelser er forutsetninger for å lykkes i krisesituasjoner. Det handler om å skape likhet i kommunikasjonen, ikke store forskjeller. CRM brukes som verktøy i all kommunikasjon og samhandling i luftfart. Først da har man muligheter til å bli gode.

Ifølge Nordby (8) så kan det være vanskelig å innfri hele kommunikasjonsprosessen gjennom radiokommunikasjon. Derfor hevder Nordby (8) videre at det må etableres systemer for å redusere misforståelser. CRM kan sørge for at selv om deler av kommunikasjonsprosessen ikke er oppfylt, vil informasjonen gjøre at det ender i lik situasjonsforståelse. Med god samhandling som resultat.

Korrekt bruk av radiouttrykk i all radiokommunikasjon fra AMK

Den neste kjerneanbefalingen som kan bidra til bedre samhandling, handler om riktig bruk av radiokommunikasjon under alle oppdrag. KoKom sin håndbok (30) har definert hvordan kommunikasjon og samhandling skal håndteres i akuttmedisinske situasjoner.

Kommunikasjonen skal være kortfattet og den skal være klar. For å sikre at kommunikasjonen når frem og for ikke å forstyrre annen trafikk på radio, skal man forsikre seg om at talegruppen som er valgt er ledig før man begynner å sende ut kommunikasjon. Sender og mottager skal identifisere seg slik, at det ikke er rom for misforståelser om hvem som sender talemeldinger og hvem som skal være mottar av meldingen.

Når oppdrag blir tidskrisiske er kommunikasjonen ofte bedre enn når tiden ikke er avgjørende. Det betyr at hverdagen kan gi de største utfordringene. Tiden er ikke avgjørende og det gir rom for mer kommunikasjon som kan gi flere misforståelser. Som følge av dette kan bevisstgjøring omkring ulike kommunikasjonsuttrykk være en løsning. Ifølge Nordby (8) brukes det spesialiserte og tekniske ord og uttrykk i det prehospitalt miljøet. Ikke alle er kjent

med dette, heller ikke internt i organisasjonen. Dette fordi man ikke har gode nok rutiner for å samordne kommunikasjon. Standardiserte ord og uttrykk i daglig radiokommunikasjon, kan være et tiltak som gir trygghet om at alle i samhandling, har lik situasjonsforståelse i alle oppdrag.

Kommunikasjonsutfordringer

I følge Jacobsen og Thorsvik (12) oppstår samarbeidsproblemer uansett hvor gode rutiner man har. Bakgrunnen for denne påstanden er at mennesker er selvstendige individer med meninger, følelser og overbevisninger. Nordby (8) hevder på sin side at en grunnleggende forutsetning for god kommunikasjon, er at AMK operatører og ambulanspersonell må kjenne hverandre som profesjonsgrupper. Videre sier Nordby (8) at sannsynligheten for god dialog er større dersom man hospiterer hos hverandre. Nordby (8) viser også til en studie om AMK utført i 1997. Der viste Tjora at grunnleggende kommunikasjon og samarbeid i AMK, skjedde på bakgrunn av bevisst og ubevisst kunnskap, som var lært innad i miljøet. Med bakgrunn i denne teoretiske forståelsen fremstår det som enda viktigere å ha systemer som kan være med på å redusere feil. Det kan skape vanskeligheter for nytt personell når forutsetningen blir å lære innad i miljøet, dette vil ta tid.

Nordby (31) hevder at kommunikasjon ikke handler om å snakke likt til alle. Det handler om å tilpasse kommunikasjonen til de forskjellige subjektive perspektivene man står overfor. På den ene siden har AMK operatør pasienter i krise på nødtelefon, på den andre siden kan man ha ambulans på vei ut til skadet pasient. Dette er to situasjoner som vil kreve ulik form for kommunikasjon, som Nordby (31) hevder må kommunikasjonen tilpasses den konteksten den skal brukes i. I motsetning til andre helseprofesjoner er det få som møter kriserammede så brått og så umiddelbart som AMK operatører og ambulanspersonell gjør. Krise er med på å utfordre kommunikasjon og gir gode grunner for å skape felles regler i nødetatene.

6.2 IKT sambandsregler

IKT systemer er en forutsetning i det prehospitalt arbeid ettersom AMK og de ressurser de samhandler med ikke befinner seg i samme rom. Det ble allerede i 1991 forskriftsfestet (32) tekniske funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr, som skulle inngå i nødmeldetjenesten. Derimot finnes det ingen nasjonale krav eller anbefalinger for IKT løsninger i den medisinske nødmeldetjenesten. Det brukes i dag IKT løsninger som i ulik grad kommuniserer med hverandre. Felles for alle landets AMK sentraler er at de bruker AMIS og Trans Med. AMK utveksler informasjon, gir tilbakemelding eller respons. Det er også rom for å utveksle ideer og følelser. Det gir kunnskap, institusjonelle relasjoner og det etablerer forutsigbare oppførelses mønstre. Det opprettholder oppmerksomheten til oppgaven og er dessuten et ledelsesverktøy. Samtidig kan IKT være med på å skape utfordringer når det ikke er etablert gode rutiner. I kraft av at IKT mulighetene har eksplodert kan det medføre at det tilkommer for mye informasjon. Det blir vanskeligere for AMK å skille på hva som er av betydning. AMK mottar hele tiden ny informasjon. Det kan handle om beskjeder der AMK blir et bindeledd og må sørge for at informasjonen kommer frem til riktig ressurs eller person. Det kan gjøre at det oppleves som vanskelig å skille på viktig og uviktig informasjon.

Trusler

Ifølge Jacobsen og Thorsvik (12) vil økt utvikling og automatiserte oppgaver i større grad styres av avanserte dataprogrammer i fremtiden. Organisasjoner vil ha behov for kompetanse som kan knyttes til vedlikehold av IKT. Som følge av denne utviklingen vil trolig gjøre at flere av arbeidsoppgavene til AMK operatører falle bort. Slik situasjonen er i dag innebærer AMK sitt ansvarsområde flere komplekse oppgaver. Det er ikke er mulig å automatisere med det IKT verktøyet som er tilgjengelig. Ifølge Jacobsen og Thorsvik (12) kan en fordel med IKT være at det kan opprettes virtuelle organisasjoner. Det kan gi mer fleksibilitet og ikke minst vil det være kostnadseffektivt. For AMK kan det bety en reduksjon i antall sentraler. Det kan bety at den lokale kunnskapen ikke blir ivaretatt, men skal håndteres av færre sentraliserte AMK sentraler.

Muligheter

Nye IKT systemer kan danne grunnlag for innovativ bruk av AMK sine ressurser på tvers av AMK sentraler og regioner. På den ene siden ville gevinsten sannsynligvis være bedre kvalitet på tjenesten gjennom forskriftsfestede svartidskrav. På den andre siden ville effekten kunne være større evne til å utnytte ressurser på en bedre måte. Også på tvers av regioner og dermed unngå oppbemanning for å møte veksten i oppdrag (33).

Det var ikke bare helse sine IKT systemer som fikk kritikk etter 22. juli rapporten. Politiet var også gjenstand for knusende kritikk. 22. juli kommisjonen foreslo økt satsing på store IKT systemer. Utfordringer omkring store IKT satsinger diskuteres ikke i rapportene. Det ble for politiets vedkommende påpekt at lokale IKT applikasjoner i politiet måtte opphøre og erstattes med nasjonalt utviklede applikasjoner, som skulle forankres i nasjonale behov. Dette til tross for at tidligere erfaringer om nasjonale prosjekter tilsa det motsatte.

Ifølge Johannessen (34) er det er store utfordringer rundt nasjonale IKT prosjekter og risikoen for og mislykkes er stor. Johannessen hevder videre at ved å gjennomføre mindre prosjekter er det enklere å korrigere underveis. Det gir sannsynligvis større sjanse for at kan prosjekter kan slutføres og implementeres i organisasjonene.

Ifølge Jacobsen og Thorsvik (12) ble det allerede for 40 år siden av mange organisasjonsteoretikere, pekt på at informasjonsteknologien hadde potensial til å revolusjonere hvordan beslutninger kunne fattes i organisasjoner. Gjennom datamaskinenes enorme potensiale for å samle inn å behandle data, ble det hevdet at organisasjoner kunne bevege seg til helt nye nivåer. Flere påpeker også at datasystemene ikke kan garantere at de gode beslutningene blir fattet. Et annet viktig aspekt er at tilgangen på informasjon blir så stor, at det blir vanskelig å skille mellom hva som er viktig og uviktig informasjon. Når tid er begrenset vil emosjonelle aspekter påvirke evnen til å absorbere informasjon. Sinne, frykt og overmøt kan gjøre at evnen til å sortere informasjon reduseres (12). IKT vil også i fremtiden gi utfordringer som skaper problemer for kommunikasjonen mellom mennesker.

6.3 Ledelsens ansvar

Når det gjelder å etablere kjerneforutsetninger for å nå anbefalingen etter 22. juli om bedre samhandling er det Ifølge Nordby (8) et ledelsesansvar å skape visjoner for organisasjonen. Det er ledelsen sitt ansvar å fylle organisasjonen med mening og lage retningslinjer for hvordan utviklingen skal være. Det betyr at ledelse er en forutsetning til at det kan etableres god samhandling. Ledere og handlingsmønster er av stor betydning når det gjelder å etablere kjerneforutsetninger. Det er Ifølge Jacobsen og Thorsvik (12) økende fokus på utøvelse av lederrollen. Det handler om hvordan ledere skal gjøre organisasjoner mer effektive og konkurransedyktige. Samtidig skal organisasjoner være omstillingsvillige og innovative. Det kan bety at AMK skal handle på andre mer effektive måter i fremtiden.

Ifølge Jacobsen og Thorsvik (12) kan man gjennom ledelse påvirke andre. Det gjør at ledelse er avgjørende for å påvirke medarbeiderne i AMK. For å påvirke medarbeidere kan ledelsen ifølge Jacobsen og Thorsvik (12) handle på to måter. På den ene måten kan det være direkte til medarbeidere, gjennom samhandling og kommunikasjon. I AMK vil det være operasjonsleder som har den direkte samhandlingen med medarbeiderne. Operasjonsleder er til enhver tid operativ inne i AMK sentralen, har da mulighet til å rettlede eller korrigere dersom det er behov for det. Den andre måten er gjennom indirekte ledelse med formelle mål og strategier. Det kan formaliseres skriftlig og ved hjelp av opplæring. Når det gjelder å skape kjerneforutsetninger i AMK vil opplæring være elementært. CRM forutsetter at alle som skal jobbe sammen har den samme bakgrunnsforståelsen og utdanningen.

Ifølge 22. juli rapporten hadde helsetjenesten gode rutiner og prosedyrer. Dette tror 22. juli kommisjonen var medvirkende årsak til at helse håndterte terrorhendelsen på en god måte. Prosedyrene og rutinene handlet om pasientbehandling, ikke om tekniske og kommunikative evner for å samhandle gjennom det interaktive radiosambandet. Med bakgrunn i 22. juli rapporten og Helsedirektoratet som hevder at samhandling bør bli bedre kan det etableres tekniske prosedyrer, som handler om kommunikasjon gjennom CRM prinsipper. Det kan også etableres prosedyrer for riktig bruk av radiouttrykk mellom nødetatene i alle oppdrag. Samtidig er det behov for at ledelsen iverksetter arbeidet med å etablere prosedyrer. Ikke bare for medisinsk respons, men også tekniske prosedyrer for samhandling og koordinering. Sannsynligvis vil dette gi effekter til andre områder som blant annet kvalitetsindikatorer.

Utfordringen ligger i at helseledelsen må legge til rette for å etablere gode arbeidsverktøy, som gjør det mulig å nå disse målene.

Ifølge Jacobsen og Thorsvik (12) så er det ulike trekk ved ledere som er avgjørende for hvor godt de lykkes i ledergjernen sin. Ekstroversjon trekkes frem fra fem- faktor modellen som den viktigste faktoren. Det er vesentlig for AMK som samhandler og har kommunikasjon med andre, at også lederen har evne til å være ekstrovert. Samtidig har ekstroverte ledere stor kontaktflate og trives med varierende og skiftene arbeidsoppgaver. I AMK er arbeidet variert og uforutsett. Det kan bidra til at samhandling mellom ledere og medarbeidere blir fruktbart.

Fem perspektiver for helseledere

Ifølge Nordby (8) hersker det uenighet mellom næringslivsledere og helseledere om hvem som er best kvalifisert til å inneha helselederjobb. Det kan åpne dører for New Public Management (NPM) i helsetjenesten. Utviklingen i samfunnet har gjort at bruk av økonomi sett opp mot resultat og effektivitet har blitt mål for hvor god leder er. Nordby (8) sier det er flere sentrale forskjeller mellom NPM og helseledere. Det første perspektivet handler om detaljfokus på hver eneste pasient. Det fører til at den moderene tanken i økonomisk og administrativ ledelse ikke klarer å ha et kollektivistisk perspektiv. Dette innebærer å bruke begrensede ressurser til de som har behov for hjelp. Det neste perspektivet er autonomi. Helseprofesjoner vil utfordres med lederfilosofien til NPM ved at ikke- medisinske spørsmål skal besvares av økonomene. Helsepersonell har i stor grad ment at de selv har autonom kompetanse, til å bestemme hva som er riktig handling. Det kan bety at AMK kan oppleve flere begrensninger når det gjelder muligheter, til å hjelpe pasienter med andre ting enn transport til sykehus. Det kan handle om ulike årsaker som fører til at ambulansen transporterer pasienten til hjemmeadresse, selv om dette ikke var påtrengende nødvendig. Det tredje perspektivet Nordby (8) viser til, er ressurstilgangen. Dette har ulik betydning for NPM og helseledere. Helseledere vil handle til beste for den ene pasienten, uten særlig fokus på hvordan dette vil påvirke de andre pasientene. Økonomene vil basere det på et overordnet nivå. Det fjerde perspektivet handler ifølge Nordby om prioriteringer. Helse handler på bakgrunn av hvor alvorlig situasjonen er. Ifølge Nordby (8) kan det oppstå dilemmaer med bakgrunn i ulik filosofi mellom NPM og helseledere. Nordby (8) sier videre at økonomene har et overordnet blikk som kan gi større forståelse av hvilke prioriteringer som bør gjøres.

Ifølge Nordby (16) er CRM prinsipper i kommunikasjon også viktig for ledere. Ledere har sterke stemmer i organisasjonen og et spesielt ansvar i å skape kultur for læring. For AMK er det operasjonsleder som har den tilstedeværende ledelsen. Læring kan enkelt ivaretas gjennom å snakke om hendelser og komme frem til hva som gikk bra og hva som bør endres neste gang. Andre ganger kan det være behov å lese faglitteratur for å høste erfaring. Lederansvar innebærer å lede eller å arrangere tiltak som er kompetansehevende for organisasjonen. Operasjonsleder er tilgjengelig på vakt og har ikke oppgaver som er knyttet til ren drift. Operasjonsleder innehar et overordnet ansvar og skal sørge for å bidra til å løse utfordringer slik at samhandling forløper som det skal.

Myter om ledelse

Ifølge Jacobsen og Thorsvik (12) er det mange myter om ledelse og ledere. En av dem er at ledelse er i ferd med å bli en vitenskap og en egen profesjon. Der medlemmer av profesjonen som behersker vitenskapen, kan lede hvilken som helst organisasjon. Dette er en myte som også forsterkes gjennom media. Budskapet er at en dyktig leder kan lede hva som helst. Ferdigheter som trekkes frem er analytiske, vurderingsevne, bedømmingsevne og ikke minst vilje til å styre gjennom detaljer og uenighet. Det trekkes også frem evne til å fatte beslutninger og sørge for at de settes ut i livet. Dette er ifølge myten oppgaver som må løses i alle organisasjoner, helt uavhengig av hva man jobber med. Samtidig kan dette støtte inntøget til NPM i helsetjenesten, når andre ferdigheter enn de medisinske skal vektlegges. Ifølge Jacobsen og Thorsvik (12) står denne oppfatningen av ledelse i sterk kontrast til flere studier. Studien viser at det som kjennetegner suksessrike ledere er nettopp en dyp kunnskap om det som er organisasjonens kjerneoppgaver. Videre hevder studien at suksessrike ledere brenner for spesielle oppgaver eller organisasjoner.

En felles horisont

Filosofisk teori om kommunikativ rasjonalitet har vært en hovedfilosofisk kilde for diskusjoner av ledelseskommunikasjon, innenfor overordnede oppfatninger av leder og medarbeider interaksjon. Ifølge Habermas (13) er det den grunnleggende menneskelige frigjørende interessen, som ligger til grunn for all kommunikasjon. For å overgå maktforhold og oppnå rasjonell avtale. Når det gjelder forholdet mellom leder og medarbeider, innebærer dette at en medarbeider ikke skal handle på en bestemt måte, bare fordi han har blitt fortalt

det. Han bør i stedet kunne velge handlingen fritt, fordi han er enig i at det er rasjonelt og at det anses som det beste å gjøre. Dette forutsetter at medarbeider og leder har det Habermas (13) kaller en felles horisont. En felles omforent forståelse om hvorfor handlingen er berettiget. For AMK handler det om å etablere nye kjerneforutsetninger. Det må skapes forståelse om at kjerneforutsetningene i form av CRM og riktig radio kommunikasjon er de eneste handlingsalternativene som er riktig. Linken mellom kommunikasjon og det organisasjonen yter er helt avgjørende. Kommunikasjon er relevant i all form for ledelse. Det handler ikke om spesielle interaksjoner mellom leder og medarbeider. Å sikre god kommunikasjon og samhandling er vesentlig i alt lederskap som involverer mennesker. For operatørene på AMK sentralen er noe av ansvaret å lede ambulansetjenesten gjennom oppdrag til riktige disponeringer. Pasientene skal få raskest mulig hjelp og det skal samtidig gjøres på en sikker måte gjennom samhandling.

Læring og opplæring

Sett i lys av teorikapittelet er det enighet om at leder er ansvarlig for at arbeidsverktøy er tilgjengelig. Leder har også ansvar for at medarbeider har tilstrekkelig opplæring i å bruke det. For at vi skal kunne strekke oss mot utvikling og omgjøre ord til handlingskompetanse forutsetter det endring. Eriksen (18) hevder at for å kunne utvikle god beredskap må vi ha tilstrekkelig kunnskap om hvilke farer som kan true samfunnet og befolkningens sikkerhet. Det er nærmest umulig å definere og måle hvilke farer vi i sum utsettes for til enhver tid. Det som er sikkert er at i akuttmedisinske miljøer er kompleksiteten stor. AMK skal forholde seg til mange typer mennesker og det forventes at helsepersonell har handlingskompetanse for å håndtere enhver situasjon. AMK kan strekke seg etter likere handlingsmønstre i alle oppdrag, uavhengig av om det er transport- eller akuttoppdrag.

For å utvikle god beredskap for sikker samhandling, må det tilrettelegges for læring som gir varige forandringer i atferd og atferds muligheter. Det finnes flere måter å lære på. Det kan være gjennom observasjon av andre og det tilføres erfaring uten at man selv utfører handlingen. Som konsekvens av å observere andre læres riktig atferd. Dette tiltaket krever ifølge Jacobsen og Thorsvik (12) lave kostnader og gir god læring. For ledere er det viktig å ha motivasjonsfaktorer som kan stimulere medarbeiderne til læring. Det kan gjøres ved å gi trygghet, tilhørighet, annerkjennelse og muligheter for selvaktualisering. Det kan skapes motivasjon å la medarbeidere arbeide sammen i team. Undersøkelser viser da at man lærer

bedre og er mer effektive i sitt arbeid. CRM som en kjerneforutsetning fordrer teamarbeid, men det betyr ikke at teamet må befinne seg i samme rom. Samtidig skal læringsmiljøet tillate at det gjøres feil, ellers vil læring være ineffektiv(12). Det er ikke bare samhandling som blir bedre gjennom felles opplæring og trening. For AMK og samhandlingspartnere vil det samtidig gi synergier i form av samhold og følelse av tilhørighet gjennom fellesskapet. Funn fra litteraturgjennomgangen viste at de øvelsene helsetjenesten hadde gjort før 22. juli, var gode eksempler på hvordan god risikoforståelse la grunnlag for gode beslutninger. 22. juli kommisjonen viser til at helsetjenesten hadde øvet på hva som skulle gjøres dersom sambandssystemene brøt sammen.

Ifølge Jacobsen og Thorsvik (12) er det stor enighet i litteraturen om at organisasjoner skal ha læring i fokus for å utvikle seg og bli bedre. Læring kan forstås som en prosess der mennesker og organisasjoner tilegner seg ny kunnskap, deretter endrer sin atferd på bakgrunn av den nye kunnskapen. Det kan være omfattende kostnader å gjennomføre opplæring i CRM. I 2013 fikk AMK Oslo bøter gjennom et helt år fra Helsetilsynet. Det ble lagt til grunn at AMK sentraler har en kritisk samfunnsfunksjon. Dette kan være konsekvenser igjen dersom ikke AMK sentralene innfører bedre systemer for samhandling. Kostnadene kan forsvares gjennom gode samhandlingsresultater og ved at kvalitetsindikatorene oppfylles.

7 Konklusjon

Gjennom dokumentanalysen har det ikke vært mulig å finne svar i om hvilke kjerneforutsetninger som bør ligge til grunn for å ivareta samhandling. Derfor fortsatte jeg å søke i teorien. Jeg fant flere kjerneforutsetninger som kan bidra til at samhandling styrkes. Det er i dag opp til hver enkelt AMK sentral hvordan de håndterer samhandling og mest sannsynlig gjøres dette ulikt.

Ut fra denne masteroppgaven er det grunn til å tro at i AMK bør det satses på å utvikle gode CRM prinsipper. Den første kjerneforutsetningen som bør etableres er CRM. Det vil sannsynligvis gi effektivitet gjennom lik situasjonsforståelse hos AMK og samhandlingsaktører. Først og fremst tverretattlig. Det bør skapes gode plattformer som er forutsetninger for å lykkes med kommunikasjon og samhandling. CRM kan være det arbeidsverktøyet alle de akuttmedisinske tjenestene trenger for å bedre pasientsikkerheten. Dermed bidra til at kommunikasjonsprosesser forløper sikkert. CRM er i noe varierende grad i bruk i akuttmedisinske tjenester i dag, i mindre grad i AMK. Det er lite som skal til for at kommunikasjonsprosesser brytes og avsender og mottager står igjen med en ulik forståelse av det som er kommunisert. Det kan gjøre at faresituasjoner oppstår. Det er et kollektivt ansvar å sørge for at budskapet oppfattes likt. For å klare dette må det etableres samhandlingsverktøy som alle kjenner til.

Den andre kjerneforutsetningen er korrekt bruk av sambandskommunikasjon i form av regler og struktur. Det vil gi positive tilskudd til kommunikasjon og samhandling. Ved å redusere unødig tale vil riktig og viktig kommunikasjon ha større mulighet til å fanges opp. I dag preges sambandskulturen av ustrukturert kommunikasjon, som tidvis mangler både avsender og mottager.

For at kjerneforutsetninger som CRM og korrekt radiosambandskultur skal bli en virkelighet, er det helt avgjørende at ledelsen er med. Ledere må bidra til å utarbeide gode samhandlingsregler, ved å bruke den kontaktflaten som ledere har. Det må skapes rom til å etablere systemer. Dette er en forutsetning for å nå anbefalingene om bedre samhandling. Det kan dermed konkluderes med at den viktigste ledelsesoppgaven er å sette medarbeiderne i stand til å lede seg selv og følge strukturen som organisasjonen har bestemt. Det kan gjennomføres ved hjelp av medisinske og tekniske handlingsmønstre for samhandling.

Oppsummert handler den første kjerneforutsetning om å utvikle CRM. Den neste om å etablere korrekt og riktig radiokommunikasjon. Den tredje kjerneforutsetningen innebærer ledere som legger til rette for å etablere og strukturere arbeidet.

Teorien støtter behovet for at AMK, ambulansetjenesten og andre nødetater trenger flere samhandlingsarenaer og øvelser. Det er behov for helhetlig tenking slik at kjeden blir mer effektiv. PLIVO prosedyren har krav om samhandling mellom operasjonssentralene og nødetatene. Det vil bidra til bedre samhandling, dette er en omforent prosedyre som alle nødetatene handler etter. Det er et behov for at AMK arbeider likere hver dag, uavhengig av akutthendelse eller ikke. Terror eller ikke. Det vil på sikt gi endring i atferd. Det er fortsatt en lang vei å gå før gode IKT verktøy er implementert. Denne undersøkelsen har vist at det sannsynligvis er utfordringene rundt kommunikasjon og ikke IKT verktøyet som er størst.

Praksisfeltet AMK

Når det gjelder hvilke konsekvenser denne undersøkelsen kan ha for praksisfeltet i AMK, ser jeg at det er nødvendig å etablere bedre systemer som reduserer feil. Er det opp til hver enkelt AMK sentral å lage systemer eller bør dette gjøres nasjonalt. Det er forskjeller mellom små og store AMK sentraler og tilgang på ressurser kan også kreve forskjeller i samhandling. Jeg ser flere behov for videre studier i tilknytning til AMK. Et av områdene det kunne det være interessant å forske på, er hvordan AMK operatørene opplever stress og uforutsette hendelser og hvordan påvirker denne beslutningen deres.

Avslutningsvis ønsker jeg å provosere ved å trekke frem at det fremstår som et paradoks, at ingen tør eller vil ta ansvaret for å få på plass nye IKT systemer til 113 sentralene i Norge. Når nød-meldesentralene 110, 112 og 113 skal samhandle, er det særdeles viktig at kommunikasjonsplattformene må være stabile slik at det ikke går på bekostning av sikkerhet for personellet.

Trender i samfunnet vårt viser at utdanning i dag kanskje er enda viktigere enn tidligere. Det kan åpne for at vi i fremtiden får se mer til ideologien som New Public Management representerer. Det kan være som et resultat av økte krav til at ledere om å levere økonomisk bærekraftige resultater i helsetjenesten. Det betyr mer ansvar på hver enkelt helsearbeider når ledelsen ikke har faglig detaljkunnskap om arbeidet. Det kan være spennende med ytterligere kunnskap om hva NPM gjør med helsevesenet på sikt.

Veien videre

22. juli kommisjonen konkluderer med at vi må være forberedt på at det vil komme nye terroraksjoner i fremtiden. Vi må ta innover oss at vi må bygge systemer som er så robuste at de takler all hasard i fremtiden. Det er ledelsen sitt ansvar å etablere arenaer slik at vi kan bygge systemer. Det er min påstand at for å bli bedre så trenger vi å lage likhet mellom hverdag og katastrofe. Først da vil vi lykkes med samhandling.

Derfor hadde det vært spennende å se hvordan organisasjoner, spesielt nødetatene som følge av 22. juli, har evnet å ta sårbarhet og risiko på større alvor. I hvilken grad det har endret organisasjonene internt og hvilke systemer er etablert hos de andre etatene.

De tre kjerneforutsetningene jeg har kommet frem til gjennom oppgaven kan videreutvikles til de andre nødetatene og vil være i tråd med en annen anbefaling om mer felles opplæring mellom nødetatene.

Spørsmål

I etterkant av oppgaven undres jeg hvor stor betydning som tillegges store nasjonale gjennomganger, NOU og forskrifter? Hva betyr slike anbefalinger og i hvilken grad følges de opp, har myndighetene oppfølgingsansvar? Er det opp til hver enkelt etat å lage systemer, eller kunne et overordnet system gitt bedre og større forutsetninger for å lykkes. Litteraturen plasserer ansvaret, men jeg er usikker i hvilken grad dette følges opp.

Litteraturliste

1. Helse S-Ø. Regional beredskapsplan for Helse Sør-Øst 2018. Hamar: Helse Sør-Øst; 2018.
2. Tjora AH. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 3. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2017.
3. Gjørsv AB. Rapport fra 22. juli-kommisjonen : oppnevnt ved kongelig resolusjon 12. august 2011 for å gjennomgå og trekke lærdom fra angrepene på regjeringskvartalet og Utøya 22. juli 2011 : avgitt til statsministeren 13. august 2012. Oslo: Departementenes servicesenter. Informasjonsforvaltning; 2012.
4. Helsedirektoratet. Læring for bedre beredskap : helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22. juli 2011. In: omsorgsdepartementet Ho, editor. Oslo: Helsedirektoratet; 2012.
5. Helsedirektoratet. Oppfølging av efaringer etter 22.juli. Sluttrapport for prosjektperioden. Oslo; 2015.
6. Olsen A-K, Norge Helse- og o. Først og fremst : et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus : utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 4. oktober 2013 : avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 4. desember 2015. Norges offentlige utredninger (tidsskrift : trykt utg). Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon; 2015.
7. Tjora AH. Aksjonskollektivet : samarbeid og bruk av teknologi i akuttmedisinsk koordinering. Trondheim: G<Academy; 2002.
8. Nordby H. Samhandling i prehospitalt arbeid. 2. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2014.
9. Helsingeng Terje GML, Mjaaland Ola. AMK- Oslo og Akershus slaktes av Helsetilsynet2013 6. november 2018. Available from: <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/JzJa6/amk-i-oslo-og-akershus-slaktes-av-helsetilsynet>.
10. Aaserud SL. Norges største AMK- sentral går i svart flere ganger i uken. 2018.
11. Helsenorge.no. Kvalitetsindikatorer for akuttmedisinske tilstander utenfor sykehus <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/akuttmedisinske-tjenester-utenfor-sykehus>: Helsedirektoratet; 2016 (hentet 2018-10-29) [
12. Jacobsen DI, Thorsvik J. Hvordan organisasjoner fungerer : innføring i organisasjon og ledelse. 2. utg. ed. Bergen: Fagbokforlaget; 2002.
13. Habermas J. The Theory of Communicative Action, Vol. 1, 'Reason and the Rationalization of Society'. 1984.
14. Brønn PS, Arnulf JK. Kommunikasjon for ledere og organisasjoner. Bergen: Fagbokforlaget; 2014.
15. Coombs W. Protecting Organization Reputations During a Crisis: The Development and Application of Situational Crisis Communication Theory. Corporate Reputation Review. 2007;10(3):163-76.
16. Nordby H. Operativ ledelse, kommunikasjon og CRM prinsipper: Samhandling og individuell beredskap på skadesteder. 2018.
17. Flin R, O'Connor P, Crichton M. Safety at the sharp end : a guide to non-technical skills. Aldershot: Ashgate; 2008.
18. Eriksen J. Krise- og beredskapsledelse : teamtrening. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2011.
19. Nordby H, Botten G. Kommunikasjon og helseledelse. Tidsskrift for Den norske legeförening. 2007;127(8):1080-2.

20. Nordby H. Management Communication in Leadership Relations: A Philosophical Model of Understanding and Contextual Agreement. *Philosophy of Management*. 2014;13(2):75-100.
21. Vetlesen AJ. Empati under press. sykepleien. 2010;98(3):60-3.
22. Johannessen A, Christoffersen L, Tufte PA. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. 4. utg. ed. Oslo: Abstrakt; 2010.
23. Grønmo S. Samfunnsvitenskapelige metoder. 2. utg. ed. Bergen: Fagbokforl.; 2016.
24. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring. 3. utg. ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
25. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77-101.
26. Øyen SA, Solheim B, Johansen A. Akademisk skriving : en skriveveiledning. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2013.
27. omsorgsdepartementet H-o. Nasjonal helseberedskapsplan. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. Oslo2018.
28. Hovland L. Forbereder ny konkurranse om robuste IKT- løsninger for AMK-sentralene. Anbud 365 [Internet]. 2018.
29. Brochs-Haukedal W. Arbeidspsykologi og ledelse. Bergen: Fagbokforlaget; 2017.
30. Dreyer K, Jensen Å, Aksnes AO, Juvkam PC, Øen TO, Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens k. Håndbok : kommunikasjon og samhandling i akuttmedisinske situasjoner. Bergen: KoKom; 2018.
31. Nordby H. Etikk og kommunikasjon i prehospitalt medisinsk arbeid. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010.
32. Forskrift om funksjonskrav til komm.utstyr, (2000).
33. HF NI. Erfaringsrapport innkjøpsprosjekt ny AMK teknologi. 2015.
34. Johannessen SO. Politi i krise : spillet om norsk politi etter 22. juli 2011. Bergen: Fagbokforlaget; 2015.