

# MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE311E-1 20V

Navn: Line Horn Sivertsen

---

## ALLTID BEREDT?

En studie av pandemisk beredskap innen  
bildediagnostikk

---

Dato: 17.06.20

Totalt antall sider: 62

## Forord

Denne studien avslutter det erfaringsbaserte masterstudiet Master of Business Administration (MBA) i Helseledelse – et studium ved Nord universitet på oppdrag fra Helse Nord RHF.

Masteroppgaven er skrevet våren 2019, en vår som skulle bli svært spesiell. Det var en tid preget av uro og bekymring men også yrkesstolthet og lagarbeid. Det var en tid preget av læring hvor veien ble til mens man gikk, og det var en tid preget av refleksjon og ettertanke knyttet til egen håndtering av Covid – 19 som leder for Bildediagnostisk avdeling i Nordlandssykehuset.

Å skrive en masteroppgave om et tema som pågår mens oppgaven skrives har vært utfordrende og lærerikt. Jeg har gjennom oppgaven brukt egne erfaringer og refleksjoner. For å skape en nødvendig avstand til en situasjon man står med begge beina i, har jeg valgt å omtale meg selv som «forskeren» gjennom oppgaven. Dette har vært med på å bidra til å skape en nødvendig distanse til egne refleksjoner og erfaringer.

Jeg håper at min oppgave kan være med på å inngi til egne refleksjoner rundt egen beredskapsplanlegging hos ledere i helseforetakene.

Takk til min arbeidsgiver Nordlandssykehuset for muligheten til å delta på masterstudiet som har vært lærerikt og givende. Takk til mine nære og kjære for støtte og oppmuntring underveis, og sist men ikke minst en takk til min mann som har vært limet i familien de to siste årene.

17 juni 2020

Line Horn Sivertsen

## Sammendrag

For å kunne sikre befolkningen tilgang på spesialisthelsetjenester under ekstraordinære hendelser er det viktig at helseforetakene er forberedt for å håndtere utfordringer i tilknytning til dette. Som avdelingsleder for en radiologisk avdeling i Nordlandssykehuset erfarte undertegnede at det eksisterte forskjeller mellom forberedelse for pandemi kontra forberedelse for håndtering av andre hendelser. Med dette som bakteppe har denne studien hatt til hensikt å se nærmere på hvor godt forberedt ledere innen radiologi har vært i forhold til pandemi.

Studien baserer seg på dokumentgjennomgang av aktuelle dokumenter og spørreundersøkelse som ble sendt ut til alle ledere innen bildediagnostikk i Helse Nord. I tillegg er det blitt brukt egne erfaringer i tilknytning til forberedelse og håndtering av Covid – 19 ved Bilde diagnostisk avdeling, Nordlandssykehuset.

Studiens hovedfunn viser at det foreligger føringer fra Helse Nord i forhold til beredskap i tilknytning til pandemi i helseforetakene, men at disse føringene ikke er oppdaterte med tanke på nasjonale faglige råd fra Helsedirektoratet i tilknytning til pandemi.

Det sees overordnet planverk for håndtering av pandemi hos alle helseforetakene i Helse Nord, og at disse videre er konkretisert i planer hos de bildediagnostiske avdelingene/enhetene i forhold til håndtering av massetilstrømning. Det antas å eksistere en beredskapsnorm innen det radiologiske fagmiljøet som tilsier at man skal være forberedt på massetilstrømning uavhengig om denne skyldes ulykke eller pandemi. Studien viser videre at det foreligger en forskjell i håndteringen av pandemi kontra annen katastrofe. På bakgrunn av dette anbefales det at overordnet planverk i regi av Helse Nord revideres slik at den inneholder oppdaterte føringer fra Helsedirektoratet. I tillegg bør fagmiljøene i helseforetakene, representert ved radiologi, oppdatere sitt planverk for håndtering av pandemi basert på erfaringsbasert kunnskap og nasjonale faglige anbefalinger. Det er nærliggende å anta at det kan ligge mye kunnskap knyttet til ledelse i den nye hverdagen ved å gjennomføre studier på hvordan ansatte og ledere opplever sin nye hverdag som i skrivende stund ser ut til å vare en tid fremover.

## **Abstract**

In order to ensure that the population has access to specialist health services during extraordinary events, it is important that the health trusts are prepared to deal with issues related to this.

As head of an imaging diagnostic department at Nordlandssykehuset, the author experienced that differences existed between pandemic preparation versus preparation for dealing with other events. Regarding to this the study aimed to take a closer look at how well- prepared leaders in imaging diagnostics departments have been in relation to the pandemic known as Covid – 19.

This study is based on document review of relevant documents and a survey. In addition, the author`s own experiences have been used in conjunction with the preparation and handling of Covid – 19 at Bildediagnostisk, Nordlandssykehuset.

The main findings of the study show that guidelines from Helse Nord exists in the health trusts when it comes to preparedness in conjunction with pandemics, but it also shows that these guidelines are not updated with National scientific advice from the Norwegian Directorate of Health in case of pandemics.

The overall plan for the management of pandemics is found in all the health enterprises in Helse Nord, and that these are further specified in the local plans of the imaging diagnostic departments/units in relation to the handling of mass influx. It is assumed that there is a contingency standard within the radiological professional`s environment which indicates that one must be prepared for mass inflows regardless of whether this is due to accident or pandemic. The study further shows that there is a difference in the management of pandemic versus other disaster. Based on this, it is recommended that the overall plans provided by Helse Nord be revised to include updated guidelines from the Norwegian Directorate of Health. In addition, the health care professionals` communities represented by radiology should update their pandemic management plan based on experience-based knowledge and national professional recommendations. It is obvious to assume that there may be a lot of knowledge related to the management in the new everyday life by conducting studies on how employees and managers experience their new everyday life which, at the time of writing, seems to not end in the near future.

## **Innholdsfortegnelse**

Innholdsfortegnelse .....	iv
Covid – 19 vinteren 2020 .....	1
1. Presentasjon av tema og problemstilling.....	2
1.1 Innledning.....	2
1.2 Formål og problemstilling.....	3
1.3 Avgrensninger og begrepsavklaringer .....	3
1.4 Oppgavens oppbygging.....	5
2. Juridiske rammer og teoretiske perspektiver.....	6
2.1 Juridiske rammer .....	6
2.2 Regional plan for helsemessig og sosial beredskap 2013 – 2016 .....	7
2.3 Nasjonale faglige råd vedrørende pandemiplanlegging i helseforetakene.....	8
2.4 Beredskapsorganisasjoner og beredskapsledelse .....	9
2.4.1 Beredskapsplaner .....	11
2.5 Organisasjoners struktur.....	12
2.6 Lederskap i lys av verdibasert ledelse.....	14
2.7 Kommunikasjon .....	16
2.8 Organisering av beredskapsorganisasjoner sett mot ordinær organisasjonsstruktur.....	17
3. Metode.....	20
3.1 Innledning.....	20
3.2 Forskningsdesign.....	21
3.3 Forskerens forforståelse .....	24
3.4 Data innsamling.....	25
3.5 Valg av informanter .....	26
3.6 Validitet, generaliserbarhet og reliabilitet.....	27
3.7 Metodekritisk refleksjon .....	28
4. Empiri.....	30
4.1 Presentasjon av bildediagnostikk i Helse Nord.....	30
4.2 Resultat etter dokumentgjennomgang med tanke på etterlevelse av rammeverk .....	31
4.3 Spørreundersøkelsen .....	33
4.4 Tiltak i Nordlandssykehuset knyttet til Covid – 19.....	34
5. Analyse.....	36

5.1 Helseforetakene som beredskapsorganisasjon .....	36
5.2 Ledelse av en mobilisert organisasjon .....	43
5.3 Eksempler på ledelsesutfordringer under Covid – 19 .....	48
5.4 Oppsummering .....	51
6. Konklusjon .....	53
Litteraturliste .....	55

## **Covid – 19 vinteren 2020**

I desember 2019 ble flere pasienter i Wuhan, en by i Kina, behandlet for luftveisinfeksjon knyttet til nedre luftveier. Viruset ble identifisert 7 januar 2020 som SARS – CoV – 2 og er et nyoppstått virus som mennesker ikke har antistoffer mot. Viruset gir luftveisinfeksjon i nedre luftveier og for sårbare personer kan viruset resultere i alvorlig sykdom og død. Infeksjon som følge av viruset benevnes som Covid – 19. Covid – 19 ser ut til å smitte svært lett mellom mennesker. Estimert på bakgrunn av tall fra Kina anslår at en person smittet med dette viruset gjennomsnitt smitter 2 – 3 andre personer. Til sammenlikning vil en person med influensa smitte 1 – 2 personer.

9. januar 2020 bekrefter Kina det første dødsfallet relatert til covid – 19.

13. januar oppdages det første tilfelle av Covid-19 utenfor Kina.

24. januar påvises det første tilfelle av Covid-19 i Europa (Frankrike)

26. februar bekreftes det første tilfelle av Covid – 19 på norsk jord.

9. mars legger Folkehelseinstituttet (FHI) frem et scenario, og anslår at 22000 pasienter er smittet med Covid – 19 vil trenge sykehus behandling i løpet av et år.

10. mars påvises første tilfelle av Covid – 19 i Norge som ikke kan relateres til reise i et av risikoområdene.

12. mars erklærer verdens helseorganisasjon (WHO) utbruddet med Covid – 19 for pandemi. Samtidig skjer det første dødsfall som følge av Covid – 19 i Norge. Myndighetene iverksetter de mest inngripende tiltakene i Norge siden 2. verdenskrig som inkluderer stengning av skole, barnehager, og helserelaterte bedrifter. Innbyggerne oppfordres til stor grad av isolasjon.

13. mars melder Folkehelseinstituttet (FHI) melder at de ikke lenger har kontroll på smittespredning i Norge, og 14. mars stenger Norge grensen. Sykehusene får beskjed om å forberede seg på mottak av et betydelig antall pasienter med mistenkt/påvist Covid-19. I tillegg må sykehusene planlegge for at andre pasientgrupper som trenger behandling for sin sykdom/tilstand kan være smittet av Covid – 19. (Fire måneder med koronavirus – her er tidslinja, 2020

## **1. Presentasjon av tema og problemstilling**

I dette kapittelet vil forskeren fremsette oppgavens tema og problemstilling med tilhørende forskningsspørsmål. Deretter vil forskeren presentere oppgavens avgrensning og begrepsavklaringer. Tilslutt vil forskeren beskrive oppgavens oppbygging.

### ***1.1 Innledning***

Forskeren er avdelingsleder ved Bildediagnostisk avdeling, Nordlandssykehuset.

Bilediagnostisk avdeling består av 5 enheter, fordelt på lokalisasjonene Bodø, Lofoten og Vesterålen. Avdelingen leverer radiologiske og nukleærmedisinske undersøkelser til pasienter innenfor alle kategorier, og er den nest største avdelingen innenfor bildediagnostikk i Nord – Norge.

Radiologiske undersøkelser er en viktig del av behandlingen av traume – pasienter, og følgelig inngår radiologi som en del av traumeberedskapen ved sykehusene. Dette er beskrevet i sykehusenes planverk, og konkretisert i den respektive avdelingens/enhetens katastrofeplan. Slike katastrofeplaner tar typisk høyde for at det kan oppstå en situasjon hvor man må påberegne at det kan komme et høyt antall pasienter med varierende grad av skader inn til sykehuset. Beredskapsplaner i tilknytning til situasjoner beskrevet ovenfor har som regel en begrenset varighet, og tar høyde for at de fleste medarbeiderne er tilgjengelige og kan kalles inn på kort varsel. I tillegg vil annen aktivitet sannsynligvis tas ned så lenge situasjonen pågår.

Med dette som bakteppe erfarte forskeren at å være i beredskap for en pandemi ble noe helt annet. Forskeren opplevde det som svært uvant å skulle forberede egen avdeling på en situasjon med uavklart tidshorison hvor man må forvente at det kommer et stort antall pasienter til avdelingen, samtidig som man risikerer et høyt fravær hos ansatte. I tillegg må man påberegne å opprettholde et tilbud til andre pasientgrupper med alvorlig underforliggende sykdom samtidig som pandemien pågår.

Egne betraktninger rundt forskjellene mellom håndtering av pandemi kontra håndtering av andre ekstraordinære situasjoner, som for eksempel katastrofer, gjorde forskeren interessert i



å lære mer om hvilke krav som stilles til ledere innen helseforetak i forhold til planlegging og håndtering av pandemi.

## ***1.2 Formål og problemstilling***

Målet med masteroppgaven er å lære mer om hva som kreves av ledere i en ekstraordinær situasjon som for eksempel pandemi. Forskeren har valgt å ta utgangspunkt i eget fagfelt. For å belyse problemstillingen nærmere har forskeren sett på aktuelle krav og føringer som gjelder for pandemi, og hvordan ledere ved bildediagnostiske avdelinger/enheter, har vært forberedt og underveis håndtert en slik situasjon. I tillegg til å samle informasjon fra flere ledere ved bildediagnostiske avdelinger/enheter, vil forskerens egne erfaringer og refleksjoner danne et bakteppe for denne oppgaven. På bakgrunn av dette er oppgavens problemstilling som følger:

***«Hvor godt forberedt er Bildediagnostiske avdelinger på pandemi som for eksempel Covid – 19?»***

For å belyse problemstillingen nærmere har forskeren valgt å ta utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

- Har bildediagnostiske enheter/avdelinger planverk for håndtering av pandemi?
- Gjenspeiler planverket lovpålagte krav og nasjonale faglige råd?
- Hvilke spesielle utfordringer innen ledelse førte den «nye» hverdagen i tilknytning til Covid - 19 med seg?

## ***1.3 Avgrensninger og begrepsavklaringer***

***Beredskap*** kan defineres til å være forberedt til innsats for å møte uventede kritiske situasjoner. (Rein, 2020). I stortingsmeld.nr.10, s 22 er beredskap definert som planlagte og forberedte tiltak som gjør oss i stand til å håndtere hendelser og redusere konsekvenser av det inntrufne. Videre sier stortingsmeldingen at eksempler på beredskap er å ha blant annet oppdatert planverk knyttet til ulike hendelser på plass. (Stortingsmeld. nr. 10, s 22)

I følge Lundes (2019, s. 46) teorier innen beredskapsledelse kan man forstå begrepet **krise** som en samlebetegnelse for hendelser, tilstander, og situasjoner av kritisk betydning for et individ, en gruppe, en virksomhet eller samfunn.

Lundes definisjon kan forstås til romme mange hendelser. Forskeren har valgt å fortolke den pandemiske situasjonen som en slik hendelse. For å avgrense oppgaven ytterligere har forskeren valgt å se nærmere på hvordan eget fagområde har vært forberedt på en slik hendelse. Forskeren vil også presentere noen av de viktigste utfordringene innen ledelse som pandemien førte med seg.

**Pandemi** benyttes om en sykdom som rammer svært mange mennesker og brer seg over et meget stort geografisk område, for eksempel flere verdensdeler. Verdens helseorganisasjon benytter det om en verdensomspennende spredning av en ny sykdom. (Braut, 2020)

Lunde (2019, s. 45) definerer **beredskapsledelse** til å være ledelse av en mobiliserende eller mobilisert beredskapsorganisasjon. Dette forstår forskeren til å skulle lede en organisasjon når krisen har inntruffet. Basert på dette forstår forskeren at beredskapsledelse skiller seg fra det å skulle være forberedt på å håndtere en krise.

I boka «Hvordan organisasjoner fungerer» definerer Jacobsen & Thorsvik (2019, s 405) **ledelse** til å være en prosess rettet mot å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og adferd for å oppmuntre til innsats for å nå et felles mål. Strand (2001, s. 12) definerer **ledelse** som det å ha ansvar for andres arbeid eller funksjonsmåte gjennom et mandat – en tillitserklæring- fra interessentene rundt og i organisasjonen til å kunne påvirke organisasjonen.

Kirkhaug (2018, s. 78) på sin side henviser til nyere definisjoner av ledelse og lederskap. Kirkhaug hevder at **lederskap** er koblinger mellom egenskaper, innsikt, bransjekunnskaper og fagkunnskaper, som man antar er nødvendig for å kunne utøve ledelse. Videre sier Kirkhaug (2018. s. 79) at **lederskap** er å ha mange roller ovenfor de som skal ledes. Kirkhaug sier ut fra dette at lederskap er å kunne utnytte og ta i bruk alle kapasiteter medarbeiderne har.

Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 270) definerer **kommunikasjon** som en kompleks og kontinuerlig prosess hvor det formidles informasjon gjennom både verbale og non-verbale kanaler mellom to eller flere aktører.

### ***1.4 Oppgavens oppbygging***

I kapittel 1 framstilles bakgrunn for oppgaven og begrunnelse for valg av tema. Deretter vil forskeren beskrive oppgavens problemstilling med tilhørende forskningsspørsmål, samt gi en definisjon av de mest sentrale begrepene. I kapittel 2 formidles rammeverket som fungerer som bakteppe for oppgaven samt aktuell teori som forskeren mener er relevant i forhold til tema og problemstilling.

I kapittel 3 gjør forskeren rede for valg av forskningsdesign, datainnsamling og metodekritikk. I kapittel 4 forevises funn etter datainnsamlingen, samt en tidslinje hvor egne opplevelser og erfaringer kan sees ut fra virusets tidslinje. Empirien omtalt i kapittel 4 analyseres i kapittel 5. Her vil forskeren diskutere hovedfunnene i kapittel 4 opp mot juridiske rammer og teoretiske perspektiv samt knytte funnene til egne erfaringer.

I kapittel 6 presenterer forskeren en konklusjon og forslag til videre forskning.

## **2. Juridiske rammer og teoretiske perspektiver**

Som teoretisk bakgrunnsteppe for å belyse oppgavens problemstilling vil forskeren ta utgangspunkt i nasjonale føringer knyttet til beredskapsplanlegging. Forskeren har valgt å se nærmere på *Lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven)*, og *Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid (Forskrift om krav til beredskapsplanlegging)* I tillegg har forskeren sett nærmere på hvilke føringer Helse Nord har gitt til foretakene vedrørende pandemi og hvilke nasjonale faglige råd eller retningslinjer knyttet til pandemi som foreligger.

For å belyse oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål har forskeren valgt å ta utgangspunkt i Lundes teorier rundt beredskapsledelse. I tillegg har forskeren benyttet seg av teorier fra Jacobsen & Thorsviks helhetlig modell knyttet til hvordan organisasjoner fungerer. Forskeren har også gjort bruk av Strands ledelsesteorier, og Kirkhaugs betraktninger rundt tillitsbasert ledelse.

Til sist vil forskeren presentere en oppsummering hvor organisering av en beredskapsorganisasjon settes kontekst med organisasjonsstruktur i ordinære virksomheter.

### **2.1 Juridiske rammer**

I 2001 utga Helse og Omsorgsdepartementet *Lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven)* og *Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid m.v etter lov om helsemessig og sosial beredskap (Forskrift om krav til beredskapsplanlegging)*

Formålet er å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp, helse – og omsorgstjenester og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid. Loven fastslår at den som har ansvaret for en tjeneste, har også ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for den utøvende tjeneste, herunder finansiering, under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, med mindre noe annet er bestemt i eller i medhold av lov. Tilsvarende skal den som fører tilsyn med en virksomhet, også føre tilsyn med virksomhetens beredskap. (Helseberedskapsloven, 2001)

Forskriften stadfester at virksomhetene, herunder helseforetakene, har plikt til å utføre beredskapsplanlegging som gjør dem i stand til å tilby nødvendige tjenester under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid. For virksomheter som ikke er fylkeskommunale eller kommunale skal ansvarlig leder sørge for slik fastsettelse og oppdatering. (Forskrift om krav til beredskapsplanlegging, 2001)

## ***2.2 Regional plan for helsemessig og sosial beredskap 2013 – 2016***

Februar 2013 ga Helse Nord ut *Regional plan for helsemessig og sosial beredskap 2013 – 2016*.

Den regionale planen skal bidra til at de samlede helseressursene i regionen blir utnyttet så effektivt som mulig i en beredskapssituasjon. Likeså at beredskapsledelsen er tydelig og at ansvar og roller er definerte og kjente, og at samordningen mellom helsetjenesten og samarbeidende etater blir styrket. Planen har i tillegg hensikt til å gi rammer for at helseforetakene skal kunne utarbeide lokale beredskapsplaner. (Helse Nord, 2013, s. 6)

Planen bygger på tre prinsipper; ansvarsprinsippet, nærhetsprinsippet og likhetsprinsippet.

*Ansvarsprinsippet:* Den etaten som har ansvaret for et fagområde/tjenestetilbud i en normalsituasjon, har og ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og håndtering av ekstraordinære hendelser. Det gjelder også ansvaret for å gi informasjon innenfor sitt eget fagområde.

*Nærhetsprinsippet:* Ei krise skal håndteres på lavest mulig nivå.

*Likhetsprinsippet:* Den organisasjonen som etableres under kriser og i krig, skal være mest mulig lik daglig driftsorganisasjon.

(Helse Nord, 2013, s 7)

Organisering av beredskapsledelsen skal i sammensetningen og rollefordelingen i beredskapsledelsen skal være beskrevet i foretakenes beredskapsplaner, og at det skal utarbeides tiltakskort for de ulike rollene i beredskapsledelsen. Alle foretakene skal ha egne

pandemi planer, og at beredskapsledelsen skal være den samme for alle typer hendelser. (Helse Nord, 2013, s. 15)

Opplæring i beredskapsarbeid skal inngå som en del av opplæring for nyansatte. (Helse Nord, 2013, s. 12)

Krisehåndtering skal dokumenteres, som grunnlag for å evaluere og lære. Dokumentasjon skal være tilgjengelig for tilsynsmyndigheter. (Helse Nord, 2013. s. 18)

### ***2.3 Nasjonale faglige råd vedrørende pandemiplanlegging i helseforetakene***

Helsedirektoratet har lovfestet mandat til å utgi nasjonale faglige råd innenfor folkehelse, kommunale helse og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Nasjonale faglige råd blir gitt på områder med lite faglig uenighet, men der det likevel er behov for å gi nasjonale råd og praktiske eksempler relatert til pasienter og befolkning. (Helsedirektoratet.no/faglige råd)

I «*Pandemiplanlegging* (2019, pkt. 2.4) finner man nasjonale råd knyttet til tiltak på systemnivå i pandemiplanlegging. Videre finner man nasjonale råd direkte knyttet til helseforetakenes beredskaps planlegging for å sikre nødvendige laboratorietjenester (herunder medisinsk mikrobiologi, radiologi og klinisk kjemi) ved en pandemi.

Dette innebærer:

- *Retningslinjer for bruk av laboratorieundersøkelser ved begrenset kapasitet*
- *Planer for kapasitetsøkning*
- *Utarbeide avtaler som sikrer tilstrekkelige ressurser i laboratorietjenesten.*

Planene bør inkludere retningslinjer for hvilke pasienter som skal prioriteres for undersøkelse, og med hvilken laboratorieundersøkelse.

Helseforetakene må samtidig utarbeide planer for hvordan laboratoriekapasiteten kan utvides ved en betydelig økt pasienttilstrømming under en pandemi. Dette vil medføre behov for økt bemanning og helseforetakenes pandemiplaner må vise hvordan dette kan ivaretas.

Planene må også inkludere tiltak for å motvirke mangel på nødvendige diagnostiske apparater.

(Helsedirektoratet, 2019, pkt. 2.4)

## **2.4 Beredkapsorganisasjoner og beredkapsledelse**

I boka «*Praktisk krise og beredkapsledelse*» definerer Lunde (2019, s. 43) beredskap som en virksomhets evne til å iverksette tiltak for å forebygge, begrense eller håndtere uønskede hendelser og kriser. Videre definerer Lunde (2019, s. 44) krise til å være en samlebetegnelse for hendelser, tilstander og situasjoner av kritisk betydning for et individ, en gruppe, en virksomhet eller samfunn. Slike kritiske hendelser kan oppstå plutselig eller som følge av en utvikling over tid.

Videre stadfester Lunde (2019, s. 44) at det forventes at en driftsorganisasjon selv er i stand til å forebygge, begrense og håndtere mange av de uønskede hendelsene som kan oppstå innenfor sine egne rammer. Ut fra dette sier Lunde (2019, s. 44) at de uønskede hendelsene eller krisene som omfattes av hans definisjon av beredskap må være så akutte, komplekse eller spesielle at driftsorganisasjonene ikke har kapasitet eller kompetanse til å håndtere disse selv på en tilfredsstillende måte.

Lunde (2019, s. 24) hevder at alle virksomheter har en beredkapsorganisasjon og en beredkapsledelse. Dersom det ikke finnes en definert beredkapsorganisasjon i tilknytning til virksomheten, er det virksomhetsledelsen som er beredkapsledelsen. Ut fra dette defineres virksomheten til å være en beredkapsorganisasjon. Videre sier Lunde (2019, s. 24) at ansvaret for at en virksomhet etablerer en kontinuerlig og stabil beredskap ligger hos virksomhetsledelsen.

I boka «*Praktisk krise og beredkapsledelse*» hevder Lunde (2019, s. 49) at et viktig begrep innen beredkapsledelse er evnen til å være proaktiv. Lunde (2019, s. 49) definerer proaktivitet som en persons eller gruppes evne til å beslutte og handle forsvarlig i nåtid basert på en kvalifisert vurdering av en situasjons fremtidige utvikling. Lunde (2019, s. 49-50) referer til noen områder hvor proaktivitet er viktig:

- Ved beslutning om mobilisering av beredkapsorganisasjonen.
- Ved mobilisering, rekvirering eller anmodning om beredkapsressurser i en beredskapssituasjon.
- Ved iverksettelse av risikoreducerende tiltak for å forebygge en videre negativ utvikling av en beredskapssituasjon.

Videre hevder Lunde (2019, s. 51) at det er en tendens innen beredskapsledelse i offentlige virksomheter å være tilbakeholdne med å varsle og mobilisere tilstrekkelig med ressurser før man med sikkerhet har identifisert at det foreligger et faktisk behov. Dette har bakgrunn i en organisasjonskultur hvor mobilisering som det i ettertid viser seg å ikke være behov for anses for å være uønsket og uprofesjonell hevder Lunde. (2019, s. 51)

Når det gjelder organisering av beredskapsledelse sier Lunde (2019, s.96) at det er viktig å ivareta en tydelig ansvars og kommandostruktur i beredskapssituasjoner der det normalt ikke er tid og anledning til å gjennomføre omfattende og involverende beslutningsprosesser. På bakgrunn av dette hevder Lunde at beredskapsorganisasjonen bør bygges opp hierarkisk. Nivå 1 rapporterer til, og mottar oppgaver fra nivå 2. Nivå 2 rapporterer til, og mottar oppgaver fra nivå 3. Det bør ikke forekomme kommunikasjon mellom nivå 3 og 1 uten at nivå 2 er informert.

Lunde (2019, s.96) sier at selv om beredskap-ledelsen er hierarkisk, er det avgjørende for god og effektiv beredskapsledelse at overordnet nivå gir beredskapsledelsen under seg nødvendig myndighet og frihet til å ivareta egne ansvars – og arbeidsoppgaver. Føringer som gis nedover i organisasjonen må i hovedsak være overordnede, og gi enheten som skal løse oppgaven ansvaret for den detaljerte planleggingen. Det overordnede nivået må være bevisst på å vise forsiktighet med detaljstyringen. (Lunde, 2019, s. 96)

Lunde (2019, s. 85) anbefaler å dele virksomheten inn i 3 nivåer; taktisk nivå, operasjonelt nivå, og strategisk nivå.

#### *Taktisk nivå*

Lunde (2019, s. 87) definerer taktisk ledelse som ledelse av individer i innsats for å begrense skader på mennesker, miljø og økonomiske verdier eller omdømme gjennom utførelse av konkrete oppgaver.

#### *Operasjonelt nivå*

Lunde (2019, s. 89) definerer operasjonell ledelse som ledelse, koordinering og støtte av taktiske enheters innsats under en beredskapssituasjon, for å sikre at innsatsen er effektiv, koordinert og i samsvar med virksomhetens strategiske føringer.

#### *Strategisk ledelse*



I følge Lunde (2019, s. 90) krever strategisk ledelse refleksjon, kreativitet, helhetstenkning og forutseenhet. Videre sier Lunde at strategisk ledelse fastsetter overordnede mål, rammeverdier og strategier innen den etablerte beredskapsorganiseringen. Ut fra dette har den strategiske beredskapsledelsen tre hovedoppgaver; å påse at underliggende nivåer håndterer beredskapshendelsen i tråd med myndighetenes og virksomhetens krav til beredskap, representere virksomheten utad og ivareta virksomhetens overordnede interesser. Basert på dette hevder Lunde (2019, s. 91) at strategisk beredskapsledelse ikke skiller seg vesentlig fra strategisk ledelse generelt. Det handler om å ivareta virksomhetens langsiktige interesser, og om å oppnå eller ivareta den posisjonen virksomheten ønsker å ha i og til sine omgivelser. (Lunde, 2019, s. 91)

Lunde (2019, s 86) bemerker at det ikke er utarbeidet en felles begrepsstandard innen beredskapsledelse i forhold til hvordan de ulike nivåene skal defineres. Følgelig kan dette føre til at samme nivå har flere betegnelser og vanskeliggjøre kommunikasjon og forståelse mellom ulike beredskapsorganisasjoner.

#### ***2.4.1 Beredskapsplaner***

Vedrørende etablering av en virksomhets beredskap mener Lunde (2019, s 58) at den kan forstås som en systematisk prosess som omhandler planlegging og implementering av egnede beredskapstiltak for den aktuelle virksomheten på bakgrunn av gjennomført risiko – og beredskapsanalyse.

Videre sier Lunde (2019, s. 58) at en virksomhets beredskapsplanlegging bør inneholde 3 aktiviteter;

***Identifisering:*** Hva skal virksomheten etablere beredskap for, hvilke krav skal beredskapen oppfylle, og hvilke tiltak og ressurser skal brukes.

***Etablering:*** Implementering, organisering og dokumentering av tiltak og ressurser.

***Evaluering:*** Vurdere om dagens beredskap tilfredsstillende eksisterende krav og sikre kontinuerlig forbedring.

Lunde (2019, s. 61) slår fast at virksomhetenes beredskapsplaner må sees i sammenheng med virksomhetens ytelsesrammer og ytelseskrav. Lunde (2019, s. 61) omtaler ytelsesrammer som

de beredskapssituasjoner den aktuelle virksomheten skal være forberedt på. Slike beredskapssituasjoner er ofte definert av reguleringer fra myndighetene og virksomhetens egne vurderinger. Videre omtaler Lunde (2019, s.60) ytelseskrav som krav til respons og håndtering knyttet til de ulike beredskapssituasjonene. Ytelseskrav og ytelsesrammer utgjør det som Lunde (2019, s. 65) omtaler som virksomhetens beredskapsområde.

Vedrørende virksomhetens ytelseskrav skiller Lunde (2019, s. 64) mellom kvalitative og kvantitative ytelseskrav. Kvalitative ytelseskrav inneholder ifølge Lunde (2019, s. 62) ofte formuleringer som ikke setter målbare krav, men snarere uttrykker en forventning om kvaliteten på virksomhetens beredskap. Kvantitative ytelseskrav inneholder derimot målbare krav. Basert på dette sier Lunde (2019, s. 64) at erfaring innen beredskapsledelse viser at god beredskap sikres best ved å beskrive overordnede krav og forventninger kvalitativt, for så å følge disse opp med kvantitative spesifiseringer og minimumskrav.

Lunde (2019, s. 114) sier at en beredskapsplan skal beskrive hvilke funksjoner og enheter som inngår i beredskapsorganisasjonen, og de hierarkiske forholdet mellom dem. I tillegg skal beredskapsplanen si noe om hvilke arbeidsoppgaver, hvilket ansvar og hvilken beslutningsmyndighet de ulike funksjonene og enheten er tildelt. Til sist bør beredskapsplanen si noe om hvordan de ulike enhetene skal respondere og kommunisere med blant annet hverandre, og andre interessenter.

## ***2.5 Organisasjoners struktur***

I følge Jacobsen & Thorsviks (2019, s. 68) teorier innen organisasjoner og deres virke viser begrepet «formell organisasjonsstruktur» til arbeidsdeling og systemer for koordinering, styring og kontroll som er vedtatt i et formelt beslutningsforum og skriftlig nedfelt i et organisasjonskart.

Videre sier Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 69) at organisasjonsstrukturen angir hvordan oppgaver skal fordeles og hvem som skal ha ansvaret for hva. Videre angir den formelle strukturen hvem som kan delta i ulike beslutningssituasjoner. Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 70) hevder at et grunnleggende trekk med organisasjoner er at de deler en helhetlig arbeidsoppgave opp i mindre deloppgaver, og at man spesialisere seg innenfor de enkelte oppgavene. Ulempen ved en slik organisering er at det kan utvikles en fagorientert spesialist

kultur som kan gi utslag i for eksempel «silo – tenkning» og manglende interesse og forståelse for andres arbeid. (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s.72)

Strand (2001, s. 421) stadfester at de fleste organisasjoner har ledergrupper som er mer eller mindre formelle. Disse fungerer som et felles beslutnings – og samrådsorgan. Det eksisterer overlappende medlemskap mellom nivåene i en organisasjon som kan være med på å lette vertikale samordningsproblemer da felles informasjon gjør det mulig for enhetene å tilpasse seg hverandre.

I følge Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 80-81) har de fleste organisasjoner et hierarki. Hierarkiet utgjør den «rette linje» fra toppleder til ansatte via mellomledere, også kalt linjeorganisasjon. Linjeorganisasjonen kan videre deles i 3 nivåer:

*Operativ kjerne* – Ansatte i produksjonslinjen

*Mellomledelse* – Koordinerer og følger opp arbeidet i den operative kjernen

*Toppleidelse* – Bestemmer strategi og eventuelle endringer i organisasjonen

I boka «*Hvordan organisasjoner fungerer*» omtales sentralisering som beslutningsmyndighet som flyttes fra det operative nivået til ledernivå. Dette står i motsetning til desentralisering hvor den operative kjernen bestemmer hvordan arbeidsoppgavene skal løses. (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 82)

Videre sier Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 83) at det både er fordeler og ulemper knyttet til sentralisering og desentralisering av beslutningsmyndighet. Ved sentralisering foreligger det klart ansvar og forutsigbar praksis, mens desentralisering kan føre til økt fleksibilitet og motivasjon i organisasjonen. Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 83) hevder videre at sentralisering kan på den andre siden føre til lite fleksibilitet i organisasjonen mens desentralisering kan føre til ulik praksis og uklart ansvar.

I følge Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 83) viser forskning til at sentraliserte organisasjoner foretar færre feil enn en desentralisert organisasjon. Dette skyldes at sentraliserte organisasjoner medfører at en sak tas opp i flere ulike fora, og dermed drøftes grundigere.

I forhold til sentralisering sier Strand (2001, s. 466) at sentraliserte beslutninger tatt av en ledergruppe er lettere å samordne enn om de tas separat. Videre sier Strand at sentral ledelse er en fordel i krisetider da sentralisering av beslutningsmyndighet gir et vidt perspektiv på hva som foregår i organisasjonen, og gir ledelsen en bedre posisjon til å ta beslutninger som er til

det beste for hele organisasjonen. Strand (2001, s. 466) hevder at utfordringer knyttet til sentralisering blant annet vil være fare for overbelastning av toppledelsen og virke demotiverende på ansatte som står nær problemene og har kompetanse til å takle dem.

## ***2.6 Lederskap i lys av verdibasert ledelse***

Kirkhaug (2018, s. 80) omtaler lederskap som evnen til å kunne skifte mellom ulike måter å ivareta rollen på. Videre sier Kirkhaug (2018, s.78) at tidligere definisjoner av lederskap ofte har definert ledelse som en rolle som går foran og som har en klar posisjon over de som skal ledes.

I nyere definisjoner beskrives ledelse som en rolle som skal ivareta mange posisjoner i forhold til de som skal ledes. Man skal være foran som veiviser, på siden som coach, bak som pådytter og under som plattform. Ut fra dette hevder Kirkhaug (2018, s.79) at lederskap er å kunne utnytte og ta i bruk alle kapasiteter som medarbeiderne har.

I boka «*Ledelse, organisasjoner og kultur*» hevder Strand (2001, s. 420) at det finnes vektige grunner for å betrakte ledelse som et relasjonsfenomen. Videre begrunner Strand (2001, s. 420) overnevnte påstand med at ledere arbeider gjennom andre, koordinerer andre mennesker. Autoritet defineres som en relasjon og ledere er avhengige av å få oppslutning fra medarbeiderne og informasjon og samarbeidsvilje fra mange parter.

I følge Kirkhaug (2018, s. 95) er tillit et sentralt tema innen ledelse. Kirkhaug (2018, s. 96) sier at tillit er en relasjon som innebærer fravær av frykt for at den andre partneren skal opptre opportunistisk eller utnyttende. Videre hevder Kirkhaug (2018, s. 96) at tillit er et gjensidig fenomen. Tillit må gå begge veier mellom leder og ansatt. Videre definerer Kirkhaug (2018, s. 96) tillit som noe man ikke har eller kan gjøre krav på. Tillit må fortjenes på bakgrunn av erfaringer. Tillit kan også være situasjonsbetinget.

Kirkhaug (2018, s. 98) skiller mellom institusjonell tillit og relasjonell tillit:

*Institusjonell tillit:* Det eksisterer et tillitsforhold mellom person og organisasjon. I følge Kirkhaug er denne tilliten mer enveis fra individet til institusjonen. Videre antar Kirkhaug at institusjonell tillit må ligge i bunn for at ledere skal kunne klare å overbevise medarbeiderne om hva som er rett og galt, viktig og uviktig.

*Relasjonell tillit:* Kan defineres som vilje til å stole på andres adferd. Relasjonell tillit, ifølge Kirkhaug, bygges gjennom inntrykk av holdninger, generell adferd og konkrete handlinger. Følgelig vil det ta tid å bygge opp relasjonell tillit. Videre sier Kirkhaug (2018, s. 101) at for at en leder skal oppnå relasjonell tillit hos sine medarbeidere må det foreligge en adferd fra leders side som er preget av omtanke for medarbeiderens ve og vel. Det må være kommunikativ åpenhet også når informasjonen blotter svakheter ved ledelsen. Kirkhaug hevder også at delegering er en viktig forutsetning for å oppnå relasjonell tillit. Ved å delegere oppgaver viser leder at medarbeidernes synspunkt og kompetanse er viktig. For at oppgaver skal kunne delegeres må det eksistere et tillitsforhold mellom medarbeideren og leder. Leder må ha tillit til at det delegerte oppdraget fullføres i henhold til føringene. Medarbeideren på sin side vil bare påta seg ansvar og oppgaver dersom medarbeideren oppfatter den som delegerer som en pålitelig person. (Kirkhaug, 2018, s. 102)

Videre sier Kirkhaug (2018, s. 99) at tilstedeværelse av relasjonell tillit er svært viktig når det er risikofylte oppgaver som skal utføres.

## 2.7 Kommunikasjon

I følge Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 269) er kommunikasjon viktig for koordinering av arbeidsoppgaver og funksjoner i en organisasjon. Informasjon må formidles til beslutningstakerne og være tilgjengelig når det er behov for informasjon.

Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 270) beskriver kommunikasjonsprosessen som en rekke av handlinger hvor informasjonen overføres fra en «*sender*» til en «*mottaker*» Sender må kode/formulere et budskap på en slik måte at mottaker forstår budskapet. Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 271) sier at dersom sender velger ord eller uttrykk som mottaker ikke forstår vil det føre til at budskapet ikke oppfattes riktig. Sender må også velge en kanal som mottaker er kjent med, og informasjonen må utformes slik at mottaker legger merke til det. (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 272) Videre definerer Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 278) effektiv kommunikasjon til å være at mottaker fortolker informasjon slik intensjon fra sender har vært. På bakgrunn av ulik utdanning og erfaring kan mottaker fortolke budskapet annerledes enn hva sender har ment. I tillegg kan sender ordlegge seg på en lite tillitsvekkende måte hos mottaker.

Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 273) stadfester at det finnes mange typer nettverksbaserte kommunikasjonsformer som organisasjoner kan ha nytte av, særlig gjelder dette nettverk som er etablert for å diskutere bestemte tema. I følge Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 274) kan bruk av nettverk og sosiale media medføre muligheter til å skaffe informasjon og utvikle relasjoner med personer man ellers ikke ville ha møtt og samhandlet med. Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 276) mener at dette kan bidra til at hierarkisk posisjon og ekspertkunnskap i en organisasjon utfordres ved at mottaker gjennom nettverksrelasjoner får et bedre informasjonsgrunnlag for å vurdere budskapet fra sender.

## ***2.8 Organisering av beredskapsorganisasjoner sett mot ordinær organisasjonsstruktur***

I henhold til Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 405) sine teorier om organisasjoners liv og virke defineres lederskap til å være en prosess rettet mot å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og adferd for å oppmuntre til å nå et felles mål. Evnen til å påvirke andre mennesker gjennom bruk av ulike roller omtales av Strand (2001, s. 420) som et relasjonsfenomen. Dette kan sees i direkte sammenheng med Kirkhaugs (2018, s. 80) beskrivelse av hvordan ledere må evne å skifte mellom ulike måter å ivareta leder -rollen på. Videre sier Kirkhaug (2018, s. 79) at lederskap er å gjøre bruk av medarbeidernes ferdigheter og kapasitet.

Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 69) beskriver organisasjoner som et system som er konstruert for å løse spesifikke oppgaver i den daglige virksomheten. Dette forstår forskeren til at ledere skal sørge for å utføre ulike oppgaver som den daglige virksomheten bringer med seg gjennom å påvirke andres holdninger og adferd. Men der den ordinære organisasjonen har ansvar for å håndtere uønskede hendelser som måtte oppstå, trer Lundes (2019, s. 24) definisjon på beredskapsorganisasjon først i kraft når det foreligger en situasjon som er så kritisk og omfattende at organisasjonen ikke klarer å håndtere den alene. Ut fra Lundes definisjon forstår man beredskapsledelse til å være ledelse av en mobilisert organisasjon.

I en beredskapsorganisasjon skal altså ledere i kraft av å evne å påvirke sine medarbeideres adferd og holdninger forsøke å løse situasjoner som er så krevende at den ordinære organisasjonen ikke makter å løse dette selv. I slike situasjoner antar man at evnen til å bruke verdier i sitt lederskap vil være nyttig. Sentralt i Kirkhaugs (2018, s. 95) teorier om verdibasert ledelse står tillitsbegrepet. Kirkhaug (2018, s. 95) beskriver tillit som noe som må fortjenes over tid gjennom handlinger og generell adferd. Videre stadfester Kirkhaug (2018, s. 101) at relasjonell tillit kan oppnås gjennom delegering av oppgaver, og kommunikativ åpenhet. I følge Kirkhaug vil relasjonell tillit være svært viktig i situasjoner hvor det foreligger en form for risiko for medarbeiderne.

Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 70) stadfester i sin teori at organisasjoner bør ha en formell organisasjonsstruktur som er vedtatt i et formelt beslutningsforum. Organisasjonsstrukturen sier noe om hvordan daglige driftsoppgaver skal fordeles, hvem som skal ha ansvaret for hvilke oppgaver, og hvem som deltar i ulike beslutningsforum. Dette forstår forskeren til å samsvare med Lundes (2019, s. 114) beredskapsplan som sier noe om arbeidsoppgaver, ansvar og myndighet de ulike enhetene/funksjonene i en beredskapsorganisasjon har.

I henhold til Strand (2001, s. 421) har de fleste organisasjoner ledergrupper som fungerer som felles beslutning – og samrådsorgan. Dette forstår forskeren til å samsvare med Lundes (2019, s. 96) beredskapsledelse.

Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 70) sier at organisasjoner med mange ulike driftsoppgaver, som for eksempel helseforetak, kjennetegnes gjennom en struktur hvor en enhetlig arbeidsoppgave er delt i mindre deler med påfølgende spesialisering. I motsetning til dette finner man Lundes (2019, s. 44) beredskapsorganisasjon. Som nevnt tidligere trer denne i kraft i det øyeblikk det foreligger en krise. Lunde (2019, s. 24) sier videre at organisasjonens øverste leder har ansvaret for å iverksette beredskapsledelse og beredskapsorganisasjonen. I motsetning til ordinære organisasjoner som skal løse flere og sammensatte oppgaver vil beredskapsorganisasjonens hovedfokus være på krisen som har oppstått. Følgelig bør også virksomheten som beredskapsorganisasjon beskrives i en formell organisasjonsstruktur. Dette samsvarer med likhetsprinsippet nevnt i Helse Nords regionale plan for helsemessig og sosial beredskap. Likhetsprinsippet slår fast at den organisasjon som etableres under kriser og krig, skal være mest mulig lik daglig driftsorganisasjon. (Helse Nord, 2013, s. 7)

Lunde (2019, s.60) beskriver etablering av en virksomhets beredskap gjennom blant annet identifisering av virksomhetens ytelsesrammer og ytelseskrav. Dette kan forstås til å sammenfalle med den formelle organisasjonsstrukturen. Organisasjonsstrukturen bestemmer ifølge Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 69) hvilke oppgaver som skal utføres av hvem. Disse oppgavene vil antageligvis definere virksomhetens ytelsesrammer i forhold til å stadfeste hvilke uventede situasjoner i tilknytning til ordinære oppgaver må organisasjonen være forberedt på.

I følge Jacobsen & Thorsvik (2019, 80-81) er de fleste organisasjoner strukturert som et hierarki, også kalt linjeorganisasjon. Linje-organisasjoner er delt inn i 3 nivå; operativ kjerne, mellomledelse og toppledelse. Dette sammenfaller med Lundes beskrivelse av beredskapsorganisasjonens struktur. Lunde (2019, s. 85) deler inn beredskapsorganisasjonen i tre nivå; taktisk, operativt og strategisk.

Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 80-81) omtaler ansatte i produksjonslinjen som den operative kjerne. Likeledes omtaler Lunde (2019, s. 87) det taktiske nivået. I ordinære organisasjoner har den operative kjerne ansvar for verdiskapningen i organisasjonen mens det taktiske nivået i en beredskapsorganisasjon skal gjøre en innsats for å begrense skadene av hendelsen, og dermed berge organisasjonens verdier.



Nivå to i den hieratiske organisasjonsstrukturen er ifølge Lunde (2019, s. 89) det operasjonelle nivået. Dette kan man forstå til å samsvare med det nivået som Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 82) omtaler som mellomledelse. Felles for disse benevnelsene er at dette nivået skal koordinere og følge opp det operative/taktiske nivået. Det øverste nivået i en linjeorganisasjon er ifølge Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 81) toppledelsen, eller strategisk ledelse som Lunde (2019, s. 90 – 91) benevner nivået som.

Lunde (2019, s. 96) hevder at håndtering av kriser krever en klar og tydelig ansvars – og kommando – struktur, med rapportering mellom nivåene. Samtidig sier Lunde (s. 96) at for å sikre god og effektiv beredskapsledelse er det nødvendig at overordnet nivå gir underliggende nivå myndighet og frihet til å ivareta egne ansvars – og arbeidsoppgaver. Dette forstår man til å være desentralisering. I følge Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 82) er desentralisering beslutningsmyndighet som flyttes fra et overliggende nivå til nivået under. Dette forstår man til å samsvare med nærhetsprinsippet – ei krise skal håndteres på lavest mulig nivå. (Helse Nord, s. 7)

Mens beredskapsorganisasjonen ifølge Lunde (2019, s. 96) krever relativt stor grad av desentralisert beslutningsmyndighet stadfester Strand (2001, s. 466) at sentraliserte beslutninger tatt av en ledergruppe er lettere å samordne enn om de tas separat. Videre sier Strand (2001, s. 466) at sentral ledelse i krisetider er en fordel da sentralisering av beslutningsmyndighet vil gi ledelsen en bedre posisjon til å ta gode beslutninger. Lunde (2019, s. 96) på en annen side hevder at beslutningsmyndighet under en krise må delegeres ned i organisasjonen da det vil være lite tid til å gjennomføre omfattende og involverende beslutningsprosesser.

Strand (2001, s. 466) erkjenner i midlertidig at sentralisering av beslutningsmyndighet under en krise kan føre til fare for overbelastning av toppledelsen og virke demotiverende på ansatte som står nær problemene og som har kompetanse til å takle dem.

### **3. Metode**

Forskeren vil først si noe om bakgrunnen for valg av tema og problemstilling. Deretter vil forskeren gjøre rede for valg av forskningsdesign, herunder forskerens forforståelse, valg av kilder og informanter. Deretter vil forskeren si noe om oppgavens validitet før forskeren presenterer en metodekritisk refleksjon.

#### ***3.1 Innledning***

Da den første personen i Norge fikk påvist smitte med Covid – 19 deltok forskeren på skrivesamling i forbindelse med Master i helseledelse i Tromsø, og var i utgangspunktet godt i gang med å skrive på en oppgave med et helt annet tema enn det som foreligger i denne oppgaven.

Etter hvert som omfanget av Covid – 19 gikk opp for forskeren, ble det mer og mer klart at den opprinnelige oppgaven ikke lot seg levere. Yrkesgruppene forskeren hadde planlagt å forske på var de samme yrkesgruppene som nå stod i front i den største krisen helsevesenet har hatt siden 2. verdenskrig. I tillegg la Covid -19 stort arbeidspress på forskeren som nå hadde ansvaret for avdelingens beredskap knyttet til Covid – 19. Samtidig brukte forskeren mye tid på å reflektere rundt egen rolle som avdelingsleder i en krisesituasjon. På den måten ble ideen om å bruke egne erfaringer knyttet til Covid – 19 i en masteroppgave født.

Oppgaven ble skrevet i samtid med Covid-19. Dette har hatt sine utfordringer i forhold til tilgang på data som vil omtales nærmere i kapittelet. Forfatteren har omtalt seg som forsker gjennom oppgaven. Bakgrunnen for dette er at en stor del av oppgaven består av undertegnede egne refleksjoner og opplevelser i tilknytning til Covid – 19. Bruken av nærmest et alter – ego har vært medvirkende til at undertegnede har klart å ta et skritt bak, og dermed kunne betrakte egne opplevelser og refleksjoner på en mer objektiv måte.

### 3.2 Forskningsdesign

Oppgavens tema er beredskap innenfor bildediagnostikk med utgangspunkt i en pandemi. Forskeren opplevde at usikkerheten knyttet til utviklingen av Covid – 19 satte svært mange begrensninger i forhold til valg av metode for å belyse oppgavens problemstilling. Forskeren valgte å benytte seg av case – studier da dette opplevdes å være en metodikk som kunne belyse problemstillingen på en god måte selv med de begrensningene i tid og tilgang på data som antageligvis forelå på grunn av Covid - 19.

Ordet *case* kommer fra latin *casus* som betyr *tilfelle*. Case – studier har to særlige kjennetegn; avgrenset oppmerksomhet mot den spesielle casen, og en mest mulig detaljert beskrivelse. (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016, s. 80) Forskeren oppfatter pandemi til å være en svært spesiell situasjon som antageligvis er lite sammenlignbar med andre hendelser som innebærer en beredskap. Case – studier med sin inngående beskrivelse og fleksibel fremgangsmåte (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016, s. 81) opplevdes derfor til å være det beste forsknings-designet for denne oppgaven ut fra daværende tidspunkt.

Forskeren valgte å inkludere andre bildediagnostiske avdelinger/enheter i Helse Nord i sin undersøkelse. Dette forstår man til å være en casestudie med flere analyseenheter i henhold til Johannessen, Christoffersen & Tufte (2016, s. 205) definisjon i boka «*Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*».

Johannessen, Tufte & Christoffersen (2016, s. 81) referer i sin bok til tre formål med case – studier; *deskriptive* (beskrivende), *kausale* (forklarende) eller *eksplorative* (utforskende). Som beskrevet innledningsvis har forskeren et ønske om å se nærmere på hvor forberedt ledere innen bildediagnostikk har vært for pandemi. Dette forstår man til å være en deskriptiv case – studie.

Som følge av usikkerhet rundt utvikling av den pågående pandemien foregikk innsamling av data over et kort tidsrom. Dette forstår forskeren til å være en undersøkelse hvor det benyttes data fra et bestemt tidspunkt eller en avgrenset og kort periode. Studier som har slike avgrensninger i tidsrom omtales som tverrsnittsundersøkelser av Johannessen, Tufte & Christoffersen (2016, s. 70) Videre sier Johannessen, Tufte & Christoffersen at tverrsnittsundersøkelser gir et øyeblikksbilde av fenomenet som studeres.

Siden pandemien gjorde det utfordrende for forskeren å planlegge innsamling av data på en god måte ble det viktig å finne en fremgangsmåte som ga mye informasjon på kort tid. Forskeren valgte derfor å belyse sin problemstilling gjennom bruk av flere kilder; dokumentgjennomgang og spørreundersøkelse. Bruk av flere kilder forstår man til å være metodetriangulering i henhold til Johannessen, Tufte & Christoffersen (2016, s. 230) Malterud (2017, s. 200) derimot skiller mellom flere måter å gjennomføre triangulering på. En av disse er kildetriangulering hvor flere kilder brukes til å skaffe informasjon. (Malterud, 2017, s. 2001) Forskerens bruk av to kilder forstås til å være kildetriangulering.

Forskeren valgte å bruke dokumentgjennomgang for å skaffe seg et bakgrunnstappe i forhold til hvilke lovmessige og nasjonale føringer som er knyttet til beredskapsplanlegging og etterlevelse av disse. Johannessen, Tufte & Christoffersen (2016, s. 97) beskriver dokumentanalyse som en type kvalitativ innholdsanalyse der forskeren samler inn data som analyseres for å få frem viktige sammenhenger og relevant informasjon om det eller de forholdene i samfunnet man ønsker å studere. Dette forstår forskeren til også å kunne gjelde for dokumentgjennomgang. Johannessen, Tufte & Christoffersen (2016, s. 98 – 99) sier videre at dokumenter gir oss informasjon om et saksforhold nedtegnet på et spesielt tidspunkt, og et spesielt sted, ofte med tanke på spesifikk leser. Dette ble synlig ved dokumentgjennomgang av helseforetakenes planverk. Disse bar preg av å være under bearbeiding. Dette forstår forskeren til å være et uttrykk for perioden dokumentgjennomgangen ble utført i. Man kan ut fra dette anta at funnene etter dokumentgjennomgangen viser et tidsbilde av situasjonen, som for eksempel at situasjonen var i konstant endring med nye føringer daglig. Svakheten med å ha gjennomført en dokumentgjennomgang så tidlig i en pågående prosess er at funnene muligens kan vise et feilaktig bilde av helseforetak som har lite eller mangelfulle beredskapsplaner på plass. Forskeren finner likevel verdi i å ha gjennomført dokumentgjennomgangen på det gitte tidspunktet nettopp fordi funnene gir etter forskerens syn et godt tidsbilde.

Som nevnt tidligere var det tidspres som førte til at forskeren valgte å benytte seg av spørreskjema i stedet for intervju. Johannessen, Tufte & Christoffersen (2016, s. 259) stadfester at bruken av spørreskjema innebærer en standardisering, mulighet for generalisering og mulighet for å samle inn mye data på kort tid. Dette var faktorer som påvirket forskerens valg av nettopp spørreskjema.

Spørreskjemaet ble sendt ut i slutten av mars hvor pandemiens utvikling fremdeles var uklar. Basert på egne erfaringer inneholdt denne perioden en svært høy arbeidsbelastning på ledere. Dette kan ha påvirket svarprosenten. Siden spørreundersøkelsen fikk lav svarprosent er det fristende å trekke konklusjonen om at denne data innsamlingen har mindre verdi for oppgaven enn det man hadde håpet på. Samtidig gir den lave svarprosenten et godt tidsblikk i det som opplevdes til å være en svært hektisk og uoversiktlig situasjon.

Å bruke forskjellige metoder for å belyse problemstillingen har vært nyttig i forhold til at det har gitt forskeren mulighet til å skaffe seg ulik informasjon om problemstillingen.

Dokumentgjennomgangen har gitt forskeren kunnskap om hvilke overordnede føringer som setter rammer for beredskapsarbeid i et helseforetak, mens spørreundersøkelsen har gitt et innblikk i etterlevelse og kjennskap til disse rammene.

Man kunne også ha valgt å belyse problemstillingen ut fra et fenomenologisk perspektiv. I følge Malterud (2017, s.28) kan fenomenologi omfatte forståelse av menneskets subjektive erfaringer. Dette perspektivet ville ut fra forskerens forståelse ha vært en foretrukket metodikk dersom forskeren ønsket å se nærmere på ledernes opplevelse og utfordringer knyttet til det å skulle være leder under en pandemi. Slik situasjonen fremstod for forskeren i de hektiske månedene i mars/april var det utfordrende å skulle klare å forstå alle mulige ledelsesutfordringer en pandemi antageligvis ville ha ført med seg. Ut fra dette opplevde forskeren at case – studie ble en rett metodikk ut fra at hendelsen utviklet seg samtidig som forskningen pågikk. Forskeren forestiller seg at dersom oppgaven hadde hatt et lengre tidsløp kunne det kanskje vært interessant å innhente data på nåværende tidspunkt. Dette forstår forskeren til å være en longitudinell undersøkelse i henhold til Johannessen, Tufte& Christoffersen, 2016, s. 71). Ved å samle inn data knyttet til for eksempel ledernes opplevelse av håndtering av pandemi på to tidspunkt ville man kanskje ha fått et mer eksplorativt forskningsdesign. Forskeren antar at et slikt forskningsdesign ville ha kunnet gi et mer korrekt bilde på håndtering av pandemi innen bildediagnostikk.

### ***3.3 Forskerens forforståelse***

I følge Malterud (2017, s. 44) er forforståelse den kunnskap og erfaring som forskeren bringer med seg inn i forskningsprosjektet, og som påvirker hvordan forskeren innhenter og fortolker data.

Forskeren er fagperson og har gjennom ulike roller de siste årene hatt ansvaret for å utvikle interne beredskapsplaner i egen avdeling. Dette gjør at forskeren regner seg for godt kjent med rollen radiologi har hatt historisk sett i forhold til beredskapsplaner. Derimot har forskeren liten kjennskap til overordnede planer for beredskap knyttet til pandemi eller til beredskapsledelse herunder ledelse av en mobilisert organisasjon. Dette kan ha ført til at forskeren har tatt fatt på oppgavens problemstilling med et mer åpent sinn enn man kanskje ville ha hatt dersom man på forhånd hadde hatt en solid kompetanse innen området. På en annen side kan forskerens manglende kunnskap om emnet føre til at forskeren trekker forhastede slutninger om at også andre bildediagnostiske ledere har manglende kunnskaper om emnet. For å bøte på dette har forskeren forsøkt å ha et bevisst forhold til at ulike funn kan ha andre årsakssammenhenger enn nødvendigvis manglende kompetanse eller kjennskap.

Forskeren har i tillegg til fagkompetanse også bakgrunn som internrevisor i egen klinikk, og kunnskap om ulike revisjonsteknikker. Nordlandssykehuset definerer internrevisjon som *en systematisk, uavhengig og dokumentert prosess for å bekrefte etterlevelse av revisjonskriteriene og utføres på vegne av egen organisasjon*. (PR 19379 Internrevisjon NLSH) Denne kunnskapen har gitt forskeren god kjennskap til systemet for dokumentstyring i Helse Nord, samt kompetanse innen innhenting av dokumenter og granskning av disse med særlig tanke for etterlevelse av lov og forskrift. Dette har antageligvis medført at det er liten risiko for at aktuelle dokumenter skal ha blitt oversett under dokument gjennomgangen selv om dette fullt ut ikke kan utelukkes.

### *3.4 Data innsamling*

Forskeren startet med å gjennomføre en dokumentgjennomgang av lover og forskrifter som omhandlet beredskap knyttet til pandemi gjeldende for helseforetak. Deretter ble det utført søk i Helse Nords styringssystem for dokumenter (Docmap) for å se om man kunne gjenfinne krav i lover og forskrifter i overordnet planverk i helseforetakene. Til sist ble det gjennomført et søk etter planverk for pandemi på alle bildediagnostiske avdelinger/enheter.

Dokumentsøket ble gjennomført 28 mars 2020 og deretter utført på nytt 060420. Dette for å se om det ble publisert planverk fortløpende mens krisen pågikk.

Dokumentgjennomgangen som ble gjennomført forut spørreundersøkelsen viste at det forelå tilnærmet likelydende overordnet planverk for pandemi ved alle helseforetakene. Forskeren valgte derfor å ta utgangspunkt i disse planverkene ved utforming av spørsmålene. Dette for å undersøke om overordnet planverk for håndtering av pandemi var kjent blant ledere innen bildediagnostikk. Spørreskjema inneholdt også spørsmål knyttet til håndtering av pandemi. For å utarbeide disse spørsmålene hentet forskeren eksempler fra egen praksis, men ga informantene mulighet for å supplere med egne erfaringer.

Spørreskjema som ble benyttet ble utformet 31 mars 2020, og sendt ut til alle lederne 02 april 2020. På daværende tidspunkt var det lite smitte i Nord – Norge, og dermed en relativt rolig periode i helseforetakene sammenlignet med de første ukene i mars. Forskeren antok i midlertidig at dette kom til å snu. Basert på dette ble det viktig å få sendt ut spørreskjemaene til lederne så snart som mulig. Spørreundersøkelsen ble bevisst utformet med få og korte spørsmål i håp om at noen ville ta seg tid til å besvare skjemaet i en hektisk hverdag.

I utgangspunktet kunne forskeren ha tenkt seg mer tid på å tenke igjennom utformingen på spørsmålene før invitasjonene ble sendt ut. I tillegg ville forskeren ha benyttet seg av muligheter for innspill, enten via veileder eller «test-personer» før invitasjonene ble sendt ut. På grunn av omstendighetene knyttet til Covid – 19 som er nevnt tidligere valgte forskeren å ikke bruke tid på denne kvalitetssikringen. Dette kan ha medført fare for at de «rette» spørsmålene ikke ble stilt, eller at spørsmålene inneholdt uklare formuleringer. Forskeren valgte også å ikke bruke mye tid på å utforme spørreundersøkelsen. Dette kan også ha medvirket til at spørreskjemaet ble oppfattet av mottakerne som lite aktuelt og interessant, og på den måten kanskje medvirket til dårligere svarprosent.

I oppgaven har forskeren også gjort bruk av egne erfaringer og refleksjoner. For å vise hvilke tiltak forskeren gjorde på egen avdeling er egne tiltak beskrevet i en tidslinje ut fra viktige datoer i samfunnet for øvrig.

### *3.5 Valg av informanter*

Til å begynne med ønsket forskeren å gjennomføre en undersøkelse på avdelingsnivå innen bildediagnostikk, som er det samme nivået forskeren hentet sine erfaringer fra. Etter dokumentgjennomgangen oppdaget forskeren at Bildediagnostikk i Helse Nord er ulikt organisert. For å sikre tilstrekkelig med kildemateriale valgte forskeren å inkludere alle ledere, fra enhetsnivå til avdelingsledernivå uavhengig av størrelse på enheten/avdelinga.

Oversikt over ledere ble funnet i Helse Nord's dokumentstyringssystem, Docmap.

Spørreskjemaet ble også sendt ut til egne enhetsledere. Enheter som ikke inngår direkte i dagens beredskapsordninger (for eksempel Brystdiagnostiske senter) ble også inkludert. Dette fordi forskeren antok at personell fra disse enhetene inngikk i en bemanningsplan for å sikre tilstrekkelig med personell i de enhetene som skal sørge for beredskap.

Totalt ble det sendt ut 21 invitasjoner. Etter at første svarfrist var gått ut mottok forskeren 4 svar. Undersøkelsen ble deretter sendt ut i 2 nye uker, hvorpå man mottok ytterligere 2 svar, totalt 6 svar. Hadde man hatt bedre tid på seg kunne det ha vært interessant å se om lengre svarfrist ville ha gitt en høyere svarprosent.



### 3.6 Validitet, generaliserbarhet og reliabilitet

I følge boka «*Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*» definerer Malterud (2017, s. 23 – 24) validitet som noe som er sant, overførbart og som kan gjenskapes ved behov. Forskeren forstår det dit hen ut fra Malteruds definisjon at studiens validitet som helhet er et uttrykk for alle 3 begrepene; validitet (sannhet), generaliserbarhet (overførbarhet), og reliabilitet (mulighet for å gjenskape resultat). Ut fra denne definisjonen velger forskeren å omtale «*validitet*» som et uttrykk for alle disse aspektene.

Forskeren antar at valg av case – studie som forskningsdesign tilsier at funnene i denne oppgaven kan sees på som øyeblikksbilder på en gitt situasjon, og en fortolkning av funn bør skje ut fra hendelsens kontekst. I så måte bør man kunne trekke slutningen om at oppgaven har stor validitet. Dette begrunnes med at funnene viser en sannhet ut fra konteksten de ble avdekket i. På en annen side fikk forskeren lav svarprosent på spørreskjemaet. Lav svarprosent medfører antageligvis at det foreligger for lite data til å kunne generere noe rundt for eksempel ledernes innsikt i egen og overordnede beredskapsplaner knyttet til pandemi. Som følge av dette er det fristende å trekke konklusjonen om at oppgavens validitet er lav. Samtidig blir resultatet, *eller mangelen på sådan*, av spørreskjemaet et funn som gir et bilde på samtiden. Det man *ikke* finner kan være vel så aktuelt. På bakgrunn av dette kan man muligens slå fast at situasjonen som oppstod de første ukene av mars bar preg av usikkerhet og hektisk aktivitet. Derav kan man kanskje trekke slutningen om at overordnede planer kanskje ikke var så godt implementert ned i de ulike helseforetakene siden man heller ikke fant evidens for dette under dokumentgjennomgangen. I så måte oppleves oppgaven til å være valid.

I forhold til overførbarhet er det igjen valg av forskningsmetodikk som muligens kan legge begrensninger. Som nevnt innledningsvis er nettopp kjernen i en case – studie å studere et kasus som kanskje ikke er så kjent fra før. Man er ikke ute etter den generelle opplevelsen av noe, men søker snarere å finne mer spesifikk kunnskap om for eksempel et tilfelle eller en situasjon. Ut fra dette forstår forskeren det dit hen at oppgaven i egenskap av å være en case – studie har liten grad av overførbarhet. Samtidig kan kunnskapen man erverver ved å studere en case muligens overføres til andre case. Det kan være elementer som kan være gjenkjennbart i andre situasjoner, for eksempel generell krise – ledelse. Ut fra dette kan man trekke slutninger om at elementer i oppgaven kanskje vil kunne overføres til andre studier. Basert på dette antar forskeren at oppgaven har validitet sett mot overførbarhet.

Som nevnt tidligere viser funnene i denne oppgaven et tidsbilde på håndtering av Covid – 19 i et gitt tidsrom. Undersøkelsen foregikk i samtid. Selv om forskeren regner med at en spørreundersøkelse til en viss grad kan reproduseres vil en ny spørreundersøkelse mest sannsynlig være retrospektivt. På bakgrunn av dette antar forskeren at det kan bli utfordrende å skulle gjenskape resultatene. Forskeren antar videre at fortolkningene av funnene antageligvis i liten grad lar seg gjenskape. Fortolkningene gjøres som kjent på bakgrunn av en forforståelse og denne forforståelsen kan endres over tid på bakgrunn av ny kunnskap og erfaring. På en annen side kan det være at det å få situasjonen på avstand vil kunne medvirke til nye refleksjoner og derved ny kunnskap som ikke ble avdekket i første omgang på grunn av nærhet til situasjonen. Basert på dette antar forskeren at oppgaven har en liten grad av validitet sett ut fra reliabilitet – mulighet for å gjenskape resultat.

### ***3.7 Metodekritisk refleksjon***

Som nevnt innledningsvis har forskeren valgt å belyse sin problemstilling ved bruk av case – design. Her kunne man også ha valgt å belyse problemstillingen ut fra et fenomenologisk perspektiv. Ved valg av sistnevnte metodikk ville kanskje ledernes opplevelser knyttet til å skulle utøve ledelse under Covid – 19 kommet bedre frem, og blitt mer nyansert. Samtidig mener forskeren at det for denne oppgaven har vært riktig å velge case - studie som metodikk. Dette på bakgrunn av at helseforetakene ble stilt ovenfor en utfordring som ikke har vært sett i nyere tid før. Forskerens motiver for å skrive oppgaven har vært å skaffe seg kompetanse knyttet til pandemisk beredskap i helseforetak. Basert på dette mener forskeren at valg av metode for denne oppgaven har vært rett.

På grunn av den pågående krisen knyttet til Covid – 19 har det vært utfordrende for forskeren å kunne planlegge innhenting av data på en god måte da forskeren ikke helt visste hvor mye tid vedkommende hadde til rådighet for bruk på oppgaven. Som følge av dette måtte forskeren benytte seg av spørreskjema i stedet for intervju som kanskje ville ha vært å foretrekke. Forskeren antar at det å gjennomføre intervju i tilknytning til case – studie ville ha ført til mer inngående og nyansert informasjon om oppgavens tema. Ved å intervju utvalgte ledere kunne forskeren ha fått detaljert informasjon om opplevde endringer i utøvelse av lederskap knyttet til Covid – 19 som på grunn av tidsmessige årsaker ikke ble adressert i spørreundersøkelsen. Dette ville nok antageligvis tilført oppgaven mer dybde. På den andre

siden innebærer bruk av spørreskjema en større grad av standardisering av svar. Det er heller ikke fare for at intervjuer skal påvirke informantene mens undersøkelsen pågår slik, som det kanskje kan være fare for ved et intervju. (Johannessen, Tufte, Christoffersen, 2016, s. 156) Basert på dette, situasjonen forskeren stod i som igjen førte til begrensninger i tid til rådighet, samt tilgang på mulige informanter, oppleves bruken av spørreskjema som en adekvat metodikk for data – innsamling.

Å gjennomføre en dokumentgjennomgang av lover, forskrift og overordnede retningslinjer viste seg å være nyttig og nødvendig for å skaffe forskeren kunnskap og innsikt. Forskeren opplevde i midlertidig utfordringer knyttet til risiko for at lokalt planverk kan være lagret en annen plass enn i Helse Nords styringssystem, Docmap. Dette kan føre til at forskeren feilaktig trekker slutninger om at det ikke foreligger lokalt planverk.

Bildedagnostikk er i den store sammenhengen et lite fagmiljø som i tillegg er ulikt organisert. For å sikre et godt datagrunnlag valgte forskeren å sende ut spørreskjemaet til alle som stod registrert som leder i et dokument som forskeren fant i Helse Nords styringssystem, Docmap. Det er en stund siden dette dokumentet ble utarbeidet, og på bakgrunn av det må det muligens påberegnes at det har vært utskiftninger i ledelsen ved noen av enhetene. Dette kan ha vært med på å senke svar- prosenten. Forskeren kunne ha brukt andre og muligens mer tidkrevende måter å sikre seg at spørreskjemaet ble sendt til rette personer. Men på bakgrunn av situasjonen knyttet til Covid – 19 valgte forskeren å ta i bruk registreringen som forelå, og dermed akseptere risikoen for at enkelte av de som stod oppført ikke lengre var ledere og dermed valgte å ikke svare ut spørreundersøkelsen.

Da forskeren tok fatt på studiet av beredskap i tilknytning til en pandemi var intensjonen å skaffe seg mer kunnskap om beredskap i tilknytning til pandemi kontra beredskap for andre kriser som for eksempel katastrofer. Forskeren har ikke hatt til hensikt å kartlegge andre ledes kunnskap rundt krisehåndtering. Det er mer nærliggende å tenke seg at oppgavens funn kan bidra til å inspirere andre forskere til å gå videre inn i problemstillingen for å belyse den på en mer grundig måte enn hva denne oppgaven har gjort.

## 4. Empiri

Forskeren vil først gi en beskrivelse av organiseringen av de bildediagnostiske enhetene/avdelingene i Helse Nord for å gi leseren et innblikk i de ulike organisasjonsformene som eksisterer ved de ulike helseforetakene. Deretter vil forskeren presentere funnene etter gjennomgang av aktuelle dokumenter i sammenheng med svar fra spørreundersøkelsen. Til sist vil forskeren presentere en tidslinje hvor tiltak i eget foretak/klinikk/avdeling sees i sammenheng med virusets spredning i Norge.

### *4.1 Presentasjon av bildediagnostikk i Helse Nord*

Lengst sør finner vi Helgelandssykehuset HF. Her finnes det en radiologisk enhet på hver av lokalisationene Mo i Rana, Sandessjøen og Mosjøen. De radiologiske enhetene ledes av avdelingsleder. Ved de andre foretakene benevnes dette ledernivået som enhetsleder.

De radiologiske enhetene er organisert under medisinsk område og har områdesjef som sin nærmeste leder. De tre sykehusene Sandessjøen, Mosjøen og Mo i Rana ledes av enhetsdirektør.

Neste stopp er Nordlandssykehuset HF. Her er de radiologiske enhetene spredt mellom Bodø, Lofoten og Vesterålen. Enhetene ledes av enhetsleder. Enhetene er sammen med Brystdiagnostisk senter og Nukleærmedisinsk enhet, organisert i Bildediagnostisk avdeling. Avdelingen ledes av avdelingsleder. Bildediagnostisk avdeling tilhører Diagnostisk klinikk som ledes av klinikksjef.

Ved UNN er de radiologiske enhetene spredt over 3 lokalisasjoner, Tromsø, Harstad og Narvik. Sammen med brystdiagnostisk senter er enhetene organisert i Bildediagnostisk avdeling og ledet av avdelingsleder. Enhetene ledes av enhetsleder. Nukleærmedisin er plassert i et eget senter. Bildediagnostisk avdeling er en del av Diagnostisk klinikk som ledes av klinikksjef.

Lengst nord finner man Finnmarkssykehuset HF. Finnmarkssykehuset består av Kirkenes, Hammerfest og Alta. Hver lokalisasjon er organisert som klinikk. I de ulike klinikkene er de radiologiske enhetene organisert under avdelingen for medisinsk støttepersonell, men hver klinikk har egen avdelingsleder i tillegg til enhetsleder.

#### **4.2 Resultat etter dokumentgjennomgang med tanke på etterlevelse av rammeverk**

Fylkesting og kommunestyre skal sørge for fastsettelse og oppdatering av beredskapsplanen. For virksomheter som ikke er fylkeskommunale eller kommunale, skal ansvarlig leder sørge for slik fastsettelse og oppdatering. (Forskrift om beredskapsplanlegging, 2001, § 2)

Dette er nærmere konkretisert av Helse Nord (2013, s. 12) i *Regional plan for helsemessig og sosial beredskap*. I denne planen fremgår det at foretakene skal ha egne pandemiplaner, og at disse skal inneholde tiltakskort/sjekklistene i forhold til forberedelser til pandemi. Med dette som bakteppe gjennomførte forskeren et søk i Helse Nord's dokumentstyringssystem, Docmap, for å gjenfinne kravene. Søket ble gjennomført først 280320, deretter kontrollert 060420.

Forskeren fant følgende dokumenter:

PR3257 Beredskapsplan for pandemisk influensa del 1 (Helgelandssykehuset), revidert: 180320

PR49033 Pandemiplan Finnmarkssykehuset HF – overordnet, revidert: 060420

RL1632 Pandemiplan (UNN), første gang utgitt 150320

RL6365 Pandemiplan NLSH HF, revidert: 160320

Man finner overordnede pandemiplaner hos alle 4 helseforetak. Alle dokumentene er av nyere dato, og samtlige er blitt revidert i løpet av mars. De overordnede beredskapsplanene er relativt likelydende og ser ut til å gjenspeile krav i lov og forskrift.

Av de overordnede beredskapsplanene fremgår det at foretakene har ulike måter å organisere sin beredskapsstab på. Begrepene «beredskapsstab» og «krisestab» brukes forskjellig fra foretak til foretak. Noen av foretakene har svært god beskrivelse av de ulike nivåene i intern beredskap og hvem som skal delta i beredskapsstab i tillegg til rapportering mellom nivåene. For noen helseforetak fremkommer det at diagnostisk klinikk/ fagområde er representert i kriseledelsen. For andre foretak står det at diagnostisk klinikk/fagområde deltar ved behov. Hos et av foretakene fremkommer det krav om rapportering fra radiologi til kriseleder via mellomledd. Andre foretak har planer som ikke er like detaljerte.

Funnene etter dokumentgranskningen samsvarer med funnene i forbindelse med spørreundersøkelsen. I spørreundersøkelsen fremkommer det at alle er kjent med at det er opprettet krise – stab i sitt foretak og flertallet svarer at bildediagnostikk på ulike måter er representert i foretakets krise – stab.

Forskeren gjennomførte så et søk etter beredskapsplaner for de radiologiske enhetene/avdelingene for å se om krav eller mål i overordnede planer kunne gjenfinnes her. Dokumentgjennomgangen viser at enheter/avdelinger innen bildediagnostikk i Helse Nord har planverk for håndtering av situasjoner hvor man må være forberedt på å håndtere et høyt antall pasienter over et kortere tidsrom, for eksempel ved katastrofe. Dette ble også bekreftet i spørreundersøkelsen. Samtidig fremkom det i spørreundersøkelsen at ledere oppfattet situasjonen rundt pandemien som «forberedelse til katastrofe» og dermed anså eksisterende planverk som tilstrekkelig for å være beredt også for pandemi. Dette kan forklare den høye scoren på spørsmålet om avdelingen/enheten har planverk for håndtering av pandemi, selv om forskeren ikke fant konkrete lokale planverk for håndtering av pandemi.

### *Tiltakskort*

Helse Nords (2013, s. 12) *Regionale plan for helsemessig og sosial beredskap* sier at foretakene skal utarbeide tiltakskort. Tiltakskort kan forstås som en form for sjekkliste som viser planlagte tiltak for ulike situasjoner, i dette tilfelle pandemi.

Alle foretakene har nevnt bruk av tiltakskort i sin overordnede plan. For noen av foretakene er de respektive tiltakskortene på de ulike klinikkene/avdelingene linket inn i de overordnede planene. Andre har som føring at det skal utarbeides lokale tiltakskort uten at forskeren har klart å gjenfinne disse i dokumentstyringssystemet, Docmap. Dette betyr som nevnt tidligere ikke nødvendigvis at det ikke eksisterer tiltakskort slik som beskrevet. I midlertidig viser spørreundersøkelsen at ikke alle lederne er kjent med tiltakskortene og bruken av disse. Dette støtter opp om manglende funn i dokumentstyringssystemet, Docmap.

Der forskeren har funnet at tiltakskort er utarbeidet ser det ikke ut til at tiltakskortet er tatt i bruk på alle nivåer i organisasjonen.

### ***4.3 Spørreundersøkelsen***

Spørreundersøkelsen som ble sendt ut til alle lederne omhandlet også spørsmål knyttet til opplevd håndtering av pandemien. Ut fra spørreskjemaet ser det ut til at flertallet av lederne mener seg godt forberedt på en pandemi. Spørreundersøkelsen viser at selv om man kanskje tilsynelatende ikke har hatt et planverk for håndtering av pandemi på plass, har lederne likevel iverksatt nødvendige tiltak som for eksempel planlegging av omdisponering av personell, endring av arbeidsplaner, samarbeidsmøter med andre klinikker og opplæring av eget personell. Flertallet av informantene svarte at de deltok i daglige statusmøter med andre ledere, og at de generelt er fornøyd med kommunikasjonen fra overordnet beredskapsledelse.

#### ***4.4 Tiltak i Nordlandssykehuset knyttet til Covid – 19.***

I januar 2020 begynte media for alvor å fatte interesse for viruset som hadde blitt oppdaget i Kina. Viruset som man hittil hadde trodd bare var lokalisert i Kina ble oppdaget i andre land 3. januar. Men fremdeles på trygg avstand. 6. januar var Nordlandssykehuset mer opptatt av å planlegge årets katastrofe øvelse, Katastrofe Nord.

22. januar ble det avholdt et møte mellom Bodø kommune og Nordlandssykehuset. Møtet skjer etter regelmessige intervaller, og har forberedelse til pandemi som tema. Møtet hadde vært flyttet på flere ganger høsten 2019. På møtet 22. januar dukket det opp 2 representanter fra spesialisthelsetjenesten. Andre representanter fra sentrale fagområder innen spesialisthelsetjenesten meldte avbud.

3. februar deltar klinikksjef i diagnostisk klinikk på et møte i beredskapsgruppen i NLSH som avholdes månedlig. Her er Corona – viruset for første gang et tema.

26. februar blir viruset påvist i Norge for første gang. Forskeren i lys av rollen som avdelingsleder starter forberedelser med tanke på at det kan oppstå fravær blant en sårbar yrkesgruppe som ikke nødvendigvis er relatert til sykdom, men til karantene.

2. mars starter Nordlandssykehuset opp med hyppigere møter i beredskapsgruppa hvor klinikksjef fra Diagnostisk klinikk deltar. Tema er Covid – 19. Avdelingsleder får fortløpende informasjon fra klinikksjef. Avdelingsleder får beskjed om å hente frem tiltakskort for bilde for å revidere dette. Tiltakskortet er ukjent for nåværende avdelingsleder da det ble utarbeidet av forrige avdelingsleder. Etter en kjapp gjennomgang legges kortet i styringssystemet slik at alle får tilgang til dette.

5. mars gjennomføres det et nytt planleggingsmøte i forbindelse med katastrofe Nord. Møtet er nå viet til planlegging av en øvelse i forhold til mottak og diagnostisering av pasient med Covid – 19.

6. mars gjennomfører avdelingsleder et avdelingsledermøte for enhetslederne og avdelingsoverlege hvor tiltakskortet gjennomgås i ledergruppa.

Viruset sprer seg med stor hastighet i Sør – Norge. 10. mars oppdages første tilfelle av Covid – 19 som ikke kan relateres til reise.



Samme dag arrangeres det en tverrfaglig øvelse knyttet til mottak og transport/behandling av Covid – 19 i Nordlandssykehuset. Ambulanse, akuttmottak, sengepost og røntgen/lab deltar. Det er en ny og nyttig erfaring for bildediagnostikk. Med bakgrunn i erfaringene fra denne øvelsen utarbeides det en prosedyre som gjelder for hele avdelinga.

11. mars gjennomføres det i henhold til tiltaksplanen et internt møte i avdelinga mellom enhetene for å kartlegge hvilke tjenester som skal opprettholdes, og hva som kan tas ned i avdelinga som ledd i forberedelse til pandemi. Under møtet blir det klart at det foreligger en betydelig større pasientgruppe knyttet til Covid – 19 enn man hadde trodd på forhånd. Det blir også klart at det foreligger en stor risiko for at avdelinga settes ut av spill som følge av for eksempel en uoppdaget smittet pasient.

12. mars erklærer WHO Covid – 19 for pandemi, og Nordlandssykehuset setter krisestab pandemi. Det samme gjør Bilde diagnostisk avdeling og Diagnostisk klinikk. Beredskapsnivået i Helse Nord heves fra grønn til gul.

## 5. Analyse

I denne oppgaven har forskeren sett nærmere på hvor godt forberedt bildediagnostiske avdelinger har vært på håndtering av pandemi som for eksempel Covid -19. For å belyse denne problemstillingen har forskeren gjennomført en case – studie bestående av dokumentgjennomgang og spørreundersøkelse. Forskeren vil koble hovedfunnene etter dokumentgjennomgangen og spørreundersøkelsen opp mot aktuell teori. Forskerens egne opplevelser og refleksjoner vil i stor grad prege analysen. For å kunne se på egne refleksjoner opp mot aktuell teori på en nyansert måte har forskeren omtalt seg selv som tredjeperson gjennom analysen.

I første del av analysen vil forskeren si noe om helseforetakene som beredskapsorganisasjon og ledelse av denne sett i sammenheng med ledelse av en ordinær driftsorganisasjon. Deretter vil forskeren komme inn på to av de mest aktuelle aspektene innen ledelse i den nye hverdagen.

### *5.1 Helseforetakene som beredskapsorganisasjon*

Helseberedskapslovens formål er å verne befolkningens liv og helse samt bidra til at blant annet nødvendig helsehjelp kan tilbys under krig, og ved kriser og katastrofer i fredstid. Loven stadfester at den som har ansvaret for en tjeneste har også ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for den utøvende tjeneste i krig eller kriser og katastrofer i fredstid. (Helseberedskapsloven).

Dette forstår man til å gjelde for helseforetakene. Helseforetakene skal tilby befolkningen i sitt nedslagsfelt blant annet tilgang til en god spesialisthelsetjeneste. Forskeren tolker helseberedskapsloven dit hen at helseforetakene også har ansvar for å sikre de samme tjenestene til befolkningen under en krise som de har i en normalsituasjon. Ut fra denne fortolkningen antar forskeren at helseforetakene må være forberedt på å levere gode tjenester også når katastrofen rammer. Dette opplever forskeren til å samsvare med ansvarsprinsippet som sier at den etaten som har ansvaret for et fagområde /tjenestetilbud i en normalsituasjon har også ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og håndtering av ekstraordinære hendelser. (Helse Nord, 2013, s. 7). Basert på dette forstår forskeren at vedkommende i lys av

rollen som avdelingsleder for en bildediagnostisk avdeling også har ansvaret for å sørge for radiologiske tjenester under en krise.

Lunde (2019, s. 44) definerer ordet krise til å gjelde for hendelser, tilstander og situasjoner av kritisk betydning for et individ, en gruppe, en virksomhet eller et samfunn. Videre sier Lunde (2019, s. 44) at det forventes at virksomhetene er i stand til å håndtere de fleste uønskede hendelser internt i organisasjonen, og at krisene om omfattes av hans definisjon av begrepet er så akutte eller spesielle at organisasjonene ikke evner å håndtere disse selv. Ut fra dette forstår forskeren en pandemi til å være en krise som helseforetakene må være forberedt på å håndtere, og som muligens krever ekstra tiltak utover hva organisasjonene selv er i stand til å iverksette.

I denne sammenheng er det verdt å merke seg at pandemi ikke nødvendigvis er synonymt med et alvorlig forløp og risiko for død. Basert på dette kan man tenke seg at det muligens kan oppstå en pandemi som rammer mange mennesker, men som ikke nødvendigvis vil føre til et alvorlig sykdomsforløp med dertil behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Ut fra dette resonnerer man vil ikke en pandemi nødvendigvis falle inn under Lundes definisjon av krise. Snarere kan man tenke seg at en pandemi med et mildt forløp antageligvis vil falle inn i kategorien uønskede hendelser som virksomheter må påberegne å håndtere i sitt daglige virke i henhold til Lundes beredskapsteorier.

På en annen side vil en pandemi, selv med mildt forløp, kunne få konsekvenser for ulike virksomheter som leverer tjenester som kan defineres som kritisk. Dersom ansatte i et helseforetak skulle bli rammet av sykdom som følge av et pandemisk virus vil likevel antageligvis et betydelig antall ansatte være nødt til å holde seg borte fra jobb. Dette vil kanskje få konsekvenser for tilbudene som helseforetaket normalt ville ha hatt. Reduksjon i tilbud kan medføre risiko for at pasienter ikke får et fullverdig tilbud. Tjenestene kan muligens bli så redusert at også pasienter med alvorlig sykdom rammes. Ut fra dette perspektivet antar forskeren at en pandemi vil oppfylle Lundes definisjon av en krise, og følgelig bør helseforetakene etter pålegg i Helseberedskapsloven iverksette tiltak som sikrer at man er forberedt på å håndtere en slik pandemi.

I 2013 ga Helse Nord ut *Regional plan for helsemessig og sosial beredskap 2013 – 2016*. Planen har til hensikt å gi rammer for at helseforetakene skal kunne utarbeide lokale beredskapsplaner for håndtering av katastrofer og pandemi. (Helse Nord, 2013, s. 6) Forskeren oppfatter Helse Nord's planverk til å samsvare med krav i Helseberedskapsloven som sier at den som har ansvaret for en tjeneste også har ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser. (Helseberedskapsloven)

I forhold til utarbeidelse av beredskapsplaner sier Lunde (2019, s. 61) at man må identifisere virksomhetens ytelsesrammer - hva det skal utarbeides beredskap for. I tillegg må virksomheten identifisere hvilke krav aktuell beredskap skal oppfylle og hvilke ressurser som skal inngå for å oppfylle forventede krav. Dette omtaler Lunde (2019, s. 60) som virksomhetens ytelseskrav. Ytelsesrammer og ytelseskrav utgjør ifølge Lunde (2019, s. 65) en virksomhets beredskapsområde.

Ut fra forskerens forståelse av helseberedskapsloven anser forskeren helseforetakenes ytelsesrammer til å være ivaretagelse av nødvendige spesialisthelsetjenester under ekstraordinære hendelser. Forskeren oppfatter videre at dette er konkretisert i *Regional plan for helsemessig og sosial beredskap 2013 – 2016* (Helse Nord, 2013, s. 15) Innholdet i *Regional plan for helsemessig og sosial beredskap 2013 – 2016* forstås som å være et uttrykk for føringer fra Helse Nord med tanke på helseforetakenes ytelseskrav.

Lunde (2019, s. 62) sier at kvalitative ytelseskrav kan forstås som forventninger til kvaliteten på beredskapen som blir etablert. Ut fra dette forstår forskeren at *Regional plan for helsemessig og sosial beredskap 2013 – 2016* kan tolkes som Helse Nord kvalitative krav til den beredskapen helseforetakene skal ha i forhold til ulike hendelser. Basert på dette antar forskeren at det bør finnes planer for håndtering av pandemi som inneholder mer konkrete krav til beredskapen som skal etableres. Dette forstår forskeren til å samsvare med Lundes (2019, s. 63) omtale av kvantitative krav. Ut fra samsvarsprinsippet som sier at den etaten som har ansvaret for et fagområde/tjenestetilbud i en normal situasjon også har ansvaret under en ekstraordinær hendelse (Helse Nord, 2013, s. 7) antar forskeren at man burde kunne gjenfinne mer konkrete tiltak for håndtering av pandemi innen bildediagnostikk.

Forskeren bemerker at det ikke finnes oppdaterte planer etter at *Regional plan for helsemessig og sosial beredskap 2013 – 2016* ble utarbeidet av Helse Nord i 2013. Dette kan medvirke til at oppdatert kunnskap og nasjonale faglige råd knyttet til for eksempel beredskap og håndtering av pandemi ikke fanges opp av helseforetakene. Et eksempel på dette er oppdaterte nasjonale råd knyttet til pandemiplanlegging, publisert av Helsedirektoratet i 2019.

I denne fremgår det at helseforetakenes planverk for håndtering av pandemi skal inneholde retningslinjer for bruk av laboratorieundersøkelser (herunder radiologi) ved begrenset kapasitet, retningslinjer for hvilke pasienter som skal prioriteres for undersøkelse, planer for økning av kapasitet og avtaler som sikrer tilstrekkelig med ressurser i laboratorietjenesten. (Helsedirektoratet, 2019, pkt.2.4)

Under gjennomgang av helseforetakenes overordnede planverk for håndtering av pandemi fant man at et foretak i Helse Nord hadde inkludert de nasjonale faglige rådene i sin plan. Man kunne i midlertidig ikke gjenfinne planverk for det radiologiske fagområdet hvor de nasjonale føringene var konkretisert.

Ved de tre andre foretakene kunne ikke forskeren se at det forelå referanse til de nasjonale faglige rådene for pandemi i helseforetakenes overordnede planverk.

Dersom *Regional plan for helsemessig og nasjonal beredskap 2013 – 2016* hadde vært oppdatert med tanke på nasjonale faglige råd antar forskeren at dette kanskje ville ha gjenspeilt seg i foretakenes overordnede planverk for pandemi. Videre antar forskeren at dette kanskje ville ha ført til at de nasjonale faglige rådene i større grad ble implementert ned til de radiologiske avdelingene/enhetene. Ut fra egne erfaringer opplevde forskeren i lys av rollen som avdelingsleder uventede utfordringer i tilknytning til Covid – 19. Det skulle vise seg at det forelå en risiko for at behovet for radiologiske undersøkelser innen lungediagnostikk skulle bli større enn forventet. Dette i kombinasjon med opprettelsen av en egen seksjon for mottak og behandling av pasienter med Covid – 19 førte til at avdelingen måtte anskaffe flere transportable røntgenmaskiner. Dette er maskiner som kan trilles dit pasienten befinner seg for å gjennomføre en røntgenundersøkelse av lungene. Normalt brukes maskinene som avdelingen disponerer over flere sengeposter, men siden det forelå en konkret risiko for smitte var det ønskelig at en maskin ble forbeholdt pasienter med påvist smitte. Dette ville ha ført til reduksjon i tilbud til andre pasientgrupper, følgelig ble det behov for å anskaffe en ekstra maskin for å opprettholde dette tilbudet. På grunn av den generelle smittesituasjonen i verden for øvrig viste det seg å være utfordrende å skaffe en ekstra maskin. Dersom nasjonale faglige

råd fra Helsedirektoratet hadde vært et tema i ulike planverk tilknyttet pandemi ville kanskje avdelingsleder foretatt en undersøkelse i andre fagmiljø tidligere for å skaffe seg oversikt over slike mulige behov.

Samtidig var dette et behov som oppstod som følge av foretakets håndtering av Covid – 19. Hver hendelse krever antageligvis spesifikke tiltak, og uten erfaring i tilknytning til håndtering av pandemi opplevde forskeren i lys av rollen som avdelingsleder at det var utfordrende å skulle se for seg de scenarioene som inntraff mars 2020. Forskeren er derfor usikker på om kjennskap til de nasjonale faglige rådene ville ha ført til at man var i forkant med å anskaffe utstyr.

I forhold til fagområdet radiologi fant forskeren under sin dokumentgjennomgang i Helse Nord's dokumentstyringssystem ingen konkrete planer knyttet til pandemi for bildediagnostiske avdelinger. Derimot fant man planverk for håndtering av «massetilstrømning» til sykehusene. Med begrepet «massetilstrømning» forstår man muligheten for at et høyt antall mennesker vil oppsøke spesialisthelsetjenesten samtidig, noe som kan føre til at helseforetakenes kapasitet overstiges. En slik massetilstrømning kan man se eksempler på fra helseforetak i Italia og England under Covid – 19.

Det kan synes som om ledere innen det radiologiske fagmiljøet ser på det å skulle være forberedt på pandemi og andre former for ekstraordinære hendelser som to sider av samme sak. Dette ble til en viss grad bekreftet av spørreundersøkelsen. Svarprosenten på dette spørsmålet var dog så lav at forskeren tenker det er utfordrende å skulle generalisere på bakgrunn av dette. Samtidig må forskeren erkjenne at håndtering av massetilstrømning av pasienter har hatt et stort fokus i egne planer for håndtering av ekstraordinære hendelser. Dette kan skyldes liten bevissthet og erfaring/kjennskap hos ledere rundt de utfordringer som pandemi førte med seg i motsetning til for eksempel en stor ulykke.

Basert på dette antar forskeren at det bør utarbeides lokale planverk som inneholder konkrete krav for håndtering av pandemi ved bildediagnostiske avdelinger på bakgrunn av kvalitative føringer fra overordnet planverk i foretaket og Helse Nord. Dette forstår forskeren til å samsvare med Lundes (2019, s. 64) utsagn om at god beredskap sikres best ved å beskrive overordnede krav og forventninger kvalitativt for så å følge opp med kvantitative spesifiseringer.

*Regional plan for helsemessig og sosial beredskap 2013 – 2016* stadfester at alle helseforetak skal utarbeide egne planer for håndtering av pandemi hvor sammensetningen og rollefordelingen skal være beskrevet ved hjelp av tiltakskort. (Helse Nord, 2013, s. 15)

Dette forstår forskeren til å være i henhold til Lundes (2019, s. 114) teorier som sier at etablering av virksomhetens beredskapsplan skal beskrive hvilke funksjoner og enheter som inngår i en virksomhets beredskapsledelse, og de hierarkiske forholdene mellom dem. Siden tiltakskortene erfaringsmessig inneholder arbeidsoppgaver knyttet til ansvar forstår forskeren tiltakskortene til å korrespondere med Lundes (2019, s. 114) teori som sier at beredskapsplanene skal si noe om arbeidsoppgaver, ansvar og beslutningsmyndighet.

Under dokumentgjennomgangen fant forskeren at alle overordnede planer for pandemi i helseforetakene nevner tiltakskort, og at bruken av disse ser ut til å være i tråd med krav i *Regional plan for helsemessig og sosial beredskap 2013 – 2016*. (Helse Nord, 2013, s. 15)

Forskeren ser i midlertidig at utformingen av tiltakskortene er ulikt praktisert i foretakene. Forskeren fant tiltakskort som spenner fra å være to punkt nevnt i forhold til beredskapsledelsen i planen for det gitte helseforetak, til detaljerte sjekklister for alle klinikker vedlagt i foretakets overordnede plan for pandemi.

Ut fra spørreskjema sendt til alle ledere kan det se ut som om at ikke alle ledere innen radiologi er kjent med bruken av tiltakskort. Ut fra dette er det fristende å dra antakelsen om at bruken av tiltakskort er mindre kjent i de underliggende nivåene helseforetakene. Dette støttes også av funn under dokumentgjennomgangen. Av fem foretak fant man konkrete tiltaksplaner for radiologi ved ett av disse.

På en annen side opplevde forskeren at spørreundersøkelsen ble besvart av et lite antall informanter. Dette kan medvirke til at det blir vanskeligere å generalisere rundt dette funnet. Men siden funn etter dokumentgjennomgangen synes å støtte opp om svar fra spørreundersøkelsen velger likevel forskeren velger å trekke slutningen om at bruken av tiltakskort til en viss grad synes å være mindre implementert ned i underliggende nivå i helseforetakene.

*Regional plan for helsemessig og sosial beredskap 2013 – 2016* slår fast at opplæring i beredskapsarbeid skal være en del av opplæringa for nyansatte (Helse Nord, 2013, s.12), og at håndtering av kriser skal dokumenteres til bruk for læring, evaluering og tilsyn. (Helse Nord, 2013, s. 18) Dette forstår forskeren til å samsvare med Lundes (2019, s. 58) anbefalinger om å evaluere beredskapsplanene.

Det foreligger ulike nettbaserte lærings program innen beredskapsarbeid for alle ansatte innen Helse Nord, men basert på egen erfaring har det vært lite opplæring av særlig ledere knyttet til beredskapsarbeid som for eksempel kontinuitetsplanlegging. Forskeren har deltatt på flere lederprogrammer i eget foretak, og detaljert opplæring innen beredskapsarbeid eller beredskapsledelse for ledere har ikke vært satt opp som eget tema på noen av disse. Forskeren antar at lite fokus på beredskapsarbeid i leder – opplæringa i helseforetakene kan føre til at ledere ikke besitter den nødvendige kompetansen for å kunne fatte gode beslutninger i tilknytning til ekstraordinære hendelser. På en annen side regner forskeren med at det eksisterer en form for kompetanseoverføring mellom ledere på ulike nivå. Med dette menes det at erfaringer i tilknytning til håndtering av ekstraordinære hendelser deles mellom ledere. Samtidig kan dette medføre en fare for at ny nasjonal kunnskap ikke fanges opp. Et eksempel på dette kan man se i tilknytning til forventning om kontinuitetsplanlegging innen håndtering av pandemi.

I den innledende fasen av pandemien opplevde forskeren at det ble stilt krav om kontinuitetsplanlegging på alle nivå i Nordlandssykehuset. Kontinuitetsplanlegging forstår man til å være opprettholdelse av kritiske funksjoner ved høyt personellfravær. (Kontinuitetsplanlegging – pandemisk influensa, DSB, 2009 oppdatert 2020)

Forskeren opplever at det er krav om kontinuitetsplanlegging som skiller beredskap for pandemi mot generell beredskap. Der massetilstrømning synes å være et sentralt begrep innen den generelle beredskapen, opplevde forskeren at planlegging for pandemi inneholdt elementer av massetilstrømning i tillegg til krav om opprettholdelse av tjenestetilbud under massivt fravær av ansatte. Forskeren antar videre at erfaringsbasert kunnskap om håndtering av ekstraordinære hendelser har medført at det foreligger et stort fokus på massetilstrømning i helseforetakenes beredskapsplaner. Manglende kunnskap eller kjennskap hos ledere vedrørende kontinuitetsplanlegging kan være en medvirkende årsak til at ledere ikke ser



«behovet» for egne planer knyttet til pandemi slik det fremkom for noen ledere i spørreundersøkelsen.

## ***5.2 Ledelse av en mobilisert organisasjon***

I tilknytning til håndtering av kriser omtaler Lunde begrepet beredskapsledelse. Han definerer beredskapsledelse til å være ledelse av en mobilisert organisasjon. (Lunde, 2019, s. 26) Dette forstår forskeren til å være ledelse av en organisasjon som har gått fra å være en normal driftsorganisasjon til å bli en beredskapsorganisasjon. I følge Lunde (2019, s. 44) trer en beredskapsorganisasjon i kraft når det foreligger en så omfattende krise at organisasjonen ikke evner å takle denne selv. Videre sier Lunde (2019, s. 24) at dersom det ikke eksisterer en definert beredskapsorganisasjon i tilknytning til virksomheten er det virksomhetsledelsen som er beredskapsledelsen.

Hvis man ser nærmere på definisjonen av begrepet beredskap som sier at *beredskap er planlagte og forberedte tiltak som har til hensikt å håndtere hendelser og redusere konsekvensene av disse* (Rein, 2020) oppleves det av forskeren å være en diskrepans mellom Reins definisjon av beredskap og Lundes (2019, s. 26) definisjon på beredskapsledelse. Dersom man skal ta utgangspunkt i at beredskap er planlegging og forberedelser for å håndtere en hendelse er det fristende å forstå Lundes beredskapsledelse som ledelse for å oppnå disse målene. Med andre ord de tiltak ledere må iverksette i en ordinær driftsorganisasjon for å kunne være forberedt på å håndtere potensielle alvorlige hendelser. Lunde (2019, s. 26) definerer derimot beredskapsledelse til å være ledelse av en organisasjon som allerede er mobilisert. Dette oppfatter forskeren til å være en form for krise-ledelse. Forskeren finner eksempel på dette fra sin egen hverdag. 12. mars besluttet katastrofeledelsen i Nordlandssykehuset at det skulle etableres en pandemi – stab for å håndtere et mulig utbrudd av Covid – 19 i Nordland. Svar fra spørreskjema angir at dette også var tilfellet for andre helseforetak i Helse Nord. Basert på dette konkluderer forskeren med at helseforetakene 12. mars gikk fra å være en normal driftsorganisasjon til å være en beredskapsorganisasjon, nærmere bestemt en organisasjon hvis oppgave var å håndtere et mulig utbrudd av Covid – 19.

*Regional plan for helsemessig og sosial beredskap 2013 – 2016* stadfester at beredskapsledelsen i helseforetakene skal være den samme for alle typer hendelser. (Helse Nord, 2013, s. 15) Dette forstår forskeren til å samsvare med likhetsprinsippet som sier at den organisasjonen som etableres under kriser og krig skal være mest mulig lik den daglige driftsorganisasjonen. (Helse Nord, 2013, s. 7)

Forskeren antar at dette kan skyldes et spørsmål om ressurser og formell organisering. Forskeren tror det vil være de færreste helseforetak som har økonomiske ressurser til å iverksette en egen beredskapsorganisasjon når kriser oppstår. I tillegg antar forskeren at det vil være relativt sjeldent det foreligger behov for å iverksette en slik beredskapsorganisasjon. Basert på dette tenker forskeren at kostnadene knyttet til å ha en egen beredskapsledelse ikke kan forsvares. Samtidig antar forskeren at det er viktig at virksomhetsledelsen i helseforetakene kjenner til de ulike prinsippene innen beredskapsledelse. Videre tenker forskeren at en naturlig måte å sørge for dette er ved å innhente for eksempel rådgivere med kompetanse innen beredskapsledelse. Dette er noe som støttes etter gjennomgangen av helseforetakenes planverk for håndtering av kriser som for eksempel pandemi. De fleste planene beskriver en sammensetning av krisestab som inkluderer personell med særskilt kompetanse innen krisehåndtering.

Med tanke på den formelle organisasjonsstrukturen kan man tenke seg eksistensen av en parallell beredskapsledelse som skal overta ansvaret for en organisasjon ved en krise slik som forskeren antar er tilfelle i for eksempel forsvaret. I helseforetak derimot eksisterer det ingen slik tradisjon for opprettelse av en parallell beredskapsledelse. I tillegg antar forskeren at organisasjoner som for eksempel forsvaret og politiet vil oppleve hyppigere hendelser som vil medføre økt bevissthet og erfaring i forhold til eksistensen av en organisasjon i organisasjonen. Forskeren antar videre at god håndtering av en ekstraordinær hendelse krever at organiseringen under en slik hendelse er mest mulig lik den ordinære driftsorganisasjonen. Involvering av en ny organisasjonsstruktur under en situasjon som kanskje oppleves som kaotisk og uoversiktlig kan medføre at beslutninger kanskje ikke tas på rett tid eller rett sted i organisasjonen. I tillegg kan det eksistere en fare for at det kan oppstå diskrepans mellom en

organisasjons strategiske håndtering og det som faktisk skjer i praksis. Forskeren kan belyse dette nærmere ved et eksempel fra eget foretak.

I Nordlandssykehuset ble det opprettet en egen pandemistab for å håndtere et mulig utbrudd av Covid – 19 i Nordland. Deltakerne i denne staben bestod i stor grad av medlemmer som til daglig deltar i direktørens lederstab som ledes av administrerende direktør. (Adm.Dir). Ledelse av pandemistab ble delegert fra Adm. Dir. til fagsjef. En årsak til dette kan være at Adm. Dir. ikke har medisinsk faglig bakgrunn, og at hendelsen ble vurdert til å kreve slike kunnskaper. En annen årsak kan være at arbeidsbelastningen håndtering av pandemien antageligvis medvirket til at delegering ble nødvendig. Delegeringen førte til at det oppstod så pass mange uklarheter rundt hvem som stod bak tiltakene som ble besluttet at Adm. Dir. så seg nødt til å klargjøre beslutningsstrukturen på et utvidet ledermøte i Nordlandssykehuset. Forskeren tenker at denne situasjonen kanskje kunne ha vært unngått om pandemistaben ble ledet av samme person som innehar denne posisjonen i det daglige virke. Dette forstår forskeren til å samsvare med likhetsprinsippet som sier at den organisasjonen som etableres under kriser og krig skal være mest mulig lik daglig driftsorganisasjon. (Helse Nord, 2013, s, 7)

Strands (2001, s. 421) teorier innen organisasjoner og ledelse sier at de fleste organisasjonene har ledergrupper som fungerer som felles beslutnings – og samrådsorgan. Videre sier Strand (2001, s. 421) at det forekommer overlappende medlemskap i slike beslutningsorgan som kan bidra til å løse opp i vertikale samordningsproblemer. Sett i lys av Jacobsen & Thorsviks (2019, s.72) utsagn om at kompleksiteten i helseforetakene gjør at spesialisering med dertil «silo» tenkning oppstår antar forskeren at beslutningsorgan, som for eksempel pandemistab omtalt ovenfor, kan være med på å sørge for en god krisehåndtering internt i et foretak. Ledergrupper som for eksempel pandemistab kan være med på å sikre god samkjøring mellom fagområdene slik at Nordlandssykehuset kan overholde sine forpliktelser ovenfor pasienter i sitt nedslagsfelt også under en krise. Ut fra forskerens erfaring kan samarbeid mellom flere enheter i en normal driftssituasjon kan by på utfordringer. Basert på denne erfaringen er det nærliggende å anta at gjennomføring av nødvendige prioriteringer mellom fagmiljø og pasientgrupper kan føre med seg et forhøyet konfliktnivå i organisasjonen. Forskeren antar at pandemistab kan fungere som et forum hvor slike utfordringer kan løstes opp, og hvor det fattes en entydig beslutning kan være med på å hindre utviklingen av

gnisninger internt i en organisasjon. Dannelsen av pandemistab som beslutningsforum forstår forskeren til å være i tråd med Strands (2001, s. 421) teori som sier at samarbeid og felles informasjon gir enheter internt i en organisasjon muligheten til å tilpasse seg.

Nærhetsprinsippet sier at ei krise bør håndteres på lavest mulig nivå. (Helse Nord, s. 7) Forskeren forstår dette til å samsvare med desentralisert beslutningsmyndighet. Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 82) sier at desentralisering innebærer å flytte beslutningsmyndighet fra ledernivå til operativt nivå. Lunde (2019, s. 86) sier at selv om en beredskapsorganisasjon bør bygges hierarkisk, er det fremdeles nødvendig at overordnet nivå gir underliggende nivå nødvendig myndighet og frihet til å ivareta egne ansvars og arbeidsoppgaver. Forskeren kan finne eksempel på dette fra egen praksis. Selv om det forelå føringer fra direktør i forhold til i hvor stor grad ordinær drift skulle opprettholdes, fikk klinikkene i Nordlandssykehuset selv ansvaret for sin egen drift. Med andre ord, direktøren anerkjente at krisen fikk forskjellige konsekvenser for de ulike klinikkene og ga de respektive klinikksjefene ansvaret for den interne håndteringen av krisen i klinikken. Dette forstår forskeren til å samsvare med Jacobsen & Thorsviks (2019, s. 82) definisjon på desentralisering. Ved å desentralisere beslutningsmyndighet til klinikksjefene antar forskeren at Adm. Dir. sørget for at krisen ble håndtert av de mest best kjennskap til utfordringer i tilknytning til håndtering av pandemi.

På den andre siden sier Strand (2001, s. 466) at sentraliserte beslutninger tatt av en ledergruppe er lettere å samordne enn om de tas separat. Dette kan forskeren finne eksempel på fra egen praksis. Selv om klinikkene fikk desentralisert beslutningsmyndighet, opplevde forskeren som avdelingsleder at det forelå et behov for en viss sentralisering. Dette for å sikre at enhetene internt i avdelingen medvirket til å opprettholde nødvendige tjenester som avdelingen hadde ansvar for. Dette forstår forskeren til å samsvare med Strand (2001, s. 466) som sier at en sentral ledelse er en fordel i krisetider da sentralisering av beslutningsmyndighet gir et videre perspektiv på hva som foregår i organisasjonen og gir ledelsen bedre posisjon til å ta beslutninger som er til det beste for hele organisasjonen.

Samtidig sier Strand (2001, s. 466) at sentralisering kan føre til overbelastning hos øverste leder og virke motiverende på ansatte som står nær problemene og har kompetanse til å takle disse. Dette forstår forskeren til å samsvare med Lundes beredskapsledelse. Lunde (2019, s. 96) sier at det overordnede nivået må være bevisst på å utvise forsiktighet med detaljstyringen. Forskeren opplevde at spørsmålet om sentralisering/desentralisering ble en krevende balansegang i starten av krisen. Dette begrunnes med at forskeren opplevde at

sentralisering førte med seg forutsigbar praksis som forskeren så at var nødvendig for at avdelingen skulle håndtere Covid – 19 på en god måte. Man opplevde at det kom svært mange føringer fra sentralt hold i Nordlandssykehuset som ga rom for fortolkninger. Dersom forskeren i lys av rollen som avdelingsleder skulle latt hver av de 5 enhetene gjøre fortolkningene av disse føringene selv, ville dette kanskje ha ført til ulik praksis og uklart ansvar i enhetene. Dette forstår forskeren til å samsvare med Jacobsen & Thorsviks (2019, s. 83) teori som sier at sentralisering kan sikre lik praksis, men desentralisering kan medføre ulik håndtering situasjoner som bør håndteres likt i en avdeling.

Samtidig måtte forskeren erkjenne at sentralisering førte med seg en risiko for avdelinga skulle fremstå som lite fleksibel i en situasjon hvor hyppige endringer forekom. Det forelå også en viss risiko for slitasje på lederne, og minkende motivasjon hos fagpersoner som opplevde at de hadde nødvendig kompetanse til å håndtere pandemien som kanskje ikke ble benyttet.

Da Norge stengte ned 12. mars var avdelingsleder i gang med å iverksette tiltak for å forberede Bildediagnostisk avdeling ved Nordlandssykehuset på håndtering av pandemien. Selv om avdelingen ikke hadde konkrete planer for håndtering av pandemiens særskilte utfordringer på plass, hadde man likevel siden begynnelsen av mars diskutert mulige scenarioer og tiltak for å unngå uønskede hendelser som følge av disse scenarioene. Dette forstår forskeren til å samsvare med Lundes (2019, s. 49) teorier innen beredskapsledelse som sier at evnen til proaktivitet er viktig. Lunde (2019, s. 49) definerer proaktivitet som en person eller gruppes evne til å beslutte og handle forsvarlig i nåtid basert på en kvalifisert vurdering av en situasjons fremtidige utvikling. Dette forstår forskeren til å være i tråd med de forberedelser som ble gjort innad i avdelingen og internt i diagnostisk klinikk som Bildediagnostisk avdeling er en del av.

Siden forskeren ikke hadde mulighet til å gjennomføre dybdeintervju med andre ledere innen bildediagnostikk, er det vanskelig å konstatere at proaktivitet var utbredt hos andre helseforetak. Men ut fra spørreundersøkelsen kan det se ut som andre ledere også var i forkant med ulike tiltak før krisen inntraff for fullt 12. mars. På bakgrunn av dette er det fristende å anta at andre ledere også benyttet seg av et proaktivt tenkesett for å håndtere pandemien og dens utfordringer. Som leder på forskjellige nivå har forskeren erfart at evnen til å tenke

strategisk er en viktig leder -egenskap. Basert på dette antar forskeren at evnen til proaktivitet er relativt utbredt blant ledere i Helse Nord.

Lunde (2019, s. 514) hevder videre at det foreligger en tendens til tilbakeholdenhet innen offentlig beredskapsledelse. Videre hevder Lunde (2019, s, 51) at dette skyldes det offentlige organisasjonskultur som sier at beredskap det viser seg å ikke bli bruk for anses som uønsket og uprofesjonell. Forskeren er til en viss grad enige i at det foreligger tendenser til tilbakeholdenhet innen offentlig beredskapsledelse. Men forskeren er uenig i at dette har organisasjonskulturelle årsaker. Forskeren antar basert på egen erfaring at det snarere er hensynet til pasientenes ve og vel som gjør at det foreligger det som kan oppfattes som tilbakeholdenhet. Da Norge stengte ned måtte de ulike fagmiljøene, også radiologi, vurdere risikoen mot å spre smitte i sykehuset mot risikoen for at andre alvorlige syke ikke fikk sin nødvendige behandling. Forskeren opplevde at det å skulle iverksette tiltak som kanskje ville medføre forringelse av et viktig tilbud satt langt inne hos de ulike fagmiljøene.

### ***5.3 Eksempler på ledelsesutfordringer under Covid – 19***

I dette kapittelet vil forskeren gi et lite innblikk i noen av de utfordringene som forskeren i lys av rollen som avdelingsleder opplevde under de første ukene av Covid – 19. Forskeren har tatt utgangspunkt i to antatte viktige områder for ledere; tillit mellom leder og ansatt og kommunikasjon.

På bakgrunn av at ledere virker gjennom andre hevder Strand (2001, s. 420) at ledelse er å betrakte som et relasjonsfenomen. Dette forstår forskeren til å være i tråd med Kirkhaugs verdibaserte ledelse. Kirkhaug (2018, s.80) omtaler lederskap som evnen til å kunne skifte mellom ulike måter å ivareta leder – rollen på. I følge Kirkhaug (2018, s. 95) er tillit et sentralt tema innen ledelse. Videre sier Kirkhaug (2018, s. 96) at tillit er en relasjon som innebærer fravær av frykt for at den andre parten skal opptre opportunistisk eller utnyttende.

Som avdelingsleder for et fagområde som plutselig og kanskje litt uventet befant seg i front – linjen i forhold til risiko for smitte erfarte forskeren at avdelingens medarbeidere var engstelige og usikre. For å skape gode og sikre arbeidsforhold ble det viktig for lederne å vise sine medarbeidere at man stod sammen om å håndtere denne situasjonen som hadde oppstått. Eksempler på dette er enhetslederen som fulgte sin medarbeider inn på isolat og hjalp til med

påkledning av smittevernsutstyr slik at den ansatte skulle slippe å gå på isolatet alene. I tillegg unnlot alle lederne ved Bildediagnostisk avdeling å gjøre bruk av hjemmekontor. Hensikten med dette var å sørge for at lederne var tilgjengelige for sine ansatte dersom det skulle oppstå behov for det.

Forskeren antar at slike eksempler var med på å skape tillit mellom arbeidstaker og leder. Videre forstår forskeren dette til å være det som Kirkhaug (2018, s. 101) omtaler som relasjonell tillit. Kirkhaug omtaler relasjonell tillit til noe som kan oppnås ved at det foreligger en adferd fra leders side som er preget av omtanke for medarbeiderens ve og vel.

Lederne i avdelingen la også ned mye arbeid i å sørge for gode rutiner knyttet til mottak av pasienter med påvist eller mistenkt Covid – 19. Det ble igangsatt opplæring i tilknytning smittevernsutstyr og styrking av vaktlinjene med hjemmevakt. Dette forstår forskeren til å være uttrykk for det som Kirkhaug (2018, s. 98) omtaler som institusjonell tillit – det eksisterer et tillitsforhold mellom den ansatte og organisasjonen.

Forskeren antar at relasjonell tillit er svært viktig når det oppstår hendelser som fremstår som uoversiktlige, sågar risikofylte. Forskeren mener dette samsvarer med Kirkhaugs (2018, s. 99) teori som sier at relasjonell tillit er svært viktig når risikofylte oppgaver skal utføres.

Lederskap er å koble sammen egenskaper, innsikt, bransjekunnskaper og fagkunnskaper som er antatt nødvendig for å utøve ledelse. (Kirkhaug, 2018, s 78). Ledelse er å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og adferd for å oppmuntre til å nå et felles mål. (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 405) Ut fra disse definisjonene erfarte forskeren at det å skulle lede ansatte igjennom de første kritiske ukene av pandemien krevde tillit. Ansatte opplevde den første tiden av pandemien som en tid med mye usikkerhet og frykt, og det ble svært viktig for lederne å utvise adferd som uttrykte omtanke for ansattes ved og vel. Men siden tillit i henhold til Kirkhaugs teorier må bygges over tid måtte lederne bruke den tilliten de hadde ervervet seg frem til tidspunktet krisen brøt ut. Samtidig erfarte forskeren i lys av rollen som avdelingsleder at enkelte ledere vokste med oppgaven og at deres håndtering av den første tiden under pandemien var med på å forsterke ansattes opplevelse av tillit.

Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 269) sier at kommunikasjon er viktig for koordinering av arbeidsoppgaver og funksjoner i en organisasjon. Forskeren erfarte at god kommunikasjon

samt fortolkning av budskap ble svært viktig under håndteringen av Covid – 19. Pandemien førte med seg flere pålegg som skulle implementeres i avdelinga. Påleggene ble i stor grad publisert på sykehusets intranett – side. I løpet av dagene rundt 12. mars ble det fortløpende publisert informasjon her. Etter hvert opplevde man at nettsiden ble svært uoversiktlig. I tillegg dukket det opp muligheter for å fortolke informasjonen ulikt. Forskeren oppfatter dette til å være et uttrykk for Jacobsen & Thorsviks (2019, s. 271) teori om at sender må formulere sitt budskap på en måte som sikrer at mottaker oppfatter budskapet rett. I tillegg sier Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 272) at sender må velge en kanal som mottaker er fortrolig med, og informasjonen må utformes slik at mottaker legger merke til denne.

Et annet eksempel for å illustrere utfordringer knyttet til kommunikasjon var utfordringene knyttet til tilgang og bruk av smittevernsutstyr. Etter hvert som krisen utviklet seg forelå det en reell risiko for at lageret med smittevernsutstyr skulle gå tom. Det ble derfor iverksatt ulike tiltak for å sikre mest mulig hensiktsmessig bruk av smittevernsutstyr. Informasjon om korrekt bruk av smittevernsutstyr ble lagt ut på helseforetakets intranett sider av seksjonen for smittevern ved Nordlandssykehuset. Tilbakemeldingene som kom fra ansatte gjorde det klart for avdelingsleder at budskapet fra Seksjon for smittevern ikke ble oppfattet like tydelig av alle. Dette forstår forskeren til å kunne relateres til Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 271) som sier at sender av et budskap må sørge for at mottaker oppfatter budskapet riktig. Videre sier Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 278) at mottaker fortolker budskapet på bakgrunn av utdanning og erfaring og at sender må ta høyde for dette.

Forskeren antar at Jacobsen & Thorsviks overnevnte teori kan være med på å forklare hvorfor ansatte ved Bildediagnostisk avdeling ikke oppfattet informasjonen på intranett tilstrekkelig. En grunn kan være at formuleringen fra Seksjon for smittevern rettet seg mot sykepleiere som profesjon. Radiografer og radiologer er kanskje mindre fortrolig med bruk av smittevernsutstyr da disse yrkesgruppene er sjeldnere i kontakt med pasientgrupper som krever så inngående tiltak som det pasienter med Covid – 19 gjorde. Basert på dette skulle kanskje Seksjon for smittevern sørget for formuleringer som tok høyde for ulik profesjonsbakgrunn og dertil kunnskap knyttet til fortolkning av budskapet.

På en annen side kan man anta at erfaringene knyttet til denne informasjonen ble symptomatisk på situasjonen som oppstod. Situasjonen i mars krevde mye informasjon på kort tid noe som også kan ha medvirket til at ansatte opplevde informasjonen de fikk som uklar.



Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 273) sier at kommunikasjon kan foregå gjennom nettverk. Et eksempel fra egen praksis på dette er opprettelsen av en facebook – gruppe for radiografer ved helseforetakene og private institutt i Norge. Nettverket fungerte som en arena for å utveksle erfaring i tilknytning til håndtering av Covid - 19. Særlig viktig syntes nettverket å være for radiografer i Helse Nord som kunne dra veksler og lære av Bildediagnostiske avdelinger/enheter i Sør – Norge som på dette tidspunktet hadde mye erfaring med Covid – 19. Samtidig erfarte forskeren i rollen som avdelingsleder at nettverket ikke utelukkende ble en ressurs. Deltakelse i nettverket førte til at ansatte forfektet annen informasjon enn for eksempel de retningslinjer som ble fremsatt av Seksjon for smittevern. Dette forstår forskeren til å korrespondere med Jacobsen & Thorsviks teorier om nettverk. Jacobsen & Thorsvik (2019, s. 276) sier at deltakelse i ulike nettverk og bruk av sosiale media kan bidra til at hierarkisk posisjon og ekspertkunnskap i en organisasjon utfordres da ansatte gjennom deltakelse i ulike nettverk kan skaffe seg et bedre informasjonsgrunnlag for å vurdere budskapet fra sender.

#### **5.4 Oppsummering**

I analysen av funn etter dokumentgjennomgang og svar fra spørreundersøkelsen har forskeren brukt egne erfaringer og refleksjoner samt teori knyttet til beredskapsledelse, organisasjonsstruktur, kommunikasjon og tillitsbasert ledelse. Siden en stor del av analysen gjenspeiler de erfaringer og refleksjoner forskeren gjorde i lys av rollen som avdelingsleder, har det vært viktig å gjøre bruk av benevnelsen «forsker» for å skape en mulighet til å kunne betrakte egne erfaringer og refleksjoner på en så objektiv måte som mulig.

Videre har forskeren forsøkt å sette teori og funn i kontekst mot lov og forskrift, nasjonale faglige råd og overordnede føringer fra Helse Nord.

Funnene i oppgaven tilkjenner at helseforetakene har beskrevet sin beredskapsorganisasjon i form av overordnede planverk i tilknytning til pandemi. Men funnene viser også at det ikke er utarbeidet detaljert planverk for håndtering av pandemi for de Bildediagnostiske enhetene/avdelingene. Funnene viser derimot enheter/avdelinger innen bildediagnostikk har

planverk som tilsier at massetilstrømning til avdelingen vil gjelde både for katastrofe og pandemi. Dette har forskeren forsøkt problematisert i sin analyse.

Basert på egne opplevelser og observasjoner erfarte forskeren at tillit og kommunikasjon ble svært viktig i den nye hverdagen. Forskeren har presentert eksempler innen viktigheten av kommunikasjon og tillit, og drøftet disse opp mot aktuell teori.

## 6. Konklusjon

Denne studien har sett nærmere på beredskap i tilknytning til pandemi for bildediagnostikk i Helse Nord.

For å finne svar på problemstillingen: «*Hvor godt forberedt er bildediagnostiske avdelinger på pandemi, for eksempel Covid – 19*» operasjonaliserte man følgende forskningsspørsmål:

- Har bildediagnostiske enheter/avdelinger planverk for håndtering av pandemi?
- Gjenspeiler planverket lovpålagte krav og nasjonale faglige råd?
- Hvilke spesielle utfordringer innen ledelse førte den «nye» hverdagen i tilknytning til Covid – 19 med seg?

For å belyse problemstillingen gjennomførte forskeren en case – studie som involverte alle enhetene innen bildediagnostikk i Helse Nord. Forskeren benyttet seg av gjennomgang av aktuelle dokumenter i tillegg spørreskjema.

Dokumentgjennomgangen viser at det foreligger overordnet planverk for håndtering av pandemi hos alle helseforetakene i Helse Nord, og at disse videre var konkretisert i planer hos de bildediagnostiske avdelingene/enhetene i forhold til håndtering av massetilstrømning.

Dokumentgjennomgangen viser også at føringer fra Helse Nord i forhold til håndtering av pandemi ikke gjenspeiler nasjonale faglige råd i tilknytning til pandemi. Følgelig er ikke disse nasjonale faglige rådene tilsynelatende godt kjent i helseforetakene.

Et annet moment som forskerens spørreundersøkelse avdekket var at flere av lederne innen bildediagnostikk som deltok i spørreundersøkelsen oppga at de hadde planverk for pandemi på plass med henvisning til planer for massetilstrømning. Basert på dette og egne erfaringer antar forskeren at det tilsynelatende eksisterer en beredskapsnorm innen det radiologiske fagmiljøet som tilsier at man skal være forberedt på massetilstrømning uavhengig av om massetilstrømningen skyldes ulykke eller pandemi. Basert på kunnskap og erfaring som forskeren har ervervet seg både gjennom utarbeidelsen av denne oppgaven, men også håndtering av pandemien i sin egen avdeling, tilsier at det foreligger forskjeller i håndtering av pandemi kontra annen katastrofe. På bakgrunn av dette er det forskerens anbefaling om at overordnet planverk i regi av Helse Nord bør revideres slik at den inneholder oppdaterte føringer fra Helsedirektoratet. I tillegg bør fagmiljøene i helseforetakene, representert ved

radiologi, oppdatere sitt planverk for håndtering av pandemi basert på erfaringsbasert kunnskap og nasjonale faglige anbefalinger.

Til sist bør beredskapsledelse være et element innen all leder – opplæring på lik linje med opplæring i andre aspekter ved helse, miljø& sikkerhet.

Pandemien endret tilsynelatende også hvordan ledere utøver sitt lederskap. Egenskaper som evner å inngi tillit vil antageligvis vil være de foretrukne lederegenskaper fremover. Det er nærliggende å anta at det kan ligge mye kunnskap knyttet til ledelse i den nye hverdagen ved å gjennomføre studier på hvordan ansatte og leder opplever sin nye hverdag som i skrivende stund ser ut til å vare en tid fremover.

## Litteraturliste

Braut, G.S (2020) Pandemi, *I store norske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/beredskap>

(Hentet 04/04/20)

Forskrift om krav til beredskapsplanlegging. Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap

Helseberedskapsloven. Lov om helsemessig og sosial beredskap

Helsedirektoratet (2019) *Pandemiplanlegging*. Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/> (Hentet 30. mars 2020)

Helse Nord, (2013) *Regional plan for helsemessig og sosial beredskap 2013 – 2016*. Bodø: Helse Nord RHF

Jacobsen, D.I & Thorsvik, J. (2019) *Hvordan organisasjoner fungerer*. 5. utgave/2. opplag. Bergen: Fagbokforlaget

Johannessen, A. Tufte, P.A. Christoffersen, L. (2016) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 5 utgave/3. opplag. Oslo: Abstrakt.

Kirkhaug, R. (2018) *Verdibasert ledelse*. Oslo: Universitetsforlaget

Lunde, I.k (2019) *Praktisk krise og beredskapsledelse*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4 utgave/2. opplag. Oslo: Universitetsforlaget.

Meld. St. 10 (2016 – 2017) Risiko i et trygt samfunn – Samfunnssikkerhet

NTB, *4 måneder med Koronavirus – her er tidslinja* (2020) Tilgjengelig fra: <https://www.rbnett.no/nyheter/2020/03/23/Fire-m%C3%A5neder-med-koronavirus-her-er-tidslinja-21417425.ece> (Hentet 300320)

Rein, T (2020) Beredskap, *I Store Norske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/beredskap> (Hentet: 040420)

Strand, T. (2001) *Ledelse, organisasjon og kultur*. 2 utgave/4. opplag. Bergen: Fagbokforlaget