



UiT Norges arktiske universitet

Institutt for teknologi og sikkerhet

Organisatorisk resiliens i ambulansetjenesten

En casestudie om hvordan risikostyring kan påvirke organisatorisk resiliens

Erlend With Hunstad

Masteroppgave i samfunnssikkerhet SVF-3920 | Desember 2020 | antall ord: 23 200

Forord

Etter fem år på Universitetet i Tromsø markeres avslutningen av studiet med denne masteroppgaven. Det har vært utfordrende å gjennomføre skriveprosessen, men samtidig har den vært lærerik og gitt en god mestringsfølelse.

Jeg vil takke mine informanter som har stilt opp til intervju midt under en krevende pandemi. Uten dere hadde det ikke vært mulig å gjennomføre denne studien, og jeg håper dere kan se nytten i det studien har avdekket. Videre så ønsker jeg å takke mine veiledere og spesielt Maria Sydnes ved Institutt for teknologi og sikkerhet. Dine tilbakemeldinger har vært helt avgjørende for at jeg kunne komme i mål oppgaven. I tillegg vil jeg takke mine medstudenter, venner og familie for god støtte gjennom hele utdanningsløpet, tusen takk.

Bardufoss, 6. desember 2020

Erlend With Hunstad

Sammendrag

Dagens samfunn stiller store krav til organisasjoner og deres risikohåndtering. Med en økende grad av globalisering i verdenssamfunnet og med større usikkerhet, blir det stadig mer utfordrende å håndtere uønskede hendelser. Risikostyring og organisatorisk resiliens er derfor viktig for en organisasjon å kunne beherske og utvise for å unngå at uønskede hendelser fører til tap av liv, økonomi, materiell, natur og miljø. Særlig viktig er det å beskytte liv og helse blant arbeidstakere, og de meste utsatte gruppene innenfor arbeidslivet er helsearbeidere og særlig ambulansespersonellet. Videre så er det også et behov for mer forskning på sammenhengene mellom risikostyring og organisatorisk resiliens. Dette danner bakgrunn for studien, og studiens analytiske rammeverk består av risikostyringsteori og teori om organisatorisk resiliens av Karl E. Weick og Kathleen M. Sutcliffe. Studiens problemstilling er:

Hvordan kan risikostyring påvirke organisatorisk resiliens i ambulanseavdelingen ved UNN Helseforetak?

Studiens empiri består av intervjudata fra informanter i ambulanseavdelingen ved UNN Helseforetak, samt dokumentanalyse av et risikostyringsdokument fra avdelingen. Studien har avdekket at det fra risikostyringsprosessen er aktivitetene kommunikasjon, overvåking, risikohåndtering, registrering og risikovurdering som underbygger prinsippene for organisatorisk resiliens. Funnen fra studien er også i tråd med annen forskning som beskriver at organisatorisk resiliens er bygget på god risikovurdering og -håndtering, samt overvåking og kommunikasjon om risiko.

Innholdsfortegnelse

Forord	ii
Sammendrag	iii
1 Innledning	1
1.1 Introduksjon av ambulanseavdelingen ved UNN HF.....	2
1.2 Tidligere forskning.....	4
1.3 Forskningsformål.....	6
2 Teori	7
2.1 Konseptet om organisatorisk resiliens.....	7
2.2 De fem prinsippene for organisatorisk resiliens.....	7
Fokus på svikt og feilhandlinger.....	8
Motvilje mot forenkling.....	8
Operasjonssensitivitet.....	9
Forpliktelse til resiliens.....	10
Respekt for kompetanse.....	10
2.2.1 Risikostyring og organisatorisk resiliens.....	11
2.3 Risikostyring.....	11
2.2.2 Risikovurdering.....	13
2.2.3 Risikohåndtering.....	15
2.2.4 Kommunikasjon og konsultasjon.....	16
2.2.5 Overvåking og gjennomgang.....	16
2.2.6 Registrering og rapportering.....	17
3 Metode	17
3.1 Forskningsstrategi.....	17
3.2 Datainnsamling og utvalg.....	18
3.3 Analyse av data.....	21
3.4 Reliabilitet.....	21
3.5 Validitet.....	22
3.6 Etiske vurderinger.....	23
4 Empiri	24
4.1 Forarbeid og risikoidentifikasjon.....	24

4.2	<i>Risikoanalyse og risikoevaluering</i>	26
4.3	<i>Risikohåndtering</i>	28
4.4	<i>Kommunikasjon, overvåking og rapportering</i>	32
5	Diskusjon	37
5.1	<i>FS 1: «Hvordan gjennomføres risikostyringen i ambulanseavdelingen?»</i>	37
5.1.1	Forarbeidet i risikostyringsprosessen	37
5.1.2	Risikoidentifikasjon.....	38
5.1.3	Risikoanalyse og risikoevaluering	38
5.1.4	Risikohåndtering	40
5.1.5	Kommunikasjon, overvåking og rapportering	42
5.1.6	Oppsummering av forskningsspørsmål 1.....	44
5.2	<i>FS 2: «Hvordan kan risikostyring underbygge de forskjellige kapabilitetene for organisatorisk resiliens?»</i>	45
5.2.1	Fokus på svikt og feilhandlinger	45
5.2.2	Motvilje mot forenkling.....	46
5.2.3	Operasjonssensitivitet	48
5.2.4	Forpliktelse til resiliens.....	49
5.2.5	Respekt for kompetanse	50
5.2.6	Oppsummering av forskningsspørsmål 2.....	51
6	Konklusjon	54
6.1	<i>Videre forskning</i>	55
7	Referanseliste	56
8	Vedlegg A: Intervjuguide	60

1 Innledning

Organisasjoner må i dag manøvrere seg gjennom et stadig mer komplekst og tett koblet samfunn, hvor økende usikkerhet gjør det stadig mer utfordrende å forutse uønskede hendelser (Weick & Sutcliffe, 2007). Økende krav fra myndigheter, kunder og befolkning kombinert med mer avansert teknologi, klimaendringer og større politisk usikkerhet fører til at organisasjoner står overfor et bredere spekter av risiko (NOU 2000:24, 2000; Van Der Vegt, Essens, Wahlström & George, 2015). Den globale hendelsen med utbruddet av Covid-19 pandemien som oppsto under denne studien, er et godt eksempel på nettopp dette. I dag stilles det derfor større krav til organisasjoners risikohåndtering. Det er særlig et behov for å utvikle evnen til å kunne tilpasse seg en stadig større usikkerhet fra både interne og eksterne forhold (King, Newman & Luthans, 2016). *Organisatorisk resiliens* er derfor i dag en høyst aktuell strategi for å håndtere disse utfordringene (King et al., 2016). En mer resilient tilnærming kan føre til at organisasjoner på en bedre måte kan håndtere både kjente og ukjente risikoer (Aven, 2019). Håndtering av risiko vil være viktig for organisasjoner for å hindre tap og skade av materiell, økonomi, miljø samt liv og helse. Ut av disse kategoriene vil det være særskilt viktig å beskytte liv og helse, og i dag har organisasjoner et særlig viktig samfunnsansvar med å ivareta arbeidsstokken i Norge gjennom å tilrettelegge for en trygg og sikker arbeidsplass (Internkontrollforskriften, 1997).

Ut av dagens yrkesgrupper er ansatte i helse- og sosialsektoren blant de mest risikoutsatte arbeidstakerne i Norge (Arbeidstilsynet, 2020). Pr. 1. mars 2019 var det ansatt over 520 000 helse- og sosialarbeidere (Statistisk sentralbyrå, 2020), og i 2018 var sektoren den nest største offentlige utgiftsposten i norsk arbeidsliv (Statistisk sentralbyrå, 2019). Ansatte i helse- og sosialsektoren har blant annet et særlig høyt sykefravær (Arbeidstilsynet, 2020). Arbeidstilsynet har på bakgrunn av dette iverksatt en nasjonal satsing for å styrke helse- miljø- og sikkerhetsarbeidet i sektoren (Arbeidstilsynet, 2020). Et av de prioriterte områdene innenfor statstingen er ambulansetjenesten. Dette er med bakgrunn i at helseproblemer forekommer hyppigere her enn hva det gjør i den øvrige yrkesaktive befolkningen. Ambulansearbeidere er mer eksponert for alvorlige skader og dødsfall under tjeneste, og det er særlig utfordringer knyttet til tunge løft, belastende arbeidstidsordninger, smittefare, stress samt vold og trusler (Arbeidstilsynet, 2020). I tillegg vil du som ambulansearbeider måtte operere under til dels krevende vær- og føreforhold både i travle bymiljøer, men også ute på lengre distriktsoppdrag

hvor hjelp og støtte kan være langt unna. Dette stiller derfor store krav til ambulansearbeideren og tjenesten kan anses for å være risikoutsatt (Arbeidstilsynet, 2018).

Ambulansetjenesten er i dag en nødetat som utgjør en kritisk del av samfunnssikkerheten (DSB, 2016). Befolkningens liv og helse vil være avhengig av at vi har en velfungerende ambulansetjeneste. I tillegg vil det være samfunnsøkonomisk hensiktsmessig å holde sykemeldingsprosenten lav, samt å beholde de ansatte i aktiv tjeneste lengst mulig da de besitter viktig kompetanse som tar tid og ressurser å utvikle. Det er derfor hensiktsmessig å legge til rette for en trygg og sikker arbeidsplass. Dette kan gjøres gjennom god risikostyring i organisasjonen (Nasjonal Sikkerhetsmyndighet, 2019). Risikostyring vil sørge for at organisasjonen blant annet kan identifisere risiko og etablere sikkerhetstiltak (Aven, Røed & Wiencke, 2010). Samtidig vil det ikke være alle risikoer man kan forutse eller forberede seg på, også i ambulansesyret. Derimot kan en organisasjon videreutvikle sin strategi for risikohåndtering for å kunne bygge mer resiliens (Aven, 2019).

Med dagens situasjon i ambulansetjenesten (Arbeidstilsynet, 2018) mener jeg den fyller kriteriene for å være en organisasjon som er tjent med å kunne utvikle seg til å bli mer resilient. Denne oppgaven har derfor som formål å bidra til kunnskap vedrørende organisatorisk resiliens for ambulansetjenesten i Norge. Med utgangspunkt i organisasjonens risikostyring skal oppgaven undersøke hvordan dette kan underbygge organisatorisk resiliens i ambulanseavdelingen ved UNN Helseforetak (HF).

1.1 Introduksjon av ambulanseavdelingen ved UNN HF

Organisasjonen som er gjenstand for studie i denne oppgaven er ambulanseavdelingen ved UNN HF, som er en del av Helse Nord. Ambulanseavdelingen er organisert under akuttmedisinsk klinikk ved UNN HF som har ansvaret for de prehospitale tjenestene (UNN, 2020a). De prehospitale tjenestene omfatter også AMK Tromsø, luftambulansetjenesten, akuttmottaket og observasjonstjenesten i Tromsø, akuttmedisinsk kontortjeneste og Longyearbyen sykehus. Som del av oppgavens avgrensning vil ambulanseavdelingen være definert som en egen organisasjon og studien er videre avgrenset til å omfatte ambulansestasjonene innenfor ansvarsområdet til UNN.

Ambulanseavdelingen består av 7 seksjoner med totalt 31 ambulansestasjoner. Disse er fordelt i ansvarsområdet slik det fremgår i figur 1. Innenfor de forskjellige seksjonene er det varierende vaktordninger. Noen seksjoner har fullt oppsatt døgntkontinuerlig bemanning og vakt, mens

andre seksjoner har timebasert tilstedevakt kombinert med hjemmevaktordning (UNN, 2019). I figuren under er det en enkel oversikt over de ulike seksjonene med tilhørende forskjellige ambulansestasjoner.

Seksjon	Lokalisering
1	Kvænangen, Kåfjord, Nordreisa og Skjervøy
2	Lyngseidet, Meistervik, Nordkjosbotn, Storfjord og Sør-Lenangen
3	Andselv, Bardu, Rundhaug og Salangen
4	Dyrøy, Lenvik, Torsken, Berg og Tranøy
5	Hansnes, Tromsø og Vannvåg
6	Ballangen, Bjerkvik, Gratangen, Narvik og Tysfjord
7	Bjarkøy (ambulansesebåt), Harstad, Ibestad, Lødingen og Skånland (ETS)

Figur 1 Fordeling av ambulansestasjoner (UNN, 2019).

Ansvarsområdet til ambulanseavdelingen strekker seg over 52 mil i luftlinje fra Tysfjord kommune i sør og til Kvænangen kommune i nord (UNN, 2020b). Innenfor dette området er det bosatt rundt 194 000 innbyggere (UNN, 2017). For å håndtere oppdragsmengden har organisasjonen 46 ambulanserbiler, fire ambulansesebåter og fem helsetransportbiler tilgjengelig (UNN, 2020b). Videre består avdelingen av rundt 400 ansatte medregnet de i fast stilling, lærlinger og vikarer. Ut av disse er det 270 ansatte som jobber turnustjeneste.

Den årlige arbeidsmengden for ambulanseavdelingen kan beskrives med nøkkeltall tilgjengelige fra 2017 som viser til 31 000 gjennomførte oppdrag (UNN, 2019). Oppdragene resulterte i at det ble kjørt 2 088 596 km med et gjennomsnitt på 67 km for hvert oppdrag. Ambulansesebåtene tilbakela over 32 000 kilometer fordelt på 651 oppdrag (ibid). Ut av oppdragene i 2017 var rundt 30% akuttoppdrag, 36% hasteoppdrag og 34% vanlige oppdrag (ibid).

De forskjellige ambulansestasjonene har ulike avstander til sykehusene i ansvarsområdet. Ambulansestasjonen i Kvænangen kommune har eksempelvis en kjørevei på litt over 300 kilometer til sykehuset i Tromsø, mens stasjonen i Tysfjord kommune har rundt 100 kilometer med reisevei til Narvik sykehus (UNN, 2020b). Videre så er det varierte demografiske forhold i ansvarsområdet hvor ambulansestasjonene gjennomfører oppdrag både i by og mindre tettsteder ved kysten og på innlandet. Ambulanseavdelingen til UNN HF har dermed en rekke utfordringer både med hensyn til avstander og varierende vær og føreforhold. Dette stiller store krav til at organisasjonen kan utøve god risikostyring og at de i fremste linje kan utføre jobben sin innenfor forsvarlige rammer.

1.2 Tidligere forskning

Resiliens er et begrep som har fått et stort fotfeste innenfor samfunnssikkerhetsfeltet og det er i dag en stor mengde med vitenskapelig litteratur som omhandler temaet. Begrepet resiliens er opprinnelig latinsk og direkte oversatt er betydningen «å sprette tilbake», eller «bounce back» (Stavland & Bruvoll, 2019). I dag benyttes ofte resiliens for å beskrive sammenhengen mellom begreper som blant annet robusthet, fleksibilitet, tilpasningsevne og feiltoleranse (Hosseini, Barker & Ramirez-Marquez, 2016; NAS, 2012).

Resiliens som konsept har vokst frem av flere årsaker. Økende kompleksitet og gjensidig avhengigheter mellom sosiale systemer og institusjoner som står overfor økende usikkerhet i dagens globale samfunn danner behov for stadig mer sofistikerte risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS). Men ingen ROS-analyse kan forutse alle hendelser som kan oppstå (Aven, 2019). Det er derfor blitt mer tydelig og akseptert at man ikke kan oppnå en total beskyttelse, og det er blitt et økt fokus på resiliens (Linkov et al., 2014). Resiliens skal ikke erstatte tradisjonelle metoder for risikohåndtering, men det kan være et supplement ved at man nå i større grad ønsker å håndtere usikkerheten for at ukjente og nye hendelser kan oppstå (Aven, 2019). Dette innebærer eksempelvis et økt fokus på å planlegge og forbedre evnen til å kunne absorbere, gjenopprette og tilpasse seg overfor en uønsket hendelse som oppstår (NAS, 2012, s. 2). I dag har eksempelvis internasjonale institusjoner som EU og FN inkorporert resiliens som en sentral del av deres risikohåndteringsstrategi (EU, 2017; UNDRR, 2020).

Et av feltene hvor resiliens først ble omtalt var innenfor material- og systemteknologi (Stavland & Bruvoll, 2019). Fra dette feltet kan resiliens defineres som den evnen et system har til å gjenopprette seg selv til sin opprinnelige tilstand etter at en ytre påkjenning eller hendelse har forstyrret dens evne til normal drift (Hosseini et al., 2016). I dag er det derimot mange ulike definisjoner og konsepter av resiliens. En litteraturstudie viser eksempelvis til et funn på over 300 definisjoner av resiliens (Woltjer, 2015, s. 26). En av årsakene til de mange ulike definisjonene er at begrepet har utviklet seg innenfor en rekke ulike områder (Stavland & Bruvoll, 2019). Dette er eksempelvis innenfor fagfelt som økologi og miljø (Falk, Watts & Thode, 2019), teknologi (Woods, 2015), sikkerhetsvitenskap (Steen & Aven, 2011), kritisk infrastruktur (Labaka, Hernantes & Sarriegi, 2016), krisehåndtering (Williams, Gruber, Sutcliffe, Shepherd & Zhao, 2017), samfunnsforskning (Berkes & Ross, 2013) psykologi (Fletcher & Sarkar, 2013) og økonomi (Rose & Krausmann, 2013). Et annet fagfelt hvor resiliens har blitt et viktig begrep er i forbindelse med risiko- og sikkerhetsstyring i

organisasjoner (Aven, 2017; Kantur & İşeri-Say, 2012). Konseptet omtales ofte også som resiliens i organisasjoner eller organisatorisk resiliens.

Organisatorisk resiliens er i dag å anse som en viktig og sentral strategi for å håndtere risiko (Renn, 2017, s. 187). Samtidig er det viktig å poengtere at selv om vår forståelse for organisatorisk resiliens har utviklet seg de siste årene, så er det ingen generell akseptert definisjon av konseptet eller et felles analytisk rammeverk (Boin, Comfort & Demchak, 2010; Hollnagel, Woods & Leveson, 2006; Weick & Sutcliffe, 2007). I tillegg diskuteres det for at resiliens er et komplekst begrep som vil kreve at man ser flere av fagfeltene i sammenheng med hverandre (Bara & Brönnimann, 2011, s. 33). Organisatorisk resiliens vil ofte måtte ses i sammenheng med en rekke andre fagfelt da en organisasjon består av både myke og harde elementer som spiller inn (Prior, 2015, s. 4). Dette er derfor ytterligere med på å utfordre operasjonaliseringen av resiliens.

Det er i dag ikke er en klar teoretisk forankring for hvordan man kan analysere organisatorisk resiliens i praksis (Duchek, 2019). Derimot finnes det flere forskjellige tilnærminger for å måle organisatorisk resiliens. Fra Denyer (2017) tilbys et rammeverk for hvordan bedrifter i næringslivet kan oppnå organisatorisk resiliens. Weick og Sutcliffe (2007) har utviklet et rammeverk basert på studier gjennomført på høypålitelighetsorganisasjoner. Forfatterne har med utgangspunkt i studiene utledet fem prinsipper for hvordan en organisasjon kan utvikle resiliens. Duchek (2019) har på bakgrunn av prosessbaserte studier etablert et rammeverk som foreslår organisatorisk resiliens som en tre-steps-modell med tilhørende underliggende organisatoriske kapabiliteter. Aleksić, Stefanović, Arsovski og Tadić (2013) har derimot gjennom en matematisk tilnærming foreslått faktorer som kan benyttes i å vurdere og evaluere organisatorisk resiliens. De ulike rammeverkene viser og dermed hva de ulike definisjonene av resiliens fører til i praksis ved at det foreslås ulike konsepter for hva som kjennetegner resiliens (Pettersen & Schulman, 2019).

Til tross for den økende akademiske interessen i å utvikle den teoretiske forankringen for organisatorisk resiliens, så er det et behov for mer empirisk forskning for å kunne verifisere rammeverkene som tilbys i dag (Duchek, 2019). Manglende empirisk forskning er og en sentral årsak til at det fortsatt forblir uklart hvordan resiliens kan utvikles i organisasjoner (Boin & van Eeten, 2013; Duit, 2016; King et al., 2016; Vogus & Sutcliffe, 2007). Den nåværende empiriske forskningen preges og i stor grad av å være utfallsfokusert i forbindelse med at en organisasjon har stått overfor en uønsket hendelse (Duchek, 2019). Fremfor å fokusere på å fastslå om

organisasjoner er resilient eller ikke, pekes det på at videre forskning burde fokusere på hvordan konkrete praksiser i organisasjoner gjennomføres samt hvordan de responderer til endringer i interne og eksterne forhold (ibid).

Forskning har argumentert for at organisatorisk resiliens ikke er noe som oppstår av tilfeldigheter, men gjennom god risikostyring (Gibson & Tarrant, 2010). I tillegg er det også behov for mer empirisk forskning på hvordan organisatorisk resiliens kan oppstå (Duchek, 2019). Her er det derfor en mulighet å bidra inn i forskningen ved å undersøke nærmere koblingen mellom risikostyring og organisatorisk resiliens. Denne oppgavens formål er derfor å forsøke å bidra med kunnskap inn i diskursen vedrørende organisatorisk resiliens og hvordan risikostyring kan legge grunnlag for dette.

1.3 Forskningsformål

Denne studien skal bidra innenfor forskning på risikostyring og organisatorisk resiliens, samt bidra med kunnskap vedrørende dette hos ambulanseavdelingen ved UNN HF. For å kunne gjennomføre dette har jeg utviklet en problemstilling som studien skal besvare.

Opgavens problemstilling er:

Hvordan kan risikostyring påvirke organisatorisk resiliens i ambulanseavdelingen ved UNN Helseforetak?

Problemstillingen besvares gjennom to forskningsspørsmål:

1. *Hvilke risikostyringsprosesser gjennomføres i organisasjonen?*

- Forskningsspørsmålet skal undersøke hvilke prosesser og aktiviteter organisasjonen har på plass for å styre risiko. Her vil det teoretiske rammeverket om risikostyring benyttes i den hensikt å beskrive hvilke elementer som kan være med på å styre risiko i organisasjonen.

2. *Hvordan kan de ulike aktivitetene i risikostyringsprosessen underbygge de forskjellige prinsippene for organisatorisk resiliens?*

- Dette forskningsspørsmålet vil etablere en kobling mellom risikostyringen i organisasjonen og den organisatoriske resiliensen. Dette gjøres ved å undersøke hvordan elementer fra risikostyringen kan underbygge prinsipper for resiliens.

Den overordnede problemstillingen og de to tilhørende forskningsspørsmålene skal hjelpe meg i denne studien med å undersøke om det er samsvar mellom teori og de faktisk forhold ved ambulanseavdelingen vedrørende risikostyringen, og hvordan dette videre kan ses i sammenheng med organisatorisk resiliens. Sammen skal dette danne grunnlaget for å kunne gi en konklusjon og videre bidra inn i forskningen vedrørende risikostyring og organisatorisk resiliens.

2 Teori

Dette kapitlet presenterer studiens analytiske rammeverk som skal besvare forskningsspørsmålene. Det vil først presenteres teori om organisatorisk resiliens og avslutningsvis redegjøres det for risikostyringsteori.

2.1 Konseptet om organisatorisk resiliens

Resiliens vil i denne oppgaven operasjonaliseres gjennom rammeverket til Weick og Sutcliffe (2007). Forfatterne *definerer* organisatorisk resiliens ut fra tre ferdigheter som en organisasjon må utvise. Den *første* ferdigheten er evne til å kunne absorbere belastning og opprettholde sin funksjon til tross for motgang fra indre og ytre forhold (Weick & Sutcliffe, 2007, s. 71-72). Dette kan være raske interne endringer, dårlig ledelse eller arbeids- og produksjonspress (ibid). Eksterne forhold kan for eksempel være økende konkurranse eller strengere krav fra interessenter (ibid). Den *andre* ferdigheten omhandler evne til å gjenopprette seg fra en uønsket hendelse og til å bli i bedre stand til å absorbere en uventet hendelse, samt utvise evne til å strekke seg, fremfor å kollapse (ibid). Evne til læring og utvikling av resiliente handlinger er den *tredje* og siste ferdigheten som inngår i definisjonen (ibid). Med dette mener forfatterne at en organisasjon skal være i stand til å lære av en uventet hendelse og utvikle nye handlingsalternativer som en del av deres responskapasiteter (ibid).

2.2 De fem prinsippene for organisatorisk resiliens

Rammeverket til Weick og Sutcliffe (2007) bygger videre på studier av høyteknologiske organisasjoner som atomkraftverk, flytårn og hangarskip (Roberts & Rousseau, 1989). Dette er organisasjoner som opererer i komplekse miljøer, også beskrevet som høypålitelighetsorganisasjoner eller High Reliability Organizations (HRO) (Roberts & Rousseau, 1989). Rammeverk er utarbeidet som en mal å strekke seg etter for alle typer organisasjoner som ønsker å bli mer resilient og det består av fem overordnede prinsipper (Harvey, Waterson & Dainty, 2019; Weick & Sutcliffe, 2007).

Fokus på svikt og feilhandlinger

Det første prinsippet til Weick og Sutcliffe (2007) omhandler organisasjonens *fokus på svikt og feilhandlinger*. Små svikt og feil skal ses på som noe større og mer alvorlig er i ferd med å inntreffe. Det kan være et tegn på at noe er galt med systemet og man ønsker følgelig å unngå at mange små feil kan akkumulere ut i en større uønsket hendelse (ibid). Weick og Sutcliffe (2007) påpeker derfor her viktigheten at ansatte i organisasjonen aktivt ser etter feil og forsøker å kartlegge årsaksforholdene. I tillegg skal nestenulykker ses på som en læringsmulighet og forbedringspotensial for organisasjonen (ibid). Man skal behandle det som et funn på at man har avdekket en ny potensiell risiko, fremfor å anse nestenulykken som en bekreftelse på at man hadde evne til å avverge en uønsket hendelse (ibid).

For å få frem informasjon i organisasjonen om avvik og feil er man avhengig av at de ansatte rapporterer om dette. Derfor vil en resilient organisasjon ikke straffe de ansatte for feil som blir gjort (Weick & Sutcliffe, 2007). Fremfor straff skal det belønnes at man avdekker områder i organisasjonen hvor det foreligger utfordringer og ansatte skal ha et ønske om å rapportere feil selv når ingen andre legger merke til det (ibid). Når feil og nestenulykker rapporteres, vil en resilient organisasjon inneha en lav terskel for å oppdatere rutiner og prosedyrer for å håndtere de identifiserte problemene (Weick & Sutcliffe, 2007).

I en organisasjon som ambulanseavdelingen vil små feil og nestenulykker kunne være tegn på eksempelvis utstyr som er slitt eller mangler, eller en stor oppdragsmengde og høyt arbeidspress. Over tid kan dette utvikle seg i en negativ retning hvor konsekvensen potensielt kan være fatal for både pasienter og ansatte. Det vil derfor være hensiktsmessig for en slik organisasjon å utvise et fokus på svikt og feilhandlinger for å kunne avdekke årsaksforhold tidlig og hindre videre utvikling av små avvik som kan lede opp til en større uønsket hendelse.

Motvilje mot forenkling

Prinsippet om *motvilje mot forenkling* bygger på at organisasjoner i dag burde etterstrebe å være mer bevisst hva de velger å ignorere av informasjon, og unngå forenklinger av problemstillinger de står overfor (Weick & Sutcliffe, 2007). Målet er å være mer nyansert i sine vurderinger og ikke ta noe for gitt (ibid). Når man gjenkjenner en situasjon som noe man tidligere har erfart, vil en resilient organisasjon være interessert i å få en dypere innsikt fremfor å akseptere at situasjonen allerede er godt kjent og forstått (ibid). Ved å se utenfor etablerte rutiner og prosedyrer skal en resilient organisasjon evne å stille kritiske spørsmål ved de tilsynelatende etablerte sannhetene (ibid). Dette gjøres gjennom å tillate at ulike synspunkter kommer til

overflaten på alle nivå i hierarkiet (ibid). Som organisasjon vil man oppnå flere varierte syn og forståelser av en situasjon (ibid). De som befinner seg på de lavere nivå i en organisasjon er ofte de første som fanger opp tegn og signaler på det som kan være utviklingen av en uønsket hendelse (ibid). Ofte på disse nivåene kan det være manglende evne og makt til overbevisning overfor beslutningstakere lenger opp i hierarkiet (ibid). Derfor skal skeptikere ønskes velkommen i en resilient organisasjon og de ansatte skal oppfordres til å komme med sin mening (Weick & Sutcliffe, 2007).

I ambulanseavdelingen vil man ofte kunne stå overfor rutinepregede oppdrag slik som eksempelvis pasienttransport. Man vil likevel måtte håndtere forskjellige pasienter med varierende behov, gjennom alle årstider med varierende vær- og føreforhold. Ved å stille spørsmål ved oppdragets art kan det avdekkes funn som tilsier at man må ta flere forholdsregler enn først antatt. Dette kan resultere i at man velger en annen kjørerute enn opprinnelig planlagt, eller tilkaller støtte fordi man mistenker pasienten kan være voldelig.

Operasjonssensitivitet

Ifølge Weick og Sutcliffe (2007) er operasjonssensitivitet viktig for å unngå svikt i å være fremsynt. Resiliente organisasjoner er oppdaterte på situasjonen på gulvet og mindre opptatt av det større strategiske bildet. Ved å jobbe mot å ha en oppdatert situasjonsforståelse vil organisasjonen kunne gjøre kontinuerlige endringer og justeringer som hindrer utviklingen av en uønsket hendelse (ibid). I resiliente organisasjoner er det derfor viktig at ansatte i lederposisjoner opprettholder en jevn forbindelse med de ansatte på bakken (ibid). På den måten fanges det lettere opp tegn og signaler fra de i fremste linje, og beslutningstakere lenger opp i hierarkiet er således lettere tilgjengelig som støtte (ibid). Når en utfordring treffer de i fremste linje har de dermed mulighet for å få en rask avklaring, og det er derfor essensielt at ledere kan gjøre seg tilgjengelig på kort varsel (ibid). Samtidig skal alle ansatte ha nok handlingsrom til å kunne utvise skjønn til å fatte egne beslutninger når en uventet hendelse er under utvikling (ibid).

I en resilient organisasjon skal det også legges til rette for at alle ansatte omgås hverandre i en tilstrekkelig grad slik at informasjonsflyten opprettholdes og dermed kan gi et klart bilde av situasjonen for alle (ibid). I tillegg er det viktig at de ansatte er kjent med hverandres arbeidsoppgaver og fagområdene i organisasjonen (ibid). Ulike kompetanser og ressurser i organisasjonen skal også være tilgjengelig for alle når uventede utfordringer oppstår (ibid). Dermed kan riktig kompetanse håndtere situasjonen i det den oppstår (ibid).

Ved ambulanseavdelingen kan det eksempelvis utvikle seg situasjoner hvor det stilles krav til rask beslutningstaking. Samtidig kan det oppstå behov for å be om støtte fra beslutningstakere lenger opp i hierarkiet. Det er derfor viktig at ansatte i fremste linje føler at de både har rom til å fatte egne beslutninger, men også at beslutningsstøtten er lett tilgjengelig. Dette kan tenkes å være med på å underbygge en tryggere og mer effektiv oppdragsløsning.

Forpliktelse til resiliens

Resiliente organisasjoner aksepterer at feil vil bli gjort og at uforutsette hendelser vil inntreffe (Weick & Sutcliffe, 2007). Derfor omhandler prinsippet *forpliktelse til resiliens* evnen en organisasjon har til å håndtere hendelser utover det man har planlagt for og skapt forventinger om at kan inntreffe (ibid). Når det uventede inntreffer, evner en resilient organisasjon å bruke sin kompetanse på nye måter gjennom improvisasjon og samhandling mellom ulike fagområder (ibid). Ved å tillate improvisasjon og samarbeid på tvers av fagfelt kan det utvikles nye metoder og kapasiteter for å håndtere nye og ukjente problemstillinger (ibid). Dermed kan en organisasjon respondere overfor en uventet hendelse og gjenopprette seg selv under og etter en negativ påkjenning (ibid).

For å etterleve dette prinsippet må det tilrettelegges for trening og øving i organisasjonen (Weick & Sutcliffe, 2007). Det må derfor etableres et overordnet fokus og en forankring for at man ønsker å utvikle kompetansen blant de ansatte (ibid). Gjennom øving og trening skal de ansatte føle at de kan stole på hverandre samt ha mulighet for kompetanseutvikling og lære av sine feil (ibid). Videre skal problemløsning kunne gjøres ved å be om støtte gjennom uformelle kanaler og nettverk når behovet er tilstede (ibid). På denne måten legges det til rette for å improvisere og etablere nye metoder og prosedyrer (ibid).

Ambulansearbeidere vil kunne oppleve uforutsette situasjoner som utfordrer den enkeltes kompetanse. Derfor vil det være essensielt at de kan improvisere og samarbeide på tvers av fagområder. Dermed kan det tenkes at ambulansarbeidere kan håndtere komplekse oppdrag og pasienter på en tryggere og mer hensiktsmessig måte.

Respekt for kompetanse

Det siste prinsippet til Weick og Sutcliffe (2007) omhandler *respekt for kompetanse* i organisasjonen. Med dette menes det at fagekspertise skal gå foran hierarkisk rang da man ønsker at de med den riktige kompetansen skal håndtere problemet, og ikke den med høyest rang (ibid). Flexibilitet skal derfor kunne utvises i beslutningstakingen til organisasjonen ved

at den kan være både sentralisert og desentralisert ut fra hvilken situasjon og utfordring man står overfor (ibid). Når situasjonen krever en rask avgjørelse kan det være de i fremste linje som forstår problemet best og således skal ta avgjørelsen (ibid). Likeledes vil en det kreve en med god organisatorisk forståelse for å ta avgjørelser som kan skape politiske utfordringer for organisasjonen (ibid).

For å etterleve det siste prinsippet må ansatte respektere hverandres roller og stillinger i organisasjonen (Weick & Sutcliffe, 2007). I tillegg skal fagekspertise og erfaring overgå hierarkisk rang, og den best kvalifiserte blir som regel valgt til å løse utfordringen (ibid). Fagekspertise skal også være lett tilgjengelig innad i organisasjonen når behovet for den oppstår (ibid). Den som blir satt til å løse en utfordring er og den som eier problemet frem til at det er løst (ibid).

Blant ambulansearbeidere vil det være varierende grader av arbeidserfaring og utdanning. I en situasjon hvor føreforholdene er krevende kan det være seg at den med mest kjøreefaring er den rette beslutningstakeren. Likeledes kan en pasient ha et krevende traume eller sykdomsbilde som gjør at det er den ambulansearbeideren med en gitt spisskompetanse som er den best kvalifiserte til å fatte beslutninger om hvordan oppdraget skal løses.

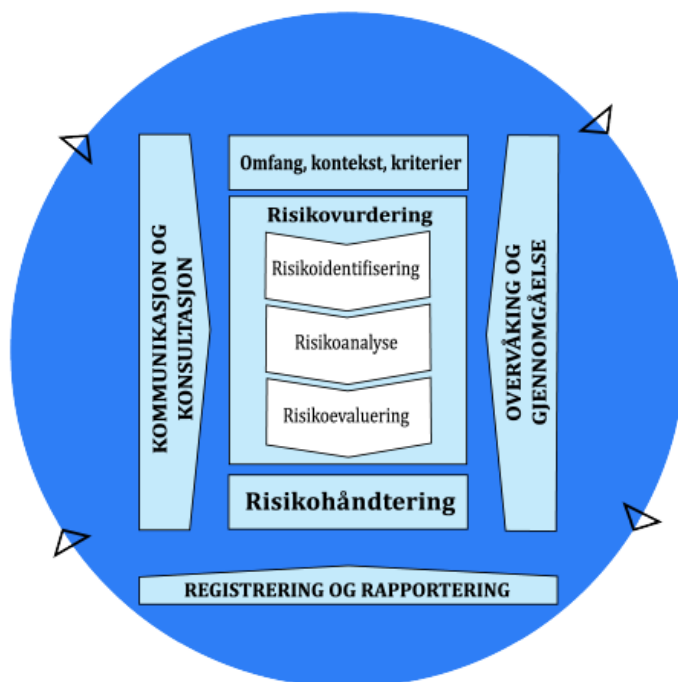
2.2.1 Organisatorisk resiliens og risikostyring

Organisatorisk resiliens oppstår som nevnt ikke ved tilfeldigheter, men gjennom god risikostyring (Gibson & Tarrant, 2010). Samtidig har de to tilnærmingene noen fellesnevner. International Risk Governance Council (IRGC) sitert av Stavland og Bruvoll (2019) beskriver at begge tilnærmingene ønsker å redusere negative konsekvenser av uønskede hendelser, samt at et systems svakheter skal avdekkes og reduseres. I tillegg beskrives det også at risikotilnærmingen fungerer som en informasjonskilde for prosesser som kan styrke resiliens (ibid). Det omtales også av Gibson og Tarrant (2010) at organisatorisk resiliens kan oppstå som følge av god risikovurdering og -håndtering, samt overvåking og kommunikasjon om risiko. Dermed har risikostyring og resiliens både noen fellesnevner samtidig som risikostyring kan skape et viktig grunnlag for å utvikle organisatorisk resiliens.

2.3 Risikostyring

Risikostyring kan defineres som *«alle tiltak og aktiviteter som utføres for å styre risiko, balansere utviklingen og utforske mulighetene på den ene siden og unngå tap, ulykker og katastrofer på den andre siden»* (Aven, 2018, s. 882). Dermed vil risikostyring omfatte alle

forhold, hendelser og aktiviteter som potensielt kan få innvirkning på organisasjonens målsetninger (Aven et al., 2010, s. 17). Ifølge NS-ISO 31000 (2018) skal risikostyring foregå som en prosess hvor det gjennomføres en rekke forskjellige aktiviteter for å kunne styre alle typer risiko i en organisasjon. Disse aktivitetene er *kommunikasjon og konsultasjon, bestemmelse av kontekst og vurdering, behandling, overvåking og gjennomgåelse, registrering og rapportering av risiko* (NS-ISO 31000, 2018, s. 8). Arbeidet skal forløpe som en kontinuerlig forbedringsprosess hvor de forskjellige aktivitetene gjennomføres systematisk som en integrert del av organisasjonens struktur og prosesser, samt en del av beslutningstakingen og ledelse i organisasjonen (NS-ISO 31000, 2018, s. 9). For å kunne lykkes med risikostyring i en organisasjon er det viktig at ledelsen er involvert og at aktivitetene iverksettes på flere nivå (Aven, 2015). Både Aven (2015) og NS-ISO 31000 (2018) beskriver viktigheten at hele organisasjonen må bidra og delta i risikostyringsprosessen for at den skal kunne være virkningsfull.



Figur 2 Risikostyringsprosessen basert på ISO 31000 (NS-ISO 31000, 2018).

Ved at ansatte på alle nivå i organisasjonen blir inkludert i risikostyringsprosessen, kan dette føre til at de utvikler et større *fokus på svikt og feilhandlinger* i organisasjonen, og et ønske om å forbedre sikkerhetstiltak og prosedyrer gjennom en *motvilje mot forenkling?*

I risikostyringsprosessen ønsker man å kunne identifisere risiko og farer før en uønsket hendelse inntreffer (Kjellen & Albrechtsen, 2017, s. 340). Ved å ta hensyn til kontinuerlige endringer i organisasjonens interne og eksterne forhold, er risikostyringsprosessen dynamisk preget i den hensikt å kunne avdekke forhold og hendelser tidnok for å kunne unngå uønskede hendelser (NS-ISO 31000, 2018). Ledelsen i organisasjonen bør også utarbeide en policy hvor det beskrives mål og forpliktelse til risikostyringen, og i dette arbeidet anbefales det også at man involverer alle nivå i organisasjonen for å sikre en forankring blant alle ansatte (Kjellen & Albrechtsen, 2017). Risikostyringsprosessen skal videre innledes med at organisasjonen gjennomfører en analyse og vurdering av eksterne og interne forhold for å forstå hvordan dette kan påvirke risikostyringsprosessen. Eksempler på dette kan være en vurdering av organisasjonens strategi og mål, samt retningslinjer og pålagte standarder. Andre forhold kan være av en samfunnsmessig art både på nasjonalt og lokalt nivå. Videre vil ressurstilgangen for organisasjonen i form av tid, kapital, teknologi og arbeidskraft også være forhold som med fordel kan kartlegges i denne delen av prosessen (NS-ISO 31000, 2018). I tillegg vil analyseobjektet for risikostyringsprosessen måtte defineres og avgrenses, før det etableres en plan for det videre arbeidet og risikoakseptkriterier må settes (Kjellen & Albrechtsen, 2017). En etablering av risikokriterier vil innebære at organisasjonen fastsetter hvilken type risiko den er villig til å ta. NS-ISO 31000 (2018) poengterer at kriteriene for risikotakingen må gjenspeile verdiene, mål og ressursene i organisasjonen, samt de forpliktelser den har. Det innledende arbeidet med å etablere omfang, definere konteksten og å sette risikokriterier er dermed *forarbeidet* i risikostyringsprosessen og skal gjennomføres for å sørge for en tilpasset og virkningsfull prosess i organisasjonen (NS-ISO 31000, 2018).

2.2.2 Risikovurdering

Risikovurdering er en prosess hvor man systematisk identifiserer kilder til risiko og kartlegger trusler, farer og muligheter samt oppnår en forståelse for hvordan disse kan oppstå og hva de potensielle konsekvensene kan være (Aven, 2018, s. 881). Videre skal risikovurderingen presentere og uttrykke usikkerhet og risiko, samt vurdere dette opp mot kriterier for hva man aksepterer av risiko i organisasjonen (ibid). Risikovurdering som prosess skal gjennomføres gjennom en risikoidentifikasjon, risikoanalyse og en risikoevaluering (NS-ISO 31000, 2018, s. 11). Risikovurderingen skal danne grunnlaget for risikohåndteringen i organisasjonen.

Risikoidentifisering

Identifisering av risiko vil være noe at det viktigste en organisasjon gjør i risikostyringsprosessen for å kunne vite hvilke uønskede hendelser man skal søke å unngå

(Aven, 2015). Det nevnes både i NS-ISO 31000 (2018) og av Aven et al. (2010) at identifikasjon av risiko og initierende hendelser må gjennomføres på en systematisk og strukturert måte gjennom et samarbeid mellom ledelsen og ansatte i organisasjonen som har relevant og nødvendig kompetanse. I tillegg vil det være viktig å benytte seg av informasjon som er hensiktsmessig og oppdatert (NS-ISO 31000, 2018). Her kommer også en av styrkene ved risikostyringsprosessen tydelig frem, ved at man har mulighet til å benytte seg av historiske data og erfaringer som er rapportert inn, i kombinasjon med vurderinger av fremtidige forhold for å identifisere risiko (Kjellen & Albrechtsen, 2017). Utover den innrapporterte dataen som er tilgjengelig i organisasjonen, vil det også være viktig å inkludere kunnskap fra ansatte som har kompetanse og erfaring fra situasjoner om ulike forhold som organisasjonen står overfor (Kjellen & Albrechtsen, 2017, s. 341-342). Ansatte med operasjonell erfaring vil eksempelvis kunne bidra med kunnskap om årsaksforhold knyttet til ulike farer og risiko, hvor dette vil ha en positiv innvirkning på kvaliteten i risikovurderingsprosessen (ibid). Prosessen med å identifisere risiko kan gjennomføres på flere måter. Med utgangspunkt i eksempelvis historiske data, operative erfaringer og eksisterende sikkerhetstiltak, kan det benyttes flere forskjellige teknikker for å kartlegge mulige risikoforhold (Aven et al., 2010, s. 56). Valg av teknikk vil da være avhengig av nettopp de forskjellige faktorene man legger til grunn, slik som eksempelvis vurdering av den interne og eksterne konteksten, trusler og sårbarheter eller årsaker og hendelser som kan knyttes opp til ulike risiko (NS-ISO 31000, 2018, s. 11).

Risikoanalyse

Den andre delen av risikovurderingsprosessen er risikoanalysen. I denne delen av risikovurderingen skal man forsøke å forstå risikoen i en mer detaljert grad (Pursiainen, 2018). En risikoanalyse vil omfatte vurderinger av blant annet risikokilder, konsekvenser, sannsynligheter, usikkerhet, hendelser og virkningsforhold (NS-ISO 31000, 2018). Analysen kan gjennomføres med en rekke forskjellige metoder som enten kan være kvalitativ eller kvantitativ, men også i en kombinasjon med hverandre (ibid). Med utgangspunkt i de identifiserte risikoen skal man i risikoanalysen kartlegge risikoene hver for seg før man vurderer den totale risikoen ved en gitt aktivitet (Pursiainen, 2018). Her skal det gjøres en vurdering av potensielle uønskede hendelser med tilhørende konsekvenser og sannsynligheter for at de inntreffer og det utgjør grunnlaget i en risikoanalyse (ibid). Videre kan det gjennomføres en årsaksanalyse og en konsekvensanalyse som del av kartleggingsarbeidet i risikoanalysen (Aven, 2015). En årsaksanalyse vil kunne benyttes for å kartlegge årsakene til at uønskede hendelser inntreffer (ibid). I denne analysen vil man også kunne fastsette sannsynligheter for at

en hendelse inntreffer ved hjelp av kvantitative teknikker, hvis man eksempelvis har historiske data å basere sine beregninger på (Aven et al., 2010, s. 58). Det kan også benyttes en kvalitativ tilnærming til sannsynlighetsberegningen, hvor man baserer seg på ekspertvurderinger (Pursiainen, 2018, s. 20). Også i en konsekvensanalyse vil man kunne benytte seg av både kvalitative og kvantitative metoder for å kartlegge mulige konsekvenser av en uønsket hendelse (Aven et al., 2010). I en konsekvensanalyse angis ofte konsekvensene i ulike kategorier, avhengig av hvilken organisasjon som gjennomfører analysen (Pursiainen, 2018, s. 21). Kategoriene kan til eksempel være liv og helse eller økonomi og miljø (ibid). Risikoanalysen kan også inkludere analyse av andre forhold slik som virkningen av eksisterende sikkerhetstiltak, kompleksitet og avhengigheter eller tidsavhengige faktorer (NS-ISO 31000, 2018, s. 12). Avslutningsvis i dette steget av risikovurderingen kan det etableres et risikobilde. Et risikobilde vil presentere de ulike potensielle uønskede hendelsene med tilhørende prediksjoner av sannsynligheter og konsekvenser, samt eventuelt usikkerheter tilknyttet disse (Aven, 2015, s. 43). Risikobildet vil kunne gi en oversiktlig presentasjon som kan danne utgangspunktet for neste steg i risikovurderingen.

Risikoevaluering

I en risikoevaluering vil resultatene fra risikoanalysen sammenlignes opp mot risikokriteriene som organisasjonen har satt (NS-ISO 31000, 2018). Organisasjonen vil dermed kunne vurdere om risikoforholdene er akseptable eller tolererbare (Pursiainen, 2018, s. 23). Aven (2018, s. 883) påpeker at risikotoleranse og aksept av risiko ikke kan baseres alene på sannsynlighetsberegninger, men også andre generelle faktorer må legges til grunn. Dette kan være vurderinger knyttet til organisasjonens økonomiske hensyn og omdømme, men også forhold som lovpålagte instruksjoner og bransjespesifikke krav, samt krav fra interessenter og samfunnet forøvrig (Pursiainen, 2018, s. 23). Dette vil innebære at risikoevalueringen må inkludere et bredere spekter enn bare en vurdering opp mot risikokriteriene.

2.2.3 Risikohåndtering

I risikohåndteringen skal organisasjonen vurdere og velge en eller flere risikohåndteringsalternativer basert på resultatet fra de foregående prosessene. Organisasjonen kan her forsøke å unngå, fordele, redusere, overføre, eller beholde risiko (Aven et al., 2010; NS-ISO 31000, 2018). Ofte vil organisasjoner gjennomføre både sannsynlighets- og konsekvensreducerende tiltak som en sentral del av deres risikohåndteringsstrategi (Aven et al., 2010). Kjellen og Albrechtsen (2017) nevner at i risikohåndteringen må valg av strategi gjennomføres på en måte hvor alle nivå i organisasjonen er inkludert og som en gjennomiktig

prosess. Det vil også være organisasjonens mål, ressurstilgang og risikokriterier som er styrende for hvilke risikohåndteringsalternativer organisasjonen velger å implementere (NS-ISO 31000, 2018). I tillegg vil det være viktig for organisasjonen at den kontinuerlig overvåker og gjennomgår virkningen av de valgte risikohåndteringsalternativene for å kunne vurdere hvor virkningsfulle de er (ibid).

Hvis ambulanseavdelingen eksempelvis har iverksatt jevnlig øving og trening som del av deres risikohåndteringsstrategi, kan dette være faktorer som kan være med på å påvirke organisasjonen i retningen av å utvise en *forpliktelse til resiliens*?

2.2.4 Kommunikasjon og konsultasjon

Som en del av risikostyringsprosessen er kommunikasjon og konsultasjon et element som har til formål å fremme samarbeid mellom forskjellige ekspertiseområder i organisasjonen og sikre at ulike synspunkter blir fremmet underveis i prosessen (NS-ISO 31000, 2018). I tillegg skal det sikre at det gis tilstrekkelig med informasjon i organisasjonen over risiko og beslutningstakingen, samt fremme eierskap og inkludering hos dem som er berørt av risiko. Hensikten er også å sikre at relevant informasjon kan innsamles og at det kan bli gitt tilbakemeldinger som kan føre til forbedringer i risikostyringsprosessen (NS-ISO 31000, 2018). Kommunikasjon og konsultasjon burde derfor gjennomføres i alle deler av risikostyringsprosessen med relevante interne og eksterne interessenter (ibid). Organisasjonen må derfor fastsette metoder for hvordan kommunikasjon og konsultasjon skal gjennomføres (NS-ISO 31000, 2018).

Ved at de ansatte i ambulanseavdelingen får mulighet til å gi tilbakemeldinger til ledelsen og således påvirke risikostyringsprosessen med deres erfaring og kunnskap, kan det tenkes at organisasjonen utvikler en *respekt for kompetanse*?

2.2.5 Overvåking og gjennomgang

Risikostyringsprosessen skal ha overvåking og gjennomgåelse som en integrert del av prosessen for å både sikre og forbedre kvaliteten av planverket, implementeringen og resultatene (NS-ISO 31000, 2018). Overvåking og gjennomgåelse må derfor på lik linje med kommunikasjon og konsultasjon også gjennomføres i alle deler av risikostyringsprosessen.

Denne aktiviteten vil omfatte innsamling av informasjon hvor den analyseres og det gis tilbakemelding til beslutningstakere.

2.2.6 Registrering og rapportering

For å kunne dokumentere resultatene av risikostyringsprosessen må det gjennomføres en form for registrering og rapportering i organisasjonen (NS-ISO 31000, 2018). Ved å dokumentere resultatene vil organisasjonen kunne forbedre sine aktiviteter tilknyttet risikostyringen, gi informasjon til beslutningstakere og fremme kommunikasjon om resultatene vedrørende risikostyringen ut til hele organisasjonen (ibid). Hensikten med registrering og rapportering er også å legge til rette for et bedre samarbeid mellom forskjellige interessenter i organisasjonen som har ulike ansvarsområder for risikostyringen (ibid).

3 Metode

I dette kapitlet vil jeg presentere og diskutere innsamlingen av den empiriske dataen til studien. Det redegjøres for hvilket datamateriale som ble innhentet og hvilke metoder som ble valgt til dette arbeidet. Videre vil det bli beskrevet hvilke utfordringer som studien ble stilt overfor og hva man erfarte i møte med dem. Avslutningsvis i dette kapitlet vil studiens kvalitet og etiske vurderinger gjøres rede for.

3.1 Forskningsstrategi

Forskningsmålene jeg formulerte gjorde det naturlig å velge en kvalitativ tilnærming for datainnsamlingen og analysen. Kvalitative metoder kjennetegnes ved at forskningen går ut på å undersøke hvordan noe gjøres, oppleves, fremstår eller utvikles (Brinkmann & Tanggaard, 2012, s. 11). Ifølge Ormston, Spencer, Barnard og Snape (2014) er det bred enighet i litteraturen at kvalitativ forskning kjennetegnes ved at forskeren kan gjennomføre dype analyser og oppnå en sammenhengende forståelse for sosiale forhold og fenomen. Dette vil være påkrevd i denne studien for å kunne besvare problemstillingen. Mitt valg av en kvalitativ forskningsstrategi har lagt føringene for valgene av metodene for datainnsamling, og ikke minst for valget av *casestudie*, som er hensiktsmessig. En casestudie beskrives som «*en empirisk undersøkelse hvor man undersøker et fenomen i dybden og innenfor dens virkelige kontekst*» (Robert K. Yin, 2018, s. 15). Casestudier er ofte brukt for å analysere organisatoriske og ledelsesmessige prosesser (Robert K Yin, 2009, s. 4-5). En annen årsak til at casestudie ble valgt var at den har fordelen med at man kan innhente data gjennom flere perspektiver fra samme setting og kontekst, som kan gi detaljerte beskrivelser (Ormston et al., 2014, s. 74). Dette har vært

gjennomført i denne studien da informantene er ansatte i ambulanseavdelingen ved UNN HF, fra forskjellige hierarkiske nivå i organisasjonen i tillegg til at et dokument fra organisasjonen har vært analysert. Å innhente data fra forskjellige nivå vil også være viktig for at dataen skal kunne representere mer enn bare ett nivå i organisasjonen. Andre fordeler med casestudie er at man har mulighet til å komme nært virkelige situasjoner og teste synspunkter mens et fenomen i praksis utfolder seg (Flyvbjerg, 2006, s. 235). En annen årsak til at casestudie ble valgt til studien er at man har fordelen med å kunne benytte seg av flere kilder for datainnhenting, herunder gjennom dokumenter, intervju og observasjoner (Robert K Yin, 2009, s. 11). Casestudien omhandler ambulanseavdelingen ved UNN HF, som beskrevet i punkt 1.1 under innledningskapittelet, og videre i dette kapitlet vil jeg gjøre rede for utvalget i casestudien.

3.2 Datainnsamling og utvalg

Innenfor kvalitativ forskning kan tilgang til feltet være utfordrende (Shenton & Hayter, 2004). Det kan eksempelvis skyldes at både organisasjoner og individer ikke ønsker å bli intervjuet eller undersøkt av forskere, av ulike årsaker. Jeg innledet derfor et samarbeid med UNN HF, gjennom en kontaktperson hvor jeg demonstrerte verdien av en slik oppgave for dem. En slik strategi kan være formålstjenlig for å oppnå tilgang til feltet man skal studere (Shenton & Hayter, 2004). Kontaktpersonen satte meg deretter i kontakt med ulike ansatte som var villig til å stille opp til intervju, samt at jeg fikk tilgang til en risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS) som var gjennomført i ambulanseavdelingen. Det er dermed de ansatte i ambulanseavdelingen ved UNN HF som representerer datakildene i denne studien, sammen med data fra dokumentanalysen av ROS-analysen.

Jeg har intervjuet totalt 10 ansatte fra ambulanseavdelingen ved UNN HF, både seksjonsledere og ambulansesarbeidere. Seksjonslederne er kodet i teksten som A1, A2, A3, A4 og A5, og er fra fem forskjellige seksjoner. Ambulansesarbeiderne er kodet som B1, B2, B3, B4 og B5, og er fra forskjellige ambulansestasjoner innenfor disse fem seksjonene. Jeg gjennomførte intervju med ansatte fra forskjellige hierarkiske nivå og forskjellige seksjoner fordi risikostyring og organisatorisk resiliens vil både involvere og påvirkes fra forskjellige nivå og ansatte i en organisasjon. Informantene i oppgaven er således også et strategisk utvalg da dette er *«deltakere som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiver»* (Thagaard, 2015, s. 60). Utvalget av ambulansesarbeiderne er også bestående av personell med og uten lederfunksjoner. Således er

utvalget også variert med hensyn til fagområder internt i organisasjonen, da det er ansatte med både medisinsk kompetanse, i tillegg til lederkompetanse.

Utvalget av informantene er beskrevet i tabellen under, med henvisning til hvilken referanse den enkelte har blitt gitt oppgaveteksten, i tillegg til at det er ført opp hvilken stillingstype og kompetanse informantene innehar.

Utvalg

Referanse i teksten	Stillingstype	Utdanning
A1	Seksjonsleder – Mer enn 10 års ledererfaring.	Fagutdannet.
A2	Seksjonsleder- Mer enn 10 års ledererfaring.	Lederutdanning og fagutdanning.
A3	Seksjonsleder – Mer enn 10 års ledererfaring.	Fagutdannet.
A4	Seksjonsleder – Mer enn 10 års ledererfaring.	Fagutdannet.
A5	Seksjonsleder – Mer enn 10 års ledererfaring.	Lederutdanning og fagutdanning.
B1	Ambulansearbeider	Fagutdannet
B2	Ambulansearbeider	Fagutdannet
B3	Ambulansearbeider	Fagutdannet
B4	Ambulansearbeider. Lederansvar	Fagutdannet
B5	Ambulansearbeider. Fagutvikler.	Fagutdannet

Intervju

Intervju er en av de viktigste metodene for datainnhenting i casestudier og er særlig hensiktsmessig når man søker forklaringer på *hvordan* og *hvorfor* noe gjøres (Robert K. Yin, 2018). Derfor valgte jeg intervju som metode for å innhente primærdata, altså data som er generert av forskeren selv (Ringdal, 2007). I gjennomføringsperioden av denne studien hadde Covid-19 ført til at regjeringen satt begrensninger på de menneskelige interaksjonene i samfunnet. Som følge av dette ble det derfor pålagt av Universitetet i Tromsø om å gjennomføre intervju over telefon, og denne bestemmelsen ble følgelig etterfulgt i forbindelse med denne studien. Telefonintervju har flere fordeler sett opp mot intervju som foregår ansikt til ansikt. Intervju over telefon kan føre til at respondenten føler en større form for anonymitet, og således føre til mer formidling av opplysninger under intervjuet (Oltmann, 2016). Opplysningene som informanten kommer med kan også være av mer ærlig karakter og mindre preget av underrapportering (ibid). I tillegg vil telefonintervju være hensiktsmessig å benytte seg av når respondentene er spredt over et stort geografisk område, da det vil være både kostnadsbesparende og ikke kreve tid til reising, noe som ville vært tilfellet i denne oppgaven (Christmann, 2009). Samtidig kan det være en ulempe med telefonintervju ved at man ikke oppnår den samme nærheten til informanten som man gjør ansikt til ansikt, og intervjuet kan bli kortere som følge av dette, med tilhørende utfordringer med å gå i dybden (Brinkmann & Tanggaard, 2012; Weiss, 1995). Derfor forsøkte jeg å motvirke dette ved å først gjennomføre et prøveintervju med en ambulansarbeider, og basert på dette så utformet jeg intervjuguiden med en høyere detaljgrad enn hva førsteutkastet hadde. Dermed kunne jeg spørre mer detaljert om tema som informantene innledningsvis svarte noe begrenset om. Under alle intervju ble det benyttet båndopptaker, etter samtykke fra alle informanter. Å benytte seg av båndopptaker førte til at jeg kunne fokusere på selve samtalen med den enkelte informant. Intervjuene hadde en varighet på cirka 35-45 minutter. Etter at hvert intervju var gjennomført så transkriberte jeg det umiddelbart.

Selv om intervjuene foregikk over telefon, krevde det en del koordinering i forkant, og flere intervju måtte flyttes flere ganger før de ble gjennomført. Dette skyldtes at ambulansarbeidere og seksjonsledere har i utgangspunktet en del arbeidsoppgaver som må gjennomføres i løpet av arbeidsdagen, samt at hele organisasjonen bar tydelig preg av å være under ekstra belastning som følge av Covid-19 pandemien. Jeg måtte derfor utvise stor fleksibilitet for å sikre meg at intervjuene kunne gjennomføres på tidspunkt hvor informantene følte at de hadde tid og roen

til å svare, da dette var viktig for meg slik at de kunne ta seg god tid til å tenke seg godt om og svare det de faktisk mente, og ikke avlegge svar under tidspress.

Dokumentanalyse

Studier av organisasjoner vil sjelden kunne gjennomføres uten dokumentanalyser. I denne studien var derfor også testmaterieell en viktig kilde til empirisk informasjon, og funnene fra dokumentanalysen er i stor grad basert på deres analyse i tillegg til intervjudata. Analysen av dokumentet fra UNN HF skiller seg fra mine egne data da dette dokumentet er utarbeidet for andre formål enn det jeg bruker det til (Thagaard, 2015, s. 59). Dokumentanalysen av ROS-analysen ble gjennomført fordi det er hensiktsmessig å se dokumentet opp mot informantenes svar, for å kunne avdekke om det var samsvar eller avvik i den informasjonen som fremkommer om organisasjonen. Arbeidet med dokumentanalysen ble gjort i forkant av intervjuene, og dette gjorde at jeg også kunne gå mer i dybden på enkelte oppfølgingsspørsmål under intervjurundene. Således fungerte også dokumentanalysen som en forberedende støtte til den videre datainnhenting.

Referanse i oppgaven	Dokumentnavn
Dok 1	Rapport – Risiko og sårbarhetsanalyse, Trusler og Vold. Ambulansetjenesten UNN HF

3.3 Analyse av data

En analyseprosess går ut på å bryte ned informasjonen i mindre deler samtidig som man forsøker å se sammenhenger i den datamengden man innhenter (Brinkmann & Tanggaard, 2012, s. 37). For å kunne dele opp dataen i en håndterbar størrelse, brukte jeg et Excel-ark hvor jeg delte opp arket i ulike kategorier fra intervjuguiden, som igjen var utarbeidet med bakgrunn i teori om risikostyring og organisatorisk resiliens. Deretter fylte jeg inn data fra intervjuene på de ulike kategoriene, samt data fra dokumentanalysen. På denne måten skapte jeg meg en oversikt over datamaterialet slik at det ble mulig å oppdage sammenhenger, og på bakgrunn av dette kunne komme nærmere en konklusjon.

3.4 Reliabilitet

Innenfor samfunnsvitenskapelig forskning er det viktig å være åpen om hvordan man som forsker har gått frem i forskningsprosessen. Reliabilitet er derfor sentralt å gjøre rede for da det

omhandler stabiliteten eller konsistensen i målingene som gjennomføres, og i hvor stor grad andre forskere ville kommet frem til samme resultat ved bruk av samme metoder (Silverman, 2005). Thagaard (2015, s. 193) beskriver viktigheten av reliabilitet da det omhandler forskningenes pålitelighet, og at det må gjøres rede for hvordan data utvikles.

Utvalget av informantene i denne studien er viktig å omtale da de står for det meste av data som er generert i studien. Et aspekt som kan styrke reliabiliteten med utgangspunkt i utvalget, er at halvparten av informantene er seksjonsledere og således bekler stillinger hvor det ligger naturlig til at de har kunnskap over en del sentrale organisatoriske prosesser slik som risikostyring. Dette viste seg tydelig i intervjuene da seksjonslederne ofte hadde utfyllende svar på en rekke spørsmål, som ambulansearbeiderne til sammenligning ikke hadde like god kjennskap til. Samtidig var det viktig å få med ambulansearbeidere i studien, da de jobber i fremste linje og skal forsøke å etterleve prosedyrer og retningslinjer i tjenesten. I tillegg var jeg tydelige overfor alle informanter at de kunne selv bestemme tid for intervju, og om nødvendig flytte på avtalen inntil flere ganger. Dette er et aspekt som kan øke tilliten mellom informant og forsker, og således styrke reliabiliteten (Jacobsen, 2015). Et annet aspekt som er viktig å poengtere er at jeg som forsker kan tenkes å ha påvirket informantenes svar (Krumsvik, 2014). Selv om dette kan være vanskelig å kontrollere, så har jeg forsøkt etter beste evne å ufarliggjøre meg som forsker og sørget for at alle informantene fikk en god innføring i deres rettigheter samt at jeg forklarte hvordan jeg ville gå frem i studien for å sikre deres anonymitet. Videre så har båndopptaker blitt benyttet under alle intervju, og ved å ta opp alle intervjuene har jeg som forsker økt muligheten for å få med alle detaljer fra svarene til informantene. I tillegg har jeg gjennomgått opptakene flere ganger mens jeg har transkribert hvert enkelt intervju, for å sikre meg at jeg transkriberer intervjuene riktig. Videre så har jeg i dette metodekapittelet redegjort for hvordan jeg har gått frem i studien, samt beskrevet informantene med stillingstyper og kompetansenivå. Dette er faktorer som bidrar til å gjøre forskningen mer transparent og således kan være med på å styrke reliabiliteten.

3.5 Validitet

Et annet sentralt begrep for å kunne beskrive kvaliteten på forskningen, er validitet. Thagaard (2015) beskriver at validitet omhandler gyldigheten av det man kommer frem til som forsker. Det skilles videre mellom intern og ekstern validitet, samt begrepsvaliditet (Robert K. Yin, 2018). Jacobsen (2015) beskriver at intern validitet omhandler om hvorvidt man har tolket og beskrevet fenomenet korrekt samt at forskerens empiri er en faktisk representasjon av det

fenomenet. Jeg har derfor forsøkt etter beste evne å ikke påvirke svarene til mine informanter og opptrådt på en mest mulig profesjonell måte. Dette har jeg gjort ved å stille åpne spørsmål og holdt meg til intervjuguiden, samt unngått å stille ledende spørsmål. I tillegg så ble intervjuguiden utbedret etter prøveintervjuet, for å spisse spørsmålene mer til den aktuelle konteksten. Dette er forhold som jeg mener kan være med på å styrke den interne validiteten i studien.

Ekstern validitet handler om studiens overførbarhet til andre kontekster, eller generaliserbarheten av studien (Robert K. Yin, 2018). Selv om kvalitative studier ikke egner seg til å kunne generalisere resultater med og særlig ikke gjennom casestudier, kan det samtidig her nevnes at utvalget av informantene kan styrke den eksterne validiteten. Det er særlig seksjonslederne som kan sies å være styrkende da de har ansvaret for flere ambulansestasjoner og flere ansatte i ansvarsområdet til UNN. På denne måten har de et større overblikk enn hva en enkelt ambulansarbeider har. Dataen som er generert fra seksjonslederne kan derfor tenkes å styrke den eksterne validiteten da man kan forvente at de har kunnskaper om forhold som gjelder for større deler av organisasjonen, og kan tenkes å være overførbar til andre deler av landet innenfor ambulansetjenesten. Et annet aspekt innenfor validitet og casestudier er som nevnt begrepsvaliditet (Robert K. Yin, 2018). Begrepsvaliditet handler om man anvender det analytiske rammeverket riktig og hvorvidt en har lyktes med å operasjonalisere konseptene. Jeg har utarbeidet intervjuguiden med utgangspunkt i risikostyringsteori og et rammeverk for organisatorisk resiliens med en tilpasning til casen. Videre så har jeg systematisk sortert empirien og analysen etter det teoretiske rammeverket, slik at det kan være så tydelige som mulig hvilken teori som benyttes og hvilke begreper som anvendes underveis i studien. Dette mener jeg er med på å styrke begrepsvaliditeten i studien.

3.6 Ethiske vurderinger

All form for samfunnsvitenskapelig forskning skal foregå på en måte som er mest mulig etisk forsvarlig. Først og fremst skal det nevnes at studien ble meldt inn til NSD før datainnsamlingen startet, slik som retningslinjene krever. I tillegg ble endringer meldt til NSD underveis og dette ble også godkjent. Det er videre også vanlig i alle forskningsprosjekt at det både skal innhentes et informert samtykke og at prinsippet om konfidensialitet blir ivaretatt for informantene (Thagaard, 2015). I tillegg skal det redegjøres for hvilke konsekvenser det vil innebære for informantene ved å delta i studien. Det ble innhentet et informert samtykke fra samtlige informanter og alle ble informert om at samtalen ville bli tatt opp på båndopptaker, og at disse

opptakene ville bli lagret på en dataservert bak en brannmur hos UiT. Alle informantene fikk også informasjon om hvordan de kunne gå frem for å trekke seg fra studien underveis, uten grunn, og at deres svar da ikke ville bli brukt som datagrunnlag. Videre så ble alle informantene opplyst om at de ville bli anonymisert i oppgaven, og at de ikke ville være persongjenkjennbare i oppgaveteksten.

Da denne studien går ut på å intervju personell som er ansatt i helsevesenet er det særlig viktig å ha reflektert over det etiske rundt å snakke om forhold som kan virke belastende for den enkelte informant, samt at det ikke stilles spørsmål som kan føre til at informanten kan bli ledet til å røpe personopplysninger om pasienter. Jeg forsøkte derfor etter beste evne å ikke stille spørsmål som kunne være belastende eller som kunne føre til at de avslørte opplysninger om pasienter. Her var også prøveintervjuet hensiktsmessig å gjennomføre for å innhente en ekstern vurdering av spørsmålene fra en ambulansearbeider. Videre så var det viktig å sikre at alle informanter var innforstått med at det var frivillig å delta på studien, selv om de ble kontaktet av meg via en kontaktperson i deres organisasjon. Jeg forklarte derfor overfor alle informanter at deltakelse var frivillig, selv om vi var blitt satt i kontakt med hverandre gjennom en annen ansatt i ambulansesavdelingen. Dette var også en viktig del i det å opptre profesjonelt overfor informantene.

4 Empiri

I dette kapitlet vil funnene fra dokumentanalysen og intervjuene bli presentert. Strukturen på kapitlet vil følge risikostyringsprosessen med redegjørelse for funn for risikostyring og organisatorisk resiliens. Det vil først blir presentert funn tilknyttet forarbeidet for risikostyring og deretter *risikoidentifikasjon*, før det vil bli gjennomgått funn knyttet til *risikovurdering* og *risikohåndtering*. Avslutningsvis i kapitlet gjøres det rede for funn knyttet til organisasjonens *kommunikasjon og konsultasjon, overvåking og revurdering* samt *rapportering og registrering*. For hvert av stegene i *risikostyringsprosessen* er det også presentert funn som kan angå *organisatorisk resiliens*, i den aktuelle delen av risikostyringsprosessen som funnet ble gjort.

4.1 Forarbeid og risikoidentifikasjon

Den første delen i kartleggingen av ambulansesavdelingen handler om å undersøke hvordan de gjennomfører det som har en samlebetegnelse som *forarbeidet* i risikostyringsprosessen, herunder *målsetninger for risikostyringsarbeidet, kartlegging av retningslinjer de skal følge og pålagte standarder*. I tillegg skal *ressurser kartlegges* og man skal *definere og avgrense*

analyseobjektet samt *sette risikoakseptkriterier (NS-ISO 31000, 2018)*. Det ble derfor undersøkt om elementene i forarbeidet av risikostyringen ble gjennomført i organisasjonen og hvordan risiko blir identifisert. Gjennom dokumentstudiet ble det også søkt etter data som kunne vise et eventuelt forarbeid som var gjort i forbindelse med ROS-analysen.

I ambulanseavdelingen var det ikke utbredt kjennskap til om hvorvidt organisasjonen har etablert målsetning for risikostyringsarbeidet (A1, A2, B1, B2, B3, B4, B5), men noen informanter påpekte at det ble satt mål for enkelte områder og aktiviteter som det har vært gjennomført risikoanalyse av (A3, A4 og A5). Dette er formelle risikoanalyser av *vold og trusler mot ambulansesarbeidere, utrykningskjøring* samt *tunge løft i tjenesten*. ROS-analysen av «*Trusler og vold – Ambulansetjenesten UNN HF*» viser at det er etablert mål og avgrensninger av analyseobjektet. Det er videre beskrevet identifiserte risikoer som aggressive tilskuere på skadested, trusler via telefon og vold mot ambulansesarbeidere ved entring av bygninger, anlegg eller skadested. Risikoene er identifisert gjennom rapportering fra ambulansesarbeidere (Dok1). Angående risikoakseptkriter er dette definert av Helse nord og gjelder for de risikoanalysene som skal gjennomføres i ambulansetjenesten (Dok1). Dette er beskrevet og er lagt til grunn for de vurderingene som er gjort i den formelle risikoanalysen (Dok1). Det er ikke beskrevet noe i ROS-analysen om det er kartlagt *ressurser* eller *standarder og retningslinjer* som må følges.

Data fra intervjuene viser at identifisering av risikoene i tjenesten foregår erfaringsbasert og gjennom øving og trening i tjenesten (A1, A2, A3, A4, A5, B1, B2, B3, B4, B5). De risikoene som er identifisert er hovedsakelig knyttet til vold og trusler mot ambulansepersonell, smitterisiko ved pasientbehandling, tunge løft samt utrykningskjøring og vanlig transport under varierende føreforhold over lange avstander. Når nytt utstyr leveres til organisasjonen gjennomgås og kontrolleres dette, og her oppdages det ofte nye risikoer (A4, B1, B2, B4). Dette er også tilfelle når det gjennomføres opplæring blant de ansatte på det nye utstyret (A5 og B2). Det viser seg også at UNN har tilgang til statistikk over uønskede hendelser, hvor de også har identifisert en del risikoer tilknyttet tjenesten og da særlig tunge løft for ambulansesarbeiderne (A1). Også bruken av rapporteringssystemet til UNN og idemyldring med kollegaer har ført til at de har identifisert nye risikoer (A3). I dette tilfellet er det også identifisert risikoer som er særegent for deres ansvarsområde, som er dokumentert skriftlig og gjennomført risikoanalyser av. Intervjudata viser til at det er variert kjennskap i organisasjonen av hvem som vet at de identifiserte risikoene er dokumentert (A1, A2, A3, A4 og A5) og hvem som ikke vet dette (B1, B2, B3, B4 og B5). Her er kunnskapen i organisasjonen delt.

Funn fra intervjuene viser til at det hver dag identifiseres risikoer på en uformell måte både før, under og i etterkant av oppdrag (A1, A2, B1, B2, B3, B4, B5). Dette er i forbindelse med etablerte rutiner de har for gjennomgang av oppdrag og revurdering av oppdraget underveis, samt uformelle rutiner for oppsummering av oppdrag.

Det oppleves at man som ansatt blir oppmuntret av sine overordnede og kollegaer til å se etter nye risikoer i tjenesten (A2, A3, A4, B2, B3, B4 og B5). I forbindelse med dette beskriver også informant A3 følgende: «*Vi blir jo oppfordret til å se etter ting, det er jo sånn kultur med forbedring, det her handler jo om forbedringen, å se på det her. Vi er jo i ett yrke hvor vi stadig må se etter ei forbedring*». Informant A4 uttaler at: «*Vi blir oppmuntret stadig vekk og når det kommer nye ting så skal vi kjøre risikoanalyser, det er det hele tiden*». På spørsmål om hvordan identifiserte risikoer blir mottatt blant de overordnede lenger opp i hierarkiet, så opplyser alle informantene om at de opplever at de blir tatt seriøst og at dette blir respondert overfor på en god måte (A1, A2, A3, A4, A5, B1, B2, B3, B4, B5). Her opplyser en informant at vedkommende i tillegg får melding om å gjennomføre en formell risikoanalyse når nye identifiserte risikoer blir oppdaget (A2). Videre forteller denne informanten at når nye risikoer er blitt oppdaget og de har gjennomført en risikoanalyse, så skal disse deles med resten av organisasjonen, da det kan være forhold av betydning for de andre ansatte og fordi at de skal jobbe mest mulig likt (A2).

Oppsummering av den innledende delen av kartleggingen viser at ambulanseavdelingen har til en viss grad etablert et rammeverk for risikostyringen herunder å gjennomføre dette på enkeltanalyser. Risikoakseptkriterier virker til å være satt av sentralt hold i Helse nord. Videre gjennomføres det i stor grad erfaringsbasert risikoidentifikasjon og organisasjonen jobber for å fremme identifisering av risiko hos de ansatte og videre kartlegging av disse.

4.2 Risikoanalyse og risikoevaluering

På bakgrunn av de identifiserte risikoene skal en organisasjon gjennomføre risikoanalyser for å kartlegge risikoene mer i detalj og deretter sammenligne resultatene av risikoanalysen opp mot risikokriteriene de har satt (NS-ISO 31000, 2018).

Det er brukt erfaringsbasert vurderinger av årsaker og konsekvenser tilknyttet de ulike risikoforholdene i ROS-analysen (Dok 1). Deltakerne som har stått for disse vurderingene er både ambulansearbeidere, seksjonsledere samt representanter fra vernetjenesten og en representant fra bedriftshelsetjenesten. Ut av totalt åtte deltakere på denne analysen så er seks

av dem ambulansesarbeidere. Resultatet av den gjennomførte risikoanalysen er presentert i en risikomatrix med klassifiseringer for sannsynlighetsgrad og konsekvensgrad på hver sin akse. De ulike risikoakseptkategoriene er fargelagt i risikomatrixen med de analyserte risikoene plassert i matrixen ut fra analysene som er gjort. Resultatene som er presentert i risikomatrixen er videre drøftet som «kan aksepteres» for henholdsvis «trusler via telefon», og «ikke akseptert» for «aggressive tilskuere på skadested».

Flere ansatte har vært involvert i eller har selv ledet formelle risikoanalyser, både for enkeltstasjoner og for hele avdelingen (A1, A2, A3, A4, A5 og B4). Dette har da vært gjennomført på samme måte som er omtalt for Dok1 og det skriftlige arbeidet har vært publisert i avdelingen på det interne datanettverket. Disse informantene forteller også at i de risikoanalyseprosessene som de har vært involvert i, så har ambulansesarbeidere vært involvert med mellom fem til ti representanter. De har da stått for vurderingene knyttet til risikoen som ble analysert. Her uttaler en informant at: «*Dette er folk som jobber i tjenesten til daglig, og kjenner til problematikken, slik at man får en rett vinkling på analysen da. Hvor stor risiko det er og hva slags tiltak vi kan gjøre*» (A4). Videre uttales det også at: «*Vi må ta dem med for å kunne få et helhetlig bilde, jeg som sitter inne på kontor, jeg kjenner jo kanskje ikke til det så nøye, så det er viktig at det er de ansatte som får delta i det risikoanalysearbeidet.*» Ambulanseavdelingen har også ved noen anledninger leid inn ekstern spesialkompetanse for å vurdere de risikoene som er identifisert (A1 og A4). Dette er risiko forbundet med kjøring av ambulansebil, tunge løft samt vold og trusler. Den innleide kompetansen har vært bestående av ansatte i bedriftshelsetjenesten, ergoterapeuter og private aktører for opplæring i voldshåndtering (A4).

En annen informant uttaler i forbindelse med deltakelsen til ambulansesarbeidere på risikoanalyser at:

«*De får se at det faktisk hjelper, her skjer det endringer. Dette viser og at det er ikke bare kjappe klager rundt kaffebordet som hjelper, man må gjøre litt ekstra, det hjelper. Også får man faktisk gehør for det, det er viktig.*» Videre uttales det også at: «*selvfølgelig er vi involvert i den der type ting. Vi har vært med på å kartlegge og vurdere smitterisiko, på gulvnivået, hva vi tenker å gjøre. Og der er de absolutt lydhør og spiller på lag med oss om hva vi tenker og ønsker*» (B4). Det har i tillegg vært benyttet statistikk fra UNN og ulike hendelser for å supplere vurderinger som er gjort under risikoanalysene (A1).

I ambulanseavdelingen er det også noen ansatte som ikke har vært involvert i formelle risikoanalyser, men som jevnlig gjennomfører uformelle diskusjoner med hverandre om risikoforhold i den daglige tjenesten (B1, B2, B3 og B5). Det diskuteres i stor grad forskjellige risikoforhold under vaktbyttene på ambulansestasjonene (A1, A2, A3, A4, A5, B1, B2, B3, B4, B5). Det oppleves videre for å være gode muligheter til å kunne påvirke de formelle risikoanalyseprosessene med egne erfaringer, hvis man ønsker dette (B1, B2, B3, B4 og B5). Videre så viser intervjudataene at *fagutviklere* i ambulansetjenesten er viktige innslagspunkt for dem, da de ofte blir kontaktet av de ansatte på de ulike ambulansestasjonene når de ønsker å komme med innspill om forbedringsforslag til tjenesten og forhold som kan spille inn på risikoanalyseprosesser (A1, A2, A3, A4, A5, B1, B2, B3, B4, B5). Alle ansatte kan påvirke risikoanalyseprosesser ved å snakke med nærmeste leder eller benytte seg av det formelle rapporteringssystemet til UNN. Informantene B1, B2, B3 og B5 opplyser om at de ikke er kjent med hvor de finner de formelle risikoanalysene som er gjennomført i ambulanseavdelingen mens resterende informanter sier de vet hvor de kan finne risikoanalysene for ambulansetjenesten (A1, A2, A3, A4, A5, B4). Angående risikoakseptkriterier er det ingen informanter som er kjent med disse utenom de informantene som har gjennomført formelle risikoanalyser (A1, A2, A3, A4, A5).

Funnene i dette underkapittelet viser at organisasjonen gjennomfører risikovurderinger av de identifiserte risikoene både gjennom skriftlige formelle metoder, men også på uformelle måter. Ambulanseavdelingen involverer ansatte på forskjellige nivå i organisasjonen og i noen tilfeller har det vært hentet inn ekstern kompetanse for å bistå i risikoanalysearbeidet. Halvparten av informantene har vært involvert i å gjennomføre disse analysene, men alle informantene mener at de kan påvirke risikovurderingsprosesser gjennom nærmeste leder og rapporteringssystemet samt gjennom fagutviklerne.

4.3 Risikohåndtering

Organisasjoner har flere alternativer for hvordan de kan håndtere kartlagte risikoer. Ulike risikohåndteringsstrategier kan være å unngå, fordele, redusere, overføre, eller beholde risiko (Aven et al., 2010; NS-ISO 31000, 2018). En organisasjon som ambulanseavdelingen har derfor forskjellige strategier de kan benytte seg av når de iverksetter tiltak for å håndtere risiko.

Fra Dok1 fremkommer det at det er foreslått å innføre en rekke ulike tiltak i ambulanseavdelingen for å håndtere risiko forbundet med vold og trusler mot ambulansarbeidere. Et avsnitt i dokumentet beskriver det som er listet som «nye tiltak», hvor

det er foreslått innføring av *opplæringstilbud i samtaleteknikker og nedsnakking av voldelige pasienter og tilskuere, debriefing etter hendelser, jevnlig øving og repetisjon av alle nåværende opplæringstiltak, fagdager med fokus på vold og trusler, bruk av verneutstyr, økt rapportering og etablering av et forenklet rapporteringssystem*. Eksempler på de eksisterende tiltakene i ambulanseavdelingen er *bistand fra politi, brannvesen eller vektere, verneutstyr, oppfølging etter hendelser og opplæring i opptreden på skadested*. Alle de foreslåtte nye tiltakene og de allerede etablerte tiltakene er beskrevet i detalj i Dok 1, og alle tiltakene har også en statusbeskrivelse, da enten som «Anbefalt», «Besluttet» eller «Iverksatt». Alle de nye tiltakene er videre beskrevet i en tiltaksplan med tidsplan og oversikt over ansvarsforhold.

Ambulanseavdelingen har *sjekklister og prosedyrer* de skal følge i tjenesten, *fagdager, øving og kursing, resertifiseringer og årlige utsjekker* på arbeidsmetodikker, utstyr og medikamenter (A1, A2, A3, A4, A5, B1, B2, B3, B4 og B5). *Prosedyrer* og *sjekklister* ligger til grunn for en stor del av arbeidet som ambulansearbeiderne utfører (A1, A2, A3, A4, A5, B1, B2, B3, B4 og B5). Disse er beskrevet i en tiltaksbok som er tilgjengelig i papirformat og på en app for smarttelefoner og nettbrett for de ansatte. Alle informanter beskriver samtidig at ambulansearbeiderne har gode muligheter for å improvisere under oppdragsløsning. Informant A4 uttaler at «*Det må det være rom til. Fordi du kan ikke beskrive hvert enkelt tilfelle i prosedyrer, det lar seg ikke gjøre. Det er nesten helt håpløst*». Videre uttaler informant B4 angående muligheter for improvisasjon i tjenesten at «*Det gjør vi hele tiden. Muligheten for det er veldig god. Det er det nødt til å være fordi hvert oppdrag er unikt på en måte, det er nye ting og nye utfordringer, ting som ikke passer helt inn i prosedyrene vi har*». Noen ambulansearbeidere har tilleggsutdanninger og kurs som gir dem mulighet til å fatte beslutninger utover det som er fastlagt i prosedyrer og rutiner (A1, A2, A3, A4, A5, B1, B5). Dette er eksempelvis ambulansearbeidere som har utvidet kompetanse på medikamenter og har derfor fått utvidet myndighet til å gi pasienter enkelte medikamenter som de vanligvis ikke ville fått fra en ambulansearbeider.

Ved alle ambulansestasjoner i ambulanseavdelingen til UNN er det etablert bestemmelser for at det skal gjennomføres daglige og ukentlige kontroller av utstyr og kjøretøy (A1, A2, A3, A4, A5, B1, B2, B3, B4 og B5). Den daglige kontrollen innbefatter kontroll av kjøretøytilstand og at alt av utstyr befinner seg i bilen, i tillegg til en funksjonskontroll. Videre så utføres det en ukentlig kontroll hvor det utføres lignende kontroll av kjøretøy og utstyr men som er mer omfattende og grundig. Den daglige og ukentlig kontrollen utføres av ambulansearbeiderne og

kontrollene utføres for å kontrollere at alt av nødvendig utstyr og kjøretøy fungerer slik det skal gjøre.

Ambulansearbeiderne er pliktige til å vedlikeholde sine teoretiske og praktiske ferdigheter (A2, A3, A4, B1 og B5). Dette står i arbeidskontrakten deres. «*Så vi er pliktig til å trene på utstyr, så hvis det er lenge siden vi har brukt noe, og jeg kjenner at dette er jeg rusten på, så er jeg pliktig til å øve på det*» (B1). I ambulanseavdelingen er det videre etablert en bestemmelse for at det skal gjennomføres fire *fagdager* i løpet av ett arbeidsår (A1, A2, A3, A4, A5, B1, B2, B3, B4, B5). Alle ambulansarbeidere er pliktig til å delta på fagdagene og det inngår som del av deres turnus. For to av fagdagene er innholdet styrt av ambulanseavdelingen fra sentralt hold, mens de to resterende dagene kan de forskjellige ambulansestasjonene selv bestemme hva de skal øve eller kurses på. I forbindelse med opplysningene informantene kommer med om fagdagene så uttaler A2 følgende: «*Fagdager skal sikre riktig kompetanse, og det er jo for eksempel de som ikke har så mye oppdrag, så da er det jo viktig at de kan få trene og øve når de kanskje ikke har så mye oppdragsløsning som andre stasjoner. Da er de klar den dagen de kommer ut på ett oppdrag og de møter det temaet som de hadde på fagdagene*». A2 uttaler også at: «*Noen ganger bruker vi også egne erfarte oppdrag som caser vi kjører på fagdagene*». På fagdagene har det eksempelvis vært gjennomført opplæring på hvordan å håndtere vold og trusler i tjenesten, repetisjon av etablerte prosedyrer og arbeidsmetodikker samt opplæring på nytt utstyr og nye prosedyrer (A1, A2, A3, A5, B1, B5).

I løpet av ett arbeidsår skal ambulansarbeiderne også utføre pålagte teoretiske og praktiske prøver (A2, A3, A4, B1 og B5). Dette er årlige sertifiseringer hvor ambulansarbeiderne selv rapporterer inn hva de har sjekket seg selv ut på, i tillegg til at det er en del av sertifiseringene som fagutviklerne skal sjekke dem ut på (A4 og B5). Eksempler på denne type utsjekker er en teoretisk medikamentprøve og praktiske øvelser med håndtering av utstyr og metoder for pasientbehandling. En annen bestemmelse er at hvis ambulansarbeiderne er ute av tjenesten i mer enn fire måneder, er de pliktige til å gjennomgå fem uker med re-trening før de får gjeninntre i tjenesten (A4). Fagutviklere og seksjonsledere har oversikt over hva ambulansarbeiderne har gjennomgått av resertifiseringer i løpet av ett år gjennom en kompetanseplanoversikt som oppdateres jevnlig for alle ambulansarbeiderne ved UNN (A3).

På de forskjellige ambulansestasjonene skal det være lagt opp til muligheter for egentrening på ferdigheter for ambulansarbeiderne (A1, A2, A3, A4 og A5). De fleste

ambulansearbeiderne opplever at de har gode muligheter til å holde sine ferdigheter ved like (B1, B2, B4 og B5).

Hvert femte år må ambulansearbeiderne gjennom et oppfriskningskurs for utrykningskjøring (A1, A2, A3, A4, A5, B2, B5). Informant A5 uttaler her at *«Vi kjører refreshkurs på den utrykningskjøring vår, så det er verdt å nevne at det er positivt, og personellet oppfatter det som positivt at vi får refresh kunnskapen vår på utrykningskjøring, for det er kanskje det mest risikofylte vi gjør i løpet av en arbeidshverdag.»*. Informant B1, B2, B4 beskriver at de er veldig fornøyd med oppfølgingen av deres kompetansenivå gjennom disse oppfriskningskursene. Informant A3 forteller at selve kjøreskolen og kravet til oppfriskningskurs for ambulansearbeidere ble etablert på bakgrunn av en risikovurdering de gjorde for en del år tilbake. Kjøreskolen og oppfriskningskurset ble opprettet for å kunne oppdatere kjørekompetansen hos ambulansearbeiderne og plukke bort uvaner (A3). De ansatte i ambulanseavdelingen ved UNN blir også tilbudt kurs for å oppdatere kunnskapen sin på andre områder som er relevant for tjenesten. En stor andel av de ansatte opplever at de har gode muligheter for videreutdanning og kursing (A2, A3, A4, B1, B2, B3, B4 og B5), mens noen få ønsker derimot bedre muligheter for kompetanseheving (A1, A2 og A5).

De ulike tiltakene som gjennomføres i ambulanseavdelingen er ikke bygget på konkrete risikovurderinger, men dette er noe som har utviklet seg over tid i avdelingen (A1, A2, A3, A4 og A5). Her uttaler informant A3 at: *«Det er laget med bakgrunn med erfaring fra 2006 da vi laget et konsept som vi rullet ut. Så har vi da flikket og spikket på det, så det er et resultat av det vi har i dag men vi er jo ikke ferdige endå, det er stadig endringer. Det er ikke på bakgrunn av en risikoanalyse men det sagt at vi skal ha det og det. Så det har blitt sånn»*. Informant A1 uttaler at: *«Det er en selvfølge fremfor en risikoanalyse som ligger bak. Det er jo kjedelig å rykke ut på en hjertestans med en hjertestarter som er fri for strøm. Det er også veldig kjedelig å rykke ut en med bil som har punktert fordi vi ikke har sjekket bilen, også står den fri for luft i garasjen. Så det er en selvfølgelighet som har gjort det at vi har de rutineene vi har, den møtetypen og de kontrollrutinene som ligger fast inne.»*. Informant A2 beskriver det samme men viser til et eksempel med fagdager og at det er etablert for å sikre at ambulansearbeiderne har riktig kompetansenivå. Utover dette så foreligger det risikoanalyser bak de tiltakene som er iverksatt mot vold og trusler i tjenesten (A1, A2, A3, A4 og A5), samt at det er gjort lokale risikovurderinger ute på de forskjellige stasjonene i forbindelse med utbruddet av Covid19, og at det er iverksatt tiltak på bakgrunn av dette (A4 og A5).

Oppsummert fra dette underkapittelet viser funn som angår risikohåndteringen at ambulanseavdelingen i stor grad har tiltak som retter seg mot ivaretagelse og utviklingen av kompetansenivået til ambulansesarbeiderne. Dette gjøres gjennom ulike former for øving og kursing i tillegg til at det er egne ansatte som jobber med å følge opp kompetansen. Videre så foreligger det prosedyrer og sjekklister som beskriver arbeidsmetodikken til ambulansesarbeiderne i tillegg til rutiner for utstyrssjekk og funksjonskontroll av materiell. De forskjellige tiltakene er utviklet over tid og er i mindre grad et resultat av konkrete risikovurderinger med noen få unntak herunder tiltak mot trusler og vold.

4.4 Kommunikasjon, overvåking og rapportering

I risikostyringsprosessen er *kommunikasjon og konsultasjon* viktig for å kunne bidra til å gjøre det enklere å holde oversikt over risiko og fremme muligheten for at flere synspunkter om risiko kan belyses. *Overvåking og gjennomgåelse* av risikostyringsprosessen må gjennomføres for å kunne både sikre og forbedre kvaliteten av risikostyringen, og *registrering og rapportering* må derfor også være på plass i en organisasjon for å kunne dokumentere resultatene av risikostyringsprosessen (NS-ISO 31000, 2018). Disse aktivitetene kan igjen være med på å danne grunnlag for å underbygge flere av de fem kapabilitetene for organisatorisk resiliens.

Fra Dok 1 er det beskrevet at analysens grunnlag er hentet gjennom erfaringer fra ambulansesarbeidere som opplever trusler og vold ved entring av bygninger, anlegg og på skadesteder. Det er ikke anført i dokumentet om denne informasjonen til analysen er innhentet på bakgrunn av formell rapportering eller gjennom uformelle kanaler. I dokumentet beskrives det videre at resultatene av analysen vil være gjeldende for alle ambulansestasjoner i ambulanseavdelingen til UNN, men det er ikke beskrevet hvordan dette skal kommuniseres ut eller hvordan tiltak følges opp over tid i organisasjonen.

Det er allment kjent at ambulanseavdelingen har et formelt rapporteringssystem for å melde avvik, nestenulykker og fremme forslag om forbedring i avdelingen (A1, A2, A3, A4, A5, B1, B2, B3, B4 og B5). A3 beskriver her at: «*Ja rapporteringssystemet brukes, det blir mer og mer bruk av det heldigvis og det er bra fordi vi kan måle temperaturen på ting, på en god måte med det egentlig*». Ambulanseavdelingen har en egen modul i kompetanseplanen hvor de ansatte får opplæring i bruk av det formelle rapporteringssystemet før de får ta det i bruk (A2). Informant A4 og A2 beskriver at de opplever en jevn strøm av forbedringsforslag og avvik gjennom rapporteringssystemet fra ambulansesarbeiderne. Informant A2 forklarer også at vedkommende foretrekker at ambulansesarbeiderne benytter seg av det formelle rapporteringssystemet fremfor

å melde avvik muntlig: *«Jeg liker ikke at de ikke skriver avvik, jeg liker at de sender avvik selv fordi da får de sagt det med sine ord. Det er det jeg liker»*. Videre angående rapportering uttaler informanten at: *«Det er derfor jeg sier til dem det er bedre at dere skriver ned avviket, så blir det deres ord, istedenfor at det skal gå via meg og jeg skal fortelle hvordan at det var sånn og slik. Det er jo ikke sikkert at jeg har fått med meg de riktige detaljene. Derfor er det viktig at dem sender det avviket og forklarer hvordan de har gjort det og hva som har skjedd. Fordi da blir det deres ord og deres opplevelse som kommer frem. (A2).*

Vaktbyttmøter på de forskjellige ambulansestasjonene er en viktig arena for å diskutere og rapportere om risiko i tjenesten (A1, A2, A3, A4, A4, B1, B2, B3, B4 og B5). Vaktbyttmøtet er en fast ordning på alle ambulansestasjoner hvor det avtroppende vaktlaget med ambulansarbeidere gjennomfører et overlappingsmøte med de påtroppende vaktmannskapene. Under møtene er også lokale ledere og seksjonsledere med hvis de befinner seg på den aktuelle stasjonen den dagen. På disse møtene så gis det en statusrapport på hvilke oppdrag som er utført, hvilke utfordringer de har stått overfor på oppdragene og hvordan de avtroppende mannskapene har håndtert dette i løpet av vekten deres. Videre så blir det avklart på vaktbyttmøtene hvilke arbeidsoppgaver det påtroppende vaktlaget skal utføre og det blir dokumentert hvem som har ansvaret for hva. Arbeidsoppgaver som kan avtales kan være hvem som skal følge opp servicetimer på biler og utstyr, vasking av vedlikehold på den aktuelle ambulansestasjonen eller å utbedre feil og mangler på utstyr eller kjøretøy i løpet av vekten. Det diskuteres ofte status på enkelte veistrekker under vaktbyttmøtene og det vises til at dette gjør at man kan overlappes fra vaktlag til vaktlag hvilke veistrekninger de burde unngå under enkelte årstider, da standarden på veien kan være for dårlig til å kjøre utrykning på (B2, B3 og B4). De fleste seksjonslederne deltar på vaktbyttmøter på de forskjellige stasjonene i løpet av en arbeidsuke og gjennom møtene kan de her holde seg oppdatert på hva som skjer i deres ansvarsområde og hvordan ambulansarbeiderne har det på jobb (A1, A2, A3 og A5). Informant A5 uttaler at: *«Jeg opplever å få gode tilbakemeldinger fra de under meg, og det blir det du jobber mest mot. Ambulansarbeiderne opplever vaktbyttmøtene som viktig da de kan dele av sine erfaringer og at de kan holde seg oppdatert på ulike momenter som de mener er viktig å kjenne til fra dag til dag og mellom vaktene de har (B1, B2, B3, B4 og B5). Informant B5 uttaler her at: «Jeg ser ofte læringspotensialet i oppdrag som har vært krevende. Som alle kan lære noe ut av, det er gjerne morgenmøtene som blir forum for sånne typer læringsutveksling, rett og slett»*.

Fagdager oppleves som en arena hvor de ansatte kan dele av erfaringer med sine kollegaer og diskutere ulike risikoforhold samt hvordan de kan løse utfordringer i tjenesten (A2, A3, B1, B2,

B4 og B5). Informant B4 uttaler her at: «Når vi har fagdager så er jeg med på det, det setter jeg av. Jeg synes det er veldig viktig at jeg som leder deltar på disse fagdagene også i lag med dem. Da treffer jeg jo også de ansatte i andre fora, det er viktig. Og faktisk skaper en bro mellom de forskjellige stasjonene». Angående fagdager og erfaringsdeling mellom de ansatte så uttaler informant A3 at: «Det handler om forbedring. Vi er i ett yrke hvor vi stadig må se etter ei forbedring. Vi blir oppfordret til å se etter ting, det er jo sånn kultur med forbedring».

Ambulanseavdelingen har flere ambulansesarbeidere som er ansatt i stillinger som *fagutviklere* (B5). Disse er ansatt i en stilling hvor de skal jobbe delt som *fagutvikler* og *ambulansesarbeider*. Det er to fagutviklere for hver seksjon i ambulanseavdelingen ved UNN (B5). Fagutviklere skal organisere fag til de ansatte, herunder å kjøre kurs, øving og opplæring i den hensikt å sikre at alle ansatte er på samme faglige nivå og utføre en kvalitetssjekk på kompetansenivået (A3 og B5). Fagutviklere skal også ved behov utvikle prosedyrer og rutiner, samt sørge for at nye prosedyrer som kommer inn ovenfra i organisasjonen også blir implementert ut til ambulansesarbeiderne. Fagutviklere mottar føringer fra lengere opp i organisasjonen over hva de skal utdanne ambulansesarbeiderne på og de mottar også ønsker fra ambulansesarbeiderne om hva de ønsker å få repetisjon på. Fagutviklerne omgås også ute i tjenesten med ambulansesarbeiderne og søker etter informasjon over hva de trenger og ønsker å øve mer på for å utføre arbeidet deres på en mer sikker måte (A2, A3, A5 og B4). Her uttaler A5 at: «Fagseksjonen tar temperatur og er på, i aller høyeste grad. Det er også ting vi prøver å kartlegge, og se hva vil være behovet på de forskjellige plassene. Så er det spesielt vært nå i forbindelse med denne her Covid-19 situasjonen som vi både har vært og er i». Men fagavdelingen min, den fagseksjonen min, de har veldig god kontroll på hva som etterspørres og de er flink til å etterspørre hva de vil ha, altså oppfriskning på». Alle seksjoner har i ambulanseavdelingen har to fagutviklere hver (B5). Informantene B1, B2 og B4 forteller at de jevnlig melder fra til fagutviklerne i sine respektive seksjoner med forslag og behov for hva de vil øve mer på i tjenesten, i tillegg til å fremme forbedringsforslag der hvor de ser muligheter for dette på utstyr og prosedyrer. I forbindelse med dette uttaler B4 at: «Det trenger ikke være et avvik for at man skal gjøre noe med ting, sikkerheten må hele tiden utvikles».

Seksjonslederne deltar på forskjellige møter med den sentrale ledelsen i ambulanseavdelingen i løpet av en arbeidsuke (A1, A2, A3, A4 og A5). På noen av møtene så er det gjennomgang av risikoforhold i tjenesten som enten meldes inn via rapporteringssystemet eller momenter som blir fanget opp via uformell prat og diskusjoner i tjenesten. Informant A2 beskriver at: «Vi har

også skype-møter hver uke med våre ledere, så har vi fast punkt på agendaen å gå gjennom de avvikene som er rapportert inn til hele avdelingen».

Alle informanter beskriver at de opplever at oppfølgingen av sikkerheten deres blir tatt på alvor i tjenesten. Informantene er samstemte i beskrivelsene sine om at arbeidsgiver følger opp saker som angår deres sikkerhet hvis de melder inn behov for utbedringer (A1, A2, A3, A4, A5, B1, B2, B3, B4 og B5). En informant uttaler at: *«Jeg tror ikke jeg kan komme på et eneste tilfelle hvor at noe som har med sikkerhet å gjøre har blitt holdt tilbake»* (A4).

Appen som benyttes av ambulansearbeiderne i tjenesten for å slå opp på prosedyrer og rutiner, blir av flere informanter nevnt som et medium fra hvor de ofte mottar oppdateringer og nye føringer for hvordan de skal løse oppdragene i tjenesten (A1, A2, A4, A5, B1, B2, B3, B4 og B5). Flere av informantene beskriver hvordan appen ble oppdatert flere ganger daglig under utbruddet av Covid19 og at de ofte opplevde at deres arbeidsmetoder ble endret ettersom pandemien utviklet seg (A2, B1, B2, B3, B4 og B5). Informant B1 forteller at: *«Det er klare linjer på hvordan vi skal forholde oss til det her. Og det kom på dagen, de nye prosedyrene og retningslinjene for håndteringen av corona. Også har de rettet på det, dette må vi gjøre bedre, dette må vi endre, så vi har gjort det forløpende».*

Ambulansearbeiderne har tilgang til både nødnettsamband og mobiltelefon i kjøretøyene sine under oppdragsløsning (A1, A2, A3, A4, A5, B1, B2, B3, B4 og B5). De kan benytte seg av sambandsmateriellet til å kommunisere med legevaktslege, AMK-sentralen og andre fagressurser i UNN. Dette beskrives som et viktig hjelpemiddel under oppdragsløsning da man raskt kan få støtte og hjelp ved behov. Informantene A2, B1, B2, B3, B4 og B5 forteller at de føler at de har god støtte og den er lett tilgjengelig gjennom bruk av sambandsmateriellet. Informant A1 forteller om et prøveprosjekt hvor det har blitt forsøkt å bruke videooverføring via telefon til legevaktslege. Informanten forteller at: *«Så det betyr at legevaktslegen får se pasienten, store sår som man før var tvingt til å kjøre inn for å se på, kan nå legevaktslegen se og dette blir avklart ute lokalt eksempelvis. Da kan man heller kjøre rett til Tromsø istedenfor å kjøre først 10 mil til legevakten og deretter til Tromsø. Da kan man heller kjøre rett til Tromsø hvis legevaktslegen ser at det her såret må sys av en kirurg».* Det er videre godt kjent i avdelingen hvem man som ansatt kan kontakte hvis man trenger kompetansestøtte utover sitt eget fagfelt (A1, A2, A3, A4, A5, B1, B2, B3, B4 og B5).

Intervjudataene viser at det er god takhøyde for å snakke med sin nærmeste leder om ting som angår dem, og alle informanter føler at de har god støtte i sine kollegaer hvor de daglig snakker om ulike elementer av tjenesten som de er opptatt av (A1, A2, A3, A4, A5, B1, B2, B3, B4 og B5). Ambulansearbeiderne jobber i makkerpar med turnusskift. De jobber ulike typer turnus men som regel jobber de ett eller flere døgn i strekk. Disse informantene nevner særlig at de opplever god støtte i sin makker og at det oppstår et tett samarbeid hvor de er godt kjent med hverandres arbeidsoppgaver og kompetansenivå siden de tilbringer mye tid sammen. Videre forklarer informantene at de ofte snakker om hvordan de løste oppdragene når de kjører tilbake fra oppdrag og at de også diskuterer seg imellom undervegs i oppdragsløsningen, om hvordan de mener oppdraget og pasientbehandlingen burde gjennomføres. Når informant B1 beskriver dette, legger vedkommende til at: «*Denne arbeidsmetodikken var sånn jeg ble opplært til å gjøre det på skolen når jeg var lærling. Også når vi er ferdig med oppdraget så går vi gjennom det, okey, hva skjedde, hva gjorde vi bra, hva kan vi gjøre bedre neste gang*». Også informantene B3, B4 og B5 forklarer i forskjellige eksempler hvordan de har blitt opplært til å følge en lignende arbeidsmetodikk. B3 forklarer at det er en del av prosedyrene deres hvor det er lagt opp til at det må gjennomføres jevnlig revurderinger for å overvåke pasientens status under oppdragsløsningen.

For å oppsummere det siste underkapittelet av funnene i studien så kan det trekkes frem at ambulanseavdelingen har en rekke forskjellige aktiviteter etablert som angår *kommunikasjon og konsultasjon, overvåking og gjennomgåelse* samt *rapportering og registrering*. Det gjennomføres flere former for møter på ulike nivå i organisasjonen, det er etablert fagdager og det benyttes samband samt en app hvor det gjennomføres en form for kommunikasjon om ulike forhold som angår tjenesten og deriblant risikoforhold. Videre så overvåker fagutviklere kompetansenivået til ambulansarbeiderne og prosedyrene som er gjeldende. De ansatte omgås også med hverandre og sine nærmeste sjefer i en slik grad at det blir diskutert og snakket om dagligdagse utfordringer og løsninger i tjenesten. Ambulanseavdelingen har også etablert et skriftlig formelt rapporteringssystem for å registrere avvik og forbedringsforslag som legger grunnlaget for en del av agendaen på møtevirksomheten i avdelingen.

5 Diskusjon

I dette kapitlet vil funnene diskuteres opp mot det teoretiske rammeverket gjennom forskningsspørsmål. Kapitlet er strukturert etter forskningsspørsmålene og det gis en oppsummering for hvert av underkapitlene. Avslutningsvis presenteres det også en tabell i det siste delkapitlet.

5.1 FS 1: «Hvordan gjennomføres risikostyringen i ambulanseavdelingen?»

Her vil det først drøftes hvordan ambulanseavdelingen gjennomfører *forarbeidet* i risikostyringen, herunder å eksempelvis sette mål for risikostyringsarbeidet, definere analyseobjekter, vurdere interne og eksterne forhold, samt skaffe oversikt over retningslinjer og pålagte standarder de skal følge. Videre vil det drøftes hvordan avdelingen identifiserer, vurderer og evaluerer risiko, samt hvordan risiko håndteres. Avslutningsvis vil det drøftes hvordan det kommuniseres og konsulteres om risiko, og hvordan den overvåkes og rapporteres. Dette er alle aktiviteter og elementer som er en del av den systematiske risikostyringsprosessen (NS-ISO 31000, 2018), og således vil være det teoretiske rammeverket som de empiriske funnene skal ses opp mot for å analysere hvordan ambulanseavdelingen gjennomfører risikostyringen.

5.1.1 Forarbeidet i risikostyringsprosessen

Ambulanseavdelingen etablerer mål og avgrensninger for den aktuelle ROS-analysen (Dok1). Utover dette er det ingen funn som beskriver noe ytterligere om hvilket forarbeid som gjøres i det innledende arbeidet av denne risikostyringsprosessen. Således er det få av de innledende elementene i risikostyringsprosessen (NS-ISO 31000, 2018) som utføres i forarbeidet av akkurat denne analysen som Dok 1 omhandler. Samtidig er dette kun en enkeltanalyse og det kan diskuteres for at det ikke vil være nødvendig med ytterligere avklaringer for *en* risikoanalyse som omhandler kun et definert forhold som «*Trusler og vold*» (Dok1). Etablering av mål og avgrensning av analyseobjektet kan derfor tenkes å være tilstrekkelig forarbeid for en enkeltanalyse i dette tilfellet. Derimot kan det heller sies å være en svakhet ved selve studien at den ikke fikk innsyn i flere dokumenter, eller intervjuet flere nøkkelpersoner i ambulanseavdelingen som det kan tenkes å kunne gitt svar på hvilket forarbeid og vurderinger som er lagt til grunn for den overordnede risikostyringsprosessen, herunder eksempelvis kartlegging av pålagte *standarder* eller *retningslinjer* som de skal følge (NS-ISO 31000, 2018). På en annen side er det hensiktsmessig å poengtere viktigheten av *forarbeidet* som skal gjøres,

da den skal blant annet sørge for en *tilpasset* og *virkningsfull* risikostyringsprosess i organisasjonen (NS-ISO 31000, 2018). Her er det ingen av informantene (A1, A2, A3, A4, A5, B1, B2, B3, B4 og B5) som er kjent med om det er satt et mål for det overordnede risikostyringsarbeidet i organisasjonen eller har gjennomført andre elementer i forarbeidet til risikostyringsprosessen. Det kan diskuteres for at de ansatte som et minimum burde kjenne til målsetningen for det overordnede risikostyringsarbeidet i organisasjonen, da det er viktig at hele organisasjonen deltar i dette arbeidet for at det skal være virkningsfullt (Aven, 2015). En konsekvens av manglende målforankring hos de ansatte kan derfor tenkes å være at risikostyringsprosessen ikke oppnår sin fulle potensielle virkning i organisasjonen.

5.1.2 Risikoidentifikasjon

Ut av aktivitetene i risikostyringsprosessen er *risikoidentifikasjon* en av de aller viktigste, da den avdekker hvilke hendelser en organisasjon skal søke å unngå (Aven, 2015). I ambulanseavdelingen gjennomføres *risikoidentifikasjonen* daglig gjennom både øving, diskusjoner, oppdragsløsning og idemyldring. Både seksjonsledere (A1, A2, A3, A4 og A5) og ambulansesarbeidere (B1, B2, B3, B4 og B5) er involvert i dette, men det er de sistnevnte som i hovedsak identifiserer risikoer. Dette vil være til fordel for organisasjonen, da ansatte med operasjonell erfaring vil styrke kvaliteten på risikovurderingsprosessen (Kjellen & Albrechtsen, 2017). I tillegg vil det være viktig å benytte seg av oppdatert informasjon i risikoidentifiseringen (NS-ISO 31000, 2018), noe som ambulansesarbeiderne representerer da de til daglig står overfor ulike risikoer under deres oppdragsløsning (A1, A2, B1, B2, B3, B4 og B5). Ambulanseavdelingen gjennomfører også risikoidentifikasjon gjennom å benytte seg av innrapporterte data (A3) i tillegg til at det har vært benyttet statistikk over uønskede hendelser fra UNN (A1). Dette vil i tillegg også kunne være en fordel for ambulanseavdelingens risikoidentifikasjon da også historiske data (Aven et al., 2010) kan være en hensiktsmessig metode for å identifisere risiko. Dette betyr at ambulanseavdelingen benytter seg av flere teknikker for å identifisere risiko og dette kan tenkes å bidra til en økt evne i å identifisere risiko i organisasjonen (Aven et al., 2010, s. 56).

5.1.3 Risikoanalyse og risikoevaluering

De risikoene som organisasjonen identifiserer bør kartlegges i en risikoanalyse for å kunne forstå risikoene i en mer detaljert grad (Pursiainen, 2018). En risikoanalyse i ambulanseavdelingen kan kartlegge hvilke sannsynligheter og konsekvenser som er forbundet med de forskjellige identifiserte risikoene, samt kilder til risiko og usikkerhet tilknyttet dette

(NS-ISO 31000, 2018). Ambulanseavdelingen har i ROS-analysen for *Trusler og vold* (Dok1) gjennomført vurderinger knyttet til konsekvenser og sannsynligheter for de ulike risikoene, noe som samsvarer med hva NS-ISO 31000 (2018) beskriver. Vurderingene som legges til grunn for konsekvensene og sannsynlighetene er erfaringsbasert (Dok1), og dette kan for øvrig ses på som en kvalitativ tilnærming til sannsynlighet- og konsekvensberegningen hvor man baserer seg på ekspertvurderinger (Pursiainen, 2018, s. 20). Resultatet av risikoanalysen er presentert i en risikomatrix med de analyserte risikoene plassert i matrisen ut fra hvilken konsekvens og sannsynlighetsklassifisering de er blitt vurdert til (Dok 1). Dette er videre i tråd med det Aven (2015, s. 43) beskriver som en del av det et risikobilde skal inneholde for å danne utgangspunkt for det videre arbeidet i en risikovurdering. Dette sett under et viser til at ambulanseavdelingen i Dok 1 utfører den aktuelle risikoanalysen i tråd med hva Aven (2015); NS-ISO 31000 (2018) og Pursiainen (2018) omtaler som noe av det sentrale i en risikoanalyse. Videre så viser intervjudataene at flere av de ansatte i ambulanseavdelingen har vært involvert i eller gjennomført flere formelle skriftlige risikoanalyser på lignende måter for andre identifiserte risikoer i ambulanseavdelingen, slik som risiko forbundet med kjøring med ambulansebil og tunge løft (A1, A2, A3, A4, A5 og B4). Her rapporteres det i tillegg om at ambulanseavdelingen har benyttet seg av innrapportert data i form av statistikk fra UNN (A1), samt at det har vært leid inn ekstern kompetanse for å bistå dem i vurderingene (A1 og A4) knyttet til de risikoene de har analysert. Dette viser til at ambulanseavdelingen også bruker flere kvalitative teknikker i form av at de leier inn ekspertkompetanse men også at de til en viss grad benytter seg av kvantitative data for å støtte seg på i sine risikoanalyser (Aven, 2015; Pursiainen, 2018, s. 20). Da disse opplysningene også rapporteres om fra et mellomledernivå i organisasjonen kan det være med på å styrke antagelsen om hvordan ambulanseavdelingen gjennomfører sine formelle risikoanalyser da seksjonsledere har større innsikt i slike prosesser enn hva de tilfeldig utvalgte ambulansearbeiderne i denne studien har.

Som siste del av risikovurderingen så skal ambulanseavdelingen gjennomføre en risikoevaluering (NS-ISO 31000, 2018). Her bør organisasjonen evaluere om risikoene er akseptable eller tolererbare (Pursiainen, 2018) ved å vurdere resultatet av risikoanalysen opp mot risikokriteriene som er satt (NS-ISO 31000, 2018). Ambulanseavdelingen viser gjennom den dokumenterte ROS-analysen (Dok 1) at de vurderer resultatet av risikoanalysen opp mot risikokriteriene fra Helse nord ved at de eksempelvis ikke aksepterer risiko forbundet med at det befinner seg aggressive tilskuere på skadestedet, men at de aksepterer risiko forbundet med trusler via telefon. Videre så fremkommer det fra intervjuene med informantene at risikoforhold

diskuteres i den daglige tjenesten, og på vaktbyttemøter hvor eksempelvis veistandarden ofte risikoevalueres (B2, B3 og B4). Det kan dermed se ut til at ambulanseavdelingen gjennomfører en risikoevaluering i tråd med anbefalinger fra litteraturen (NS-ISO 31000, 2018; Pursiainen, 2018) men at det også gjennomføres på mer uformelle måter.

5.1.4 Risikohåndtering

På bakgrunn av de forutgående aktivitetene i risikostyringsprosessen skal organisasjonen velge en eller flere *risikohåndteringsstrategier*. Ambulanseavdelingen kan blant annet velge å unngå risiko, fordele, overføre, redusere eller beholde risiko (Aven, 2015; NS-ISO 31000, 2018). Funn fra både dokumentanalysen (Dok1) og intervjuene med informantene viser til at ambulanseavdelingen i stor grad forsøker å redusere risiko både gjennom sannsynlighets- og konsekvensreducerende tiltak (Aven et al., 2010) og således håndterer risiko ved å redusere den. Ambulanseavdelingen har i stor grad etablert bestemmelser og rutiner for hvordan ambulansearbeidere skal vedlikeholde og utvikle sin faglige kompetanse. Eksempler på dette er blant annet at det gjennomføres fire fagdager i året hvor det har vært gjennomført opplæring på hvordan å håndtere vold og trusler i tjenesten (A1, A2, A3, A5, B1 og B5). Dette vil være et risikohåndteringstiltak som kan være både sannsynlighets- og konsekvensreducerende da opplæring av ambulansearbeider kan gjøre dem bedre skikket til å både unngå eskaleringer av voldelige situasjoner og gi dem opplæring i hvordan de kan beskytte seg hvis de blir angrepet under oppdragsløsning. Andre lignende tiltak er også etablert i organisasjonen, herunder krav om at ambulansearbeidere skal vedlikeholde sine teoretiske og praktiske ferdigheter, i tillegg til at de må avlegge årlige prøver og tester i en del av de ferdighetene som de er pliktige til å vedlikeholde. Videre er det også krav om at ambulansearbeiderne må gjennomgå oppfriskningskurs på utrykningskjøring hvert femte år. Disse tiltakene sett under ett tyder på at ambulanseavdelingen har i stor grad valgt å håndtere risiko (Aven et al., 2010; NS-ISO 31000, 2018) gjennom å redusere den gjennom å vedlikeholde og utvikle kompetansen til ambulansearbeiderne. Korrekt opplæring samt oppdatering av kunnskap og ferdigheter blant ambulansearbeiderne kan være både et sannsynlighets- og konsekvensreducerende tiltak (Aven et al., 2010), da det kan være med på å påvirke hvordan ambulansearbeiderne både forebygger risiko og håndterer uønskede hendelser når de oppstår. En uttalelse fra informant A2 illustrerer på en god måte fordelene med denne type risikohåndteringstiltak:

«Fagdager skal sikre riktig kompetanse, og det er jo for eksempel de som ikke har så mye oppdrag, så da er det jo viktig at de kan få trene og øve når de kanskje ikke har så mye

oppdragsløsning som andre stasjoner. Da er de klar den dagen de kommer ut på ett oppdrag og de møter det temaet som de hadde på fagdagene».

I tillegg til at ambulanseavdelingen i stor grad har etablert risikoreduserende tiltak som angår vedlikehold av kompetanse, er det også etablert sjekklister og prosedyrer som beskriver en stor del av arbeidsmetodikken til ambulansearbeiderne (A1, A2, A3, A4, A5, B1, B2, B3, B4 og B5). Videre så er det også etablert bestemmelser for at det skal gjennomføres daglige og ukentlig kontroll av utstyr og kjøretøy, både at alt utstyr er tilstede og en funksjonskontroll. Disse tiltakene kan også diskuteres til å være sannsynlighets- og konsekvensreduserende, da både prosedyrer samt kontroll av utstyr og kjøretøy kan bidra til at man utfører arbeidet på en korrekt måte og at utstyret fungerer som forventet under oppdrag. Særlig hva angår rutiner for kontroll av utstyr og kjøretøy, understreker informant A1 sine uttalelser den risikoreduserende effekt de kan ha:

«Det er jo kjedelig å rykke ut på en hjertestans med en hjertestarter som er fri for strøm. Det er også veldig kjedelig å rykke ut en med bil som har punktert fordi vi ikke har sjekket bilen, også står den fri for luft i garasjen».

Man ser her at ambulanseavdelingen i stor grad benytter seg av en risikoreduserende strategi og det er derfor også hensiktsmessig å drøfte hvorfor akkurat disse tiltakene har blitt valgt. Noen av tiltakene kan ses i sammenheng med de foregående aktivitetene i risikostyringsprosessen, da eksempelvis tiltak mot vold og trusler er utledet gjennom en systematisk risikovurderingsprosess som beskrevet fra funn i dokumentanalysen (Dok1). Utover dette er det ingen funn i studien som tyder på at de andre tiltakene som er identifisert er bygget på noen form for formelle risikovurderinger, og seksjonslederne har også uttalt direkte at det ikke foreligger noen konkrete risikovurderinger for alle de etablerte tiltakene (A1, A2, A3, A4 og A5). Dette er et interessant funn da det kan tyde på at ambulanseavdelingen ikke har en fullverdig systematisk tilnærming til risikostyringen da det ikke kan vises til dokumenterte vurderinger bak alle de iverksatte tiltakene, slik som de etablerte prosedyrene, utstyrskontrollene samt tiltakene for å ivareta kompetansen til ambulansearbeiderne. Angående denne problemstillingen viser intervjudata at:

«Det er laget med bakgrunn med erfaring fra 2006 da vi laget et konsept som vi rullet ut. Så har vi da flikket og spikket på det, så det er et resultat av det vi har i dag men vi er jo ikke

ferdige endå, det er stadig endringer. Det er ikke på bakgrunn av en risikoanalyse men det sagt at vi skal ha det og det. Så det har blitt sånn» (A3).

Denne uttalelsen kan derfor tyde på at det gjennomføres uformelle risikoanalyser som grunnlag for noen av de etablerte tiltakene. Dette er ikke nødvendigvis et negativt funn, da uformelle risikoanalyser kan tenkes å være like hensiktsmessige å benytte seg av, da ambulansearbeiderne ofte kan være på tidskritiske oppdrag, og det vil være behov for forenklete risikoanalyser. Således kan det diskuteres til å være en viktig ferdighet som ambulansearbeiderne burde inneha. Likevel er det viktig å påpeke at risikostyringsprosessen skal gjennomføres på en systematisk måte (Aven et al., 2010; NS-ISO 31000, 2018), og det kan derfor tenkes at ambulanseavdelingen ikke oppnår en like virkningsfull risikostyringsprosess som organisasjonen har potensiale for, ved å eksempelvis ikke gjennomføre en god nok analyse av ulike risikoforhold og dermed ikke iverksette det mest hensiktsmessige tiltaket.

5.1.5 Kommunikasjon, overvåking og rapportering

Ambulanseavdelingen burde ifølge NS-ISO 31000 (2018) etablere metoder for *kommunikasjon og konsultasjon* om risikoforhold i organisasjonen slik at relevant informasjon kan innsamles og at det kan bli gitt tilbakemeldinger som kan føre til forbedringer i risikostyringsprosessen. Funnene i studien indikerer at ambulanseavdelingen kommuniserer om risiko både gjennom møter, via samband under oppdragsløsning, gjennom en app på smarttelefoner, under fagdager samt gjennom uformelle samtaler i turnustjenesten til ambulansearbeiderne (A1, A2, A3, A4, A5, B1, B2, B3, B4 og B5). Eksempelvis under vaktbyttene på ambulansestasjonene så beskriver alle informanter under intervjuene at dette møtet er en viktig arena hvor risiko diskuteres og at det meldes om risikoforhold mellom det avtroppende og påtroppende vaktlaget. Det at alle informanter beskriver akkurat dette møtet som viktig for å kommunisere om risiko er også med på å underbygge dette funnet som en av de viktigste metodene denne organisasjonen har for å kommunisere om risiko som er i tråd med det NS-ISO 31000 (2018) beskriver. Det at organisasjonen også kommuniserer om risiko gjennom flere uavhengige metoder kan være en fordel som er med på å underbygge prinsippet om at kommunikasjon om risiko skal gis i tilstrekkelig grad og fremme inkludering av alle de som er berørt i organisasjonen på alle nivå (NS-ISO 31000, 2018). Ved at man i tillegg til fysiske møter også har digitale løsninger, så kan organisasjonen øke sannsynligheten for at informasjon når ut til alle. Således kan det tenkes å være en fordel å ha flere etablerte metoder for kommunikasjon om risiko.

Et annet funn som er viktig å drøfte angående ambulanseavdelingens *kommunikasjon* av risiko, er den manglende kjennskapen til dokumenteringen av risikoer og de formelle risikoanalysene som er gjennomført i organisasjonen. Her fremkommer det fra intervjuene at halvparten av informantene (B1, B2, B3, B4 og B5) ikke kjenner til om de identifiserte risikoene er dokumenterte, og disse informantene vet heller ikke hvor de kan finne de formelle risikoanalysene slik som Dok 1 og andre analyser. Dette kan tyde på at ambulanseavdelingen har et forbedringspotensial med tanke på å kommunisere ut hvilke skriftlige risikoanalyser som er gjennomført. Ved at flere ansatte i organisasjonen får tilgang til de skriftlige produktene kan både forståelse for risikoene øke og analysene kan forbedres ved at flere ansatte med operasjonell erfaring kan komme med innspill (Kjellen & Albrechtsen, 2017), og således bidra til en mer virkningsfull prosess (Aven, 2015).

På lik linje med kommunikasjon og konsultasjon skal ambulanseavdelingen også gjennomføre en form for *overvåking og gjennomgang* i risikostyringsprosessen for å kunne både sikre og forbedre kvaliteten av prosessen (NS-ISO 31000, 2018). Overvåking og gjennomgang i ambulanseavdelingen vil innbefatte innsamling og analysering av informasjon for å kunne gi tilbakemelding til de som har beslutningsansvar- og myndighet. Funn fra intervjuene viser til at det gjennom fagutviklere, seksjonsledere og ambulansesarbeidere foregår en form for overvåking av hvordan risiko håndteres i tjenesten. Flere av seksjonslederne og en ambulansesarbeider (A2, A3, A5 og B4) beskriver hvordan fagutviklerne følger opp hva ambulansesarbeiderne har behov for av øving og hva de selv ønsker å øve mer på for å utøve arbeidet på en mer sikker måte. Ut av disse seksjonslederne så beskriver informant A5 at:

«Fagseksjonen tar temperatur og er på, i aller høyeste grad. Det er også ting vi prøver å kartlegge, og se hva vil være behovet på de forskjellige plassene. Så er det spesielt vært nå i forbindelse med denne her Covid-19 situasjonen som vi både har vært og er i. Men fagavdelingen min, den fagseksjonen min, de har veldig god kontroll på hva som etterspørres og de er flink til å etterspørre hva de vil ha, altså oppfriskning på».

Denne uttalelsen underbygger funnet om at fagutviklere i stor grad samler inn og analyserer informasjon (NS-ISO 31000, 2018). På denne måten kan beslutningstakere i organisasjonen få en tilbakemelding på effekten av risikotiltakene, og deretter justere eventuelt øvingsbestemmelser eller prosedyrer på bakgrunn av denne informasjonen. Seksjonsledere og ambulansesarbeidere har også en rolle i overvåkingen da de selv også følger opp sikkerhetsrelaterte tema i tjenesten som de gir tilbakemeldinger på, men det er likevel

fagutviklerne som virker å ha den mest sentrale rollen da deres stilling særlig har en overvåkingsfunksjon, slik som beskrevet fra intervjuene med både en seksjonsleder (A3) og en ambulansesarbeider som selv er fagutvikler (B5).

Resultatene av risikostyringsprosessen må kunne dokumenteres og dette skal ifølge NS-ISO 31000 (2018) gjøres gjennom *registrering og rapportering* i organisasjonen. Ved å dokumentere resultatene av sin risikostyring kan ambulanseavdelingen forbedre sine risikotiltak og sine metoder for kommunikasjon om risiko. Ambulanseavdelingen har etablert et formelt rapporteringssystem som alle informantene er godt kjent med (A1, A2, A3, A4, A5, B1, B2, B3, B4 og B5). Seksjonslederne A2 og A4 beskriver fra intervjuene at de opplever at rapporteringssystemet blir brukt, da de mottar jevnlig forbedringsforslag og avvik fra deres ambulansesarbeidere. Dette funnet styrker en antagelse om at ambulanseavdelingen legger til rette for å jobbe systematisk med risikostyringsprosessen da rapporteringssystemet blir brukt som tiltenkt. Videre så er det også krav til at alle brukere av rapporteringssystemet må gjennomføre en opplæring i bruk av systemet før de får ta det i bruk (A2). Dette kan også tyde på at organisasjonen ønsker å kvalitetssikre en viktig del av risikostyringsprosessen gjennom å sørge for at registreringssystemet blir brukt på en korrekt måte og øke brukerkompetansen.

Utover det formelle rapporteringssystemet som er etablert i ambulanseavdelingen, så foregår det også uformelle former for rapportering. Både under de forskjellige møtene, fagdage og gjennom uformelle samtaler mellom seksjonsledere og øvrige ansatte så foregår det en form for rapportering av risikoforhold i tjenesten. Selv om dette er uformell og muntlig rapportering, så er dette også i tråd med anbefalingene til NS-ISO 31000 (2018) da rapportering skal ta sikte på å fremme samhandling mellom interessenter gjennom hensiktsmessige mekanismer. Således kan det tolkes til at det ikke burde begrenses til kun skriftlige former for rapportering, men også gjennom muntlige uformelle metoder.

5.1.6 Oppsummering av forskningsspørsmål 1

Det viser seg at ambulanseavdelingen har stort sett en systematisk tilnærming til arbeidet med risikostyringsprosessen. Noen mindre mangler foreligger knyttet til *forarbeidet* og bekjentgjøringen av resultater fra *risikoanalyser*, men hovedinntrykket er at organisasjonen utøver en systematisk og velfundert risikohåndtering da eksempelvis risikotiltakene er gode gjennom en bred satsing på å vedlikeholde og utvikle kompetansen til de ansatte. De manglene som foreligger kan relativt enkelt rettes opp, og sett under ett har ambulanseavdelingen gode tiltak på plass for å bedrive en god *risikohåndtering*, samt *overvåking*, *kommunikasjon* og

rapportering av risiko. Forbedringspotensialet ligger i å gjennomføre og dokumentere flere risikoanalyser som kan etableres og ligge til grunn for de risikohåndteringstiltakene som er identifisert. Også involveringen av de ansatte i organisasjonen virker å være på plass, noe som utfyller også et sentralt aspekt i risikostyringsprosessen.

5.2 FS 2: «Hvordan kan risikostyring underbygge de forskjellige kapabilitetene for organisatorisk resiliens?»

I forskningsspørsmål 1 har det vært drøftet hvordan ambulanseavdelingen gjennomfører sin risikostyring. De ulike aktivitetene i risikostyringsprosessen kan være med på å danne grunnlaget for organisatorisk resiliens, og det skal derfor i FS 2 drøftes hvordan risikostyringsprosessen i ambulanseavdelingen kan underbygge de fem kapabilitetene i rammeverket til Weick og Sutcliffe (2007). Drøftingen for FS2 vil ta for seg hvert av prinsippene til Weick og Sutcliffe hvor det drøftes opp mot med funn i risikostyringsprosessen som ambulanseavdelingen gjennomfører. Avslutningsvis i kapittelet gis det en oppsummering med en presentasjon av en tabell for å gi en lettfattelig oversikt over sammenhengen mellom risikostyringsprosessen og organisatorisk resiliens.

5.2.1 Fokus på svikt og feilhandlinger

Det er ifølge (Weick & Sutcliffe, 2007) viktig at en organisasjon avdekker små feil og svikt da det kan tyde på at noe er galt med systemet, og fordi dette da kan utvikles til en større hendelse. I prinsippet om *fokus på svikt og feilhandlinger* er det derfor viktig at de ansatte i organisasjonen ser etter feil og forsøker å kartlegge årsaksforholdene. Derfor er man avhengig av at de ansatte rapporterer om avvik og feil for å kunne få frem denne informasjonen i organisasjonen (Weick & Sutcliffe, 2007). Ambulanseavdelingen har etablert et *rapporteringssystem* som del av deres risikostyringsprosess, hvor det meldes avvik og forbedringsforslag til seksjonsledere og andre beslutningstakere lenger opp i organisasjonen. Ambulanseavdelingen tar *rapportering* på alvor da de både kurser opp sine ansatte i bruk av rapporteringssystemet (A2) og de oppmuntrer hverandre til å melde fra via rapporteringssystemet om risikoforhold som avdekkes (A2, A3, A4, B2, B3, B4 og B5). Ved at organisasjonen tar rapportering på alvor kan de dermed legge til rette for å avdekke små feil og svikt (Weick & Sutcliffe, 2007), noe som en seksjonsleder forklarer under et intervju:

«Ja rapporteringssystemet brukes, det blir mer og mer bruk av det heldigvis og det er bra fordi vi kan måle temperaturen på ting, på en god måte med det egentlig» (A3).

Ambulanseavdelingen gjennomfører dermed en aktivitet i risikostyringsprosessen som kan diskuteres til å underbygge en sentral del av prinsippet i å ha et *fokus på svikt og feilhandlinger* i organisasjonen (Weick & Sutcliffe, 2007). I dette prinsippet beskrives det i tillegg at organisasjonen må ha en lav terskel for å oppdatere prosedyrer og rutiner for å håndtere problemer de identifiserer (Weick & Sutcliffe, 2007). Gjennom en app for smarttelefoner har ambulanseavdelingen mulighet til å kommunisere ut prosedyrer og rutiner for arbeidsmetodikken til ambulansearbeiderne. Ved eksempelvis under en uønsket hendelse slik som utbruddet av Covid-19, ble arbeidsmetodene oppdatert inntil flere ganger daglig i appen ettersom pandemien utviklet seg (A2, B1, B2, B3, B4 og B5). En ambulansearbeider uttaler her om appen at:

«Det er klare linjer på hvordan vi skal forholde oss til det her. Og det kom på dagen, de nye prosedyrene og retningslinjene for håndteringen av corona. Også har de rettet på det, dette må vi gjøre bedre, dette må vi endre, så vi har gjort det forløpende» (B1).

Opplysningene som fremkommer om appen underbygger en antagelse om at i møte med pandemien viser ambulanseavdelingen hvordan de evner å oppdatere sine prosedyrer når de identifiserer nye problemer (Weick & Sutcliffe, 2007). Appen representerer et viktig funn om kommunikasjon som del av risikostyringsprosessen, da den fungerer som et oppslagsverk for ambulansearbeiderne over prosedyrer og rutiner som legges til grunn for å gjennomføre arbeidet på en måte som i dette tilfellet kan være med på å sørge for at de unngår smitte i tjenesten, både for seg selv og pasienter. Dette funnet kan tyde på at organisasjonen gjennom appen som kommunikasjonsplattform, har evne til å hurtig oppdatere sine rutiner samtidig som de kommuniserer endringene raskt ut til de som er i fremste linje (Weick & Sutcliffe, 2007). Samtidig mangler denne studien data fra ledernivået som er over seksjonsledere, noe som kunne pekt på hvordan ambulanseavdelingens øverste beslutningstakere bruker den innrapporterte informasjonen til å endre prosedyrer for å håndtere eksempelvis en økt smitterisiko. Dette kunne vært med på å styrke funnet ved at hele organisasjonen ble sett nærmere på og da kunne si noe om hvor etablert denne praksisen faktisk er på de høyere ledelsesnivåene.

5.2.2 Motvilje mot forenkling

For å kunne utvise en *motvilje mot forenkling*, skal en organisasjon være bevisst hvilken informasjon de velger å overse og unngå forenklinger av problemstillinger de står overfor Weick og Sutcliffe (2007). Innenfor dette prinsippet er det derfor viktig at organisasjoner må være interessert i å få et dypere innblikk og forståelse for situasjoner som de anser som å være

godt kjent. Dette gjøres ved at etablerte sannheter skal stilles spørsmål ved, med å se utenfor de etablerte rutinene og prosedyrene til organisasjonen (Weick & Sutcliffe, 2007). I ambulanseavdelingen søker de etter en stadig forbedring av kompetansen til de ansatte ved at fagutviklerne utøver en viktig del av *overvåkingen* i risikostyringsprosessen (NS-ISO 31000, 2018). Dette kan tyde på at ambulanseavdelingen som organisasjon ønsker å få en grundigere forståelse for hvilket kvalitetsnivå kompetansen til ambulansearbeiderne befinner seg på. Fremfor å bare akseptere at de formelle kravene til utdanning og kompetanse er oppfylt blant de ansatte, så søker organisasjonen både etter en dypere forståelse for kompetansenivået, samt at det gjennom fagutviklerne spesifikt søkes en forståelse for hvordan man kan videreutvikle kompetansen ytterligere gjennom deres overvåkingsfunksjon i risikostyringsprosessen (ref). Dette er i tråd med en sentral del av prinsippet om *motvilje mot forenkling* da en organisasjon ikke skal godta etablerte sannheter, men heller være interessert i å få en dypere innsikt fremfor å akseptere at situasjonen er kjent og forstått (Weick & Sutcliffe, 2007). Fagutviklerne representerer derfor en sentral del av overvåkingen i risikostyringsprosessen som her kan tenkes å være med på å underbygge prinsippet om *motvilje mot forenkling* ved at det søkes en forståelse for kvaliteten i kompetansenivået til ambulansearbeiderne. På denne måten kan organisasjonen jobbe for at ambulansearbeiderne skal inneha god nok og riktig kompetanse i forhold til risikobildet i tjenesten som kan være under stadig endring.

Den sentrale rollen som fagutviklerne har med tanke på overvåkingen i risikostyringsprosessen gir også muligheter for at organisasjonen kan lytte til de i fremste linje:

«Fagseksjonen tar temperatur og er på, i aller høyeste grad. Det er også ting vi prøver å kartlegge, og se hva vil være behovet på de forskjellige plassene. Så er det spesielt vært nå i forbindelse med denne her Covid-19 situasjonen som vi både har vært og er i. Men fagavdelingen min, den fagseksjonen min, de har veldig god kontroll på hva som etterspørres og de er flink til å etterspørre hva de vil ha, altså oppfriskning på» (A5).

Dette eksemplet beskriver at de ansatte også selv får påvirke hvordan kompetansen skal øves på gjennom tilbakemeldinger til fagutviklerne, noe som også er i tråd med prinsippet om *motvilje mot forenkling*, da det er de som befinner seg på de lavere nivåene i organisasjonen som skal oppfordres til å komme med sin mening. Det er ofte de som fanger opp tegn og signaler først på at en eventuell uønsket hendelse kan være under utvikling (Weick & Sutcliffe, 2007). Ved at de ansatte blir gitt anledning til å komme med tilbakemeldinger til fagutviklerne, så kan de ansatte selv komme med forslag til eksempelvis hva 2 av 4 fagdager skal inneholde og hva

de føler at de må heve kompetansenivået på (B1). Ved å gjennomføre denne formen for inkludering, sørger organisasjonen for at de ansatte kan komme med sin mening, og man får flere varierte syn og forståelser av en situasjon (Weick & Sutcliffe, 2007), som i dette tilfellet er å kartlegge om kompetansenivået er godt nok for å håndtere en del av risikoen som organisasjonen står overfor.

Videre så kartlegger ambulanseavdelingen ikke bare statusen på sine menneskelige ressurser. Som en del av risikohåndteringen gjennomføres det kontroll av kjøretøy og utstyr for å kontrollere at alt materiell også fungerer slik det skal. Denne formen for risikohåndtering er også med på å underbygge deler av prinsippet om *motvilje mot forenkling*, da organisasjonen også her søker en dypere innsikt i materiellstatusen (Weick & Sutcliffe, 2007). En jevnlig kontroll av utstyr og kjøretøy vil sørge for at organisasjonen sitter på et oppdatert bilde av tilstanden på materiellet, og således kan det oppdages feil og mangler før det kan utvikle seg til en uønsket hendelse med materiell som ikke er i tilfredsstillende tilstand. Ambulanseavdelingen viser derfor at de også søker en dypere forståelse for statusen på materiellet i tillegg til kompetansenivået til de ansatte, og det later til at de ønsker med dette å unngå forenklinger om forståelsen for tilstanden på deler av sine sentrale ressurser.

5.2.3 Operasjonssensitivitet

Weick og Sutcliffe (2007) beskriver at en resilient organisasjon må kunne utvise *operasjonssensitivitet* ved å være oppdatert på situasjonen på gulvet og mindre opptatt av det store strategiske bildet. Ved å jobbe for en god situasjonsforståelse kan det skape mulighet for organisasjonen i å justere kursen og foreta endringer som kan hindre utviklingen av en uønsket hendelse. For å legge til rette for *operasjonssensitivitet* må organisasjonen sørge for at de ansatte omgås hverandre på en slik måte at informasjonsflyten opprettholdes og dermed kan skape et klart bilde av situasjonen for alle ansatte (Weick & Sutcliffe, 2007). I ambulanseavdelingen er det etablert en rekke metoder for å kommunisere om risiko hvor vaktbyttene er en av metodene som bidrar til å holde ambulansearbeiderne oppdaterte på situasjonen fra dag til dag (A1, A2, A3, A4, A5, B1, B2, B3, B4 og B5). Vaktbyttene skjer hver morgen på alle ambulansestasjonene og det gis en statusrapport fra det avtroppende vaktlaget til det laget som skal starte på vakt. I statusrapporten som gis så beskrives det blant annet hvilke oppdrag som er løst og eventuelle utfordringer som laget har stått overfor og hvordan de løste disse. I tillegg blir det også avtalt videre hvilke arbeidsoppgaver det påtroppende vaktlaget skal løse, slik som å følge opp serviceavtaler og vedlikehold på kjøretøy

og utstyr. Dette er i tråd med en del av det sentrale ved *operasjonssensitivitet* da vaktbyttemøtet bidrar til å oppdatere situasjonsforståelsen fra avtroppende til påtroppende vaktlag, i tillegg til at det avtroppende vaktlaget får vite hvilke oppgaver og gjøremål som utføres av de som går på vakt. Det nevnes også av ambulansesarbeiderne (B1, B2, B3, B4 og B5) at de opplever vaktbyttemøtene som viktig for å kunne dele av sine erfaringer og holde seg oppdaterte mellom vaktene som de går, og er således også med på å underbygge funnet om hvordan møtet bidrar til *operasjonssensitivitet* i ambulanseavdelingen. Et annet viktig aspekt i dette prinsippet er at ansatte i lederposisjoner skal opprettholde en jevn forbindelse med de som jobber i fremste linje, i den hensikt å jobbe for en oppdatert situasjonsforståelse i organisasjonen (Weick & Sutcliffe, 2007). Ved at seksjonsledere også deltar på vaktbyttemøter på de forskjellige stasjonene, holder de seg oppdatert på hva som skjer i deres ansvarsområde i løpet av arbeidsuken (A1, A2, A3 og A5). Vaktbyttemøtet kan derfor representere en del av *kommunikasjonen* i risikostyringsprosessen til ambulanseavdelingen som kan være med på å underbygge prinsippet om *operasjonssensitivitet*.

5.2.4 Forpliktelse til resiliens

En risikohåndteringsstrategi som ambulanseavdelingen har valgt er omfattende bruk av øving, utdanning og vedlikehold av kompetansen blant ambulansesarbeiderne. Det er både etablerte bestemmelser om at de er pliktig i sitt arbeidsforhold å vedlikeholde sine kunnskaper og ferdigheter i den daglige tjenesten, samt at de skal avlegge teoretiske og praktiske prøver hvert år for å vise at de opprettholder det kompetansenivået de skal ha. I tillegg er fagdage og oppfriskningskurs på utrykningskjøring en del av denne risikohåndteringsstrategien da dette også skal legge til rette for å vedlikeholde og utvikle kompetansen til ambulansesarbeiderne i organisasjonen. Dette kan ses i sammenheng med sentrale deler av prinsippet om å utvise *forpliktelse til resiliens*, herunder at øving og trening i organisasjonen kan føre til at de ansatte utvikler sin kompetanse og lærer av sine feil og i tillegg skaper bedre evner til å improvisere og håndtere ukjente problemstillinger (Weick & Sutcliffe, 2007). I tillegg er det viktig å poengtere at ambulanseavdelingen virker til å ønske å kvalitetssikre arbeidet de gjør med å vedlikeholde kompetansen til ambulansesarbeiderne. Fagutviklerne fungerer som en del av *overvåkingen* i risikostyringsprosessen til ambulanseavdelingen da de har en dedikert rolle med oppfølging av utdanning og øving i organisasjonen. Dette kan tyde på at ambulanseavdelingen innehar en stor vilje til å utvikle kompetansen blant de ansatte (Weick & Sutcliffe, 2007).

Samtidig må det trekkes frem at det er etablert en del prosedyrer og regler som på lik linje med kompetanseutviklingen også er en del av risikohåndteringsstrategien til organisasjonen, som igjen kan tenkes å være begrensende for deres muligheter å improvisere. Men intervjudataene viser til at det er gode muligheter for å improvisere under oppdragsløsning (A1, A2, A3, A4, A5, B1, B2, B3, B4 og B5). En ambulansarbeider uttaler at:

«Det gjør vi hele tiden. Muligheten for det er veldig god. Det er det nødt til å være fordi hvert oppdrag er unikt på en måte, det er nye ting og nye utfordringer, ting som ikke passer helt inn i prosedyrene vi har». (B4)

Også en seksjonsleder uttaler angående improvisasjon under oppdragsløsning at:

«Det må det være rom til. Fordi du kan ikke beskrive hvert enkelt tilfelle i prosedyrer, det lar seg ikke gjøre» (A4)

Ved å se disse uttalelsene i sammenheng kan man anta at det er en godt etablert aksept for at ambulansarbeiderne kan improvisere, da dette kommer frem under både intervju med ambulansarbeidere og seksjonsledere. Dette sett opp mot at ambulanseavdelingen håndterer risiko gjennom å vedlikeholde og videreutvikle kompetansen til de ansatte, kan vise til at de som organisasjon har et fokus på øving og trening, samt at det er rom for improvisasjon, i den hensikt å håndtere hendelser utover det man har planlagt for (Weick & Sutcliffe, 2007). På en annen side innebærer prinsippet om *forpliktelse til resiliens* at organisasjonen evner å bruke av sine ulike fagområder for å utvikle nye metoder for å håndtere nye problemstillinger (Weick & Sutcliffe, 2007). Det er ingen funn som kan understøtte om organisasjonen bedriver et slikt arbeid. Likevel har organisasjonen vist stor evne under denne studien til å nettopp håndtere nye problemstillinger i forbindelse med pandemien *Covid19*, da de som nevnt har vist vilje og gjennomføringsevne i å oppdatere sin arbeidsmetodikk som diskutert i prinsippet om *fokus på svikt og feilhandlinger*.

5.2.5 Respekt for kompetanse

Fagekspertise skal ifølge Weick og Sutcliffe (2007) overgå hierarkisk rang da den best kvalifiserte skal som regel bli satt til å løse den aktuelle utfordringen. Dette blir eksemplifisert med uttalelsen under, ved at ambulanseavdelingen benytter seg av de ansatte med den mest operasjonelle erfaringen til å hovedsakelig stå for arbeidet med å *identifisere* og *analysere* risiko:

«Dette er folk som jobber i tjenesten til daglig, og kjenner til problematikken, slik at man får en rett vinkling på analysen da. Hvor stor risiko det er og hva slags tiltak vi kan gjøre. Vi må ta dem med for å kunne få et helhetlig bilde, jeg som sitter inne på kontor, jeg kjenner jo kanskje ikke til det så nøye, så det er viktig at det er de ansatte som får delta i det risikoanalysearbeidet» (A4).

Ambulansearbeiderne representerer dermed fagekspertisen som skal stå for mesteparten av vurderingene, fremfor de med høyest rang (Weick & Sutcliffe, 2007). Ambulanseavdelingen utfører en del av *risikovurderingen* i tråd med anbefalinger fra litteraturen om risikostyring, og det er selve gjennomføringen av *risikoidentifiseringen* og *risikoanalysen* som her kan diskuteres til å underbygge prinsippet om *respekt for kompetanse*. Både uttalelser fra informantene (A1, A2, A3, A4, A5 og B4) og funn fra dokumentanalysen (Dok1) peker på at det er hovedsakelig ambulansearbeiderne som står for vurderingene knyttet til både de formelle og uformelle risikovurderingene som gjøres i ambulanseavdelingen.

Videre så har studien avdekket at ambulansearbeiderne bruker samband over nødnett som en viktig del av deres *kommunikasjon om risiko* (A1, A2, A3, A4, A5, B1, B2, B3, B4 og B5). Gjennom denne kommunikasjonsmetoden kan de innhente støtte fra legevakt og AMK-sentralen under oppdragsløsning, som igjen kan se ut til å representere en fagekspertise som er lett tilgjengelig innad i organisasjonen når behovet oppstår (Weick & Sutcliffe, 2007).

Samtidig skal det nevnes at prinsippet også vektlegger at personer lenger opp i hierarkiet skal foreta avgjørelser som de igjen er best kvalifisert for (Weick & Sutcliffe, 2007). Her er det ingen funn som kan beskrive hvordan dette gjennomføres i ambulanseavdelingen.

5.2.6 Oppsummering av forskningsspørsmål 2

For å oppsummere dette kapitlet kan man se hvilke steg i risikostyringsprosessen som er med på å underbygge de forskjellige prinsippene for organisatorisk resiliens. Angående *fokus på svikt og feilhandlinger*, er det stegene *rapportering* og *kommunikasjon* fra risikostyringsprosessen som underbygger dette prinsippet gjennom ambulanseavdelingens rapporteringssystem og kommunikasjon som foregår gjennom en app. Under *motvilje mot forenkling* viser det seg at det gjennom fagutviklere foregår en viktig form for *overvåking* som del av risikostyringsprosessen, i tillegg til at en mindre del av *risikohåndteringen* i ambulanseavdelingen også er med på å underbygge dette prinsippet. For *operasjonssensitivitet* er *kommunikasjon* gjennom vaktbyttmøter en meget viktig faktor for å underbygge dette

prinsippet. Videre er det innenfor *forpliktelse til resiliens*, stegene *risikohåndtering* og *overvåking* med kompetanseutvikling og fagutviklere som underbygger prinsippet. Her er det viktig å trekke frem at det er stor vilje i ambulanseavdelingen for å utvikle kompetansen blant de operative ansatte. Dette er et viktig punkt innenfor prinsippet om *forpliktelse til resiliens*. Til slutt er det gjennom *risikoidentifisering*, *risikoanalyse* og *kommunikasjon* at ambulanseavdelingen evner å utvise *respekt for kompetanse* ved å benytte seg av ansatte med mest operasjonell erfaring til å stå for en stor del av identifisering og analyse av risiko, samt at de bruker nødnettets som samband for å gjøre fagekspertise lett tilgjengelig i organisasjonen.

For å lettere kunne danne seg en oversikt over hvilke av de forskjellige stegene i risikostyringsprosessen som underbygger de forskjellige prinsippene for organisatorisk resiliens, er sammenhengene illustrert på en enkel måte i tabellen på neste side. I tabellen er prinsippene for organisatorisk resiliens presentert på horisontal akse, mens stegene i risikostyringsprosessen er presentert på vertikal akse.

		Organisatorisk Resiliens			
Risikostyringsprosessen	Fokus på svikt og feil	Motvilje mot forenkling	Operasjons-sensitivitet	Forpliktelse til resiliens	Respekt for kompetanse
Risikovurdering					X
Risikohåndtering		X		X	
Kommunikasjon	X		X		X
Overvåking		X		X	
Rapportering	X				

Som det fremkommer fra tabellen er det flere av stegene i risikostyringsprosessen som går igjen ved flere av prinsippene for organisatorisk resiliens. Det er interessant å se at *kommunikasjon* er en aktivitet som går igjen i hele tre av fem prinsipper, samt at *overvåking* og *risikohåndtering* også er sentral i to av fem prinsipper. Samtidig er *risikovurdering* og *rapportering* hver for seg bare å finne i ett prinsipp. Dette kan tyde på at noen aktiviteter i risikostyringsprosessen er mer betydningsfulle enn andre, sett opp mot organisatorisk resiliens. Dette er samtidig bare en enkelt case-studie og resultatene kan ikke generaliseres, men det er likevel interessant å se hvor sentral rolle *kommunikasjon* og *overvåking* spiller, i tillegg til *risikohåndteringen*.

6 Konklusjon

Denne studien har hatt som mål å besvare problemstillingen «*Hvordan kan risikostyring påvirke organisatorisk resiliens i ambulanseavdelingen ved UNN Helseforetak?*». De to forskningsspørsmålene «*Hvilke risikostyringsprosesser gjennomføres i organisasjonen?*» og «*Hvordan kan de ulike aktivitetene i risikostyringsprosessen underbygge de forskjellige prinsippene for organisatorisk resiliens?*» ble etablert for å lede forskningen nærmere en konklusjon.

Ambulanseavdelingen ved UNN HF gjennomfører store deler av risikostyringsprosessen gjennom en systematisk tilnærming og i stor grad med det som er i tråd med litteraturen, med kun mindre mangler for det som angår *forarbeidet* i risikostyringsprosessen og bekjentgjøring av resultater av *risikoanalyser* internt i organisasjonen. Ut av de sentrale risikostyringsaktivitetene som gjennomføres, er det særlig *risikohåndtering*, *overvåking*, *kommunikasjon* og *rapportering* som ambulanseavdelingen gjennomfører på en systematisk måte som danner grunnlaget for å håndtere risiko for organisasjonen. De manglene som

Ut av de ulike aktivitetene fra risikostyringsprosessen som ambulanseavdelingen gjennomfører, så viser studien at det er aktiviteter innenfor både *risikovurdering*, *risikohåndtering*, *kommunikasjon*, *overvåking* og *rapportering* som kan underbygge prinsippene til Weick og Sutcliffe (2007) for organisatorisk resiliens. Det er særlig aktivitetene *kommunikasjon*, *overvåking* og *risikohåndtering* som kan være med på å underbygge flere sentrale prinsipper for organisatorisk resiliens. *Kommunikasjon* er den aktiviteten som alene dekker hele tre prinsipper for resiliens, samt at *overvåking* og *risikohåndtering* underbygger hver for seg to prinsipper for organisatorisk resiliens. I tillegg viser studien at *rapportering* og *risikovurdering* underbygger ett prinsipp hver for seg. Det konkluderes derfor med at alle stegene i risikostyringsprosessen kan være med på å underbygge organisatorisk resiliens men også at noen deler av risikostyringsprosessen kan påvirke organisatorisk resiliens i større grad enn andre. Studiens funn er videre i tråd med annen forskning som beskriver at organisatorisk resiliens bygges på god risikovurdering og -håndtering, samt overvåking og kommunikasjon om risiko (Gibson & Tarrant, 2010) og studien viser hvordan ulike praksiser kan underbygge organisatorisk resiliens (Duchek, 2019).

6.1 Videre forskning

Denne studien har omhandlet en enkelt case og det vil derfor være behov for ytterligere studier på lignende caser. Her kan det tenkes at lignende studier av andre helseforetak i landet kan gi dypere innsikt og fylle flere forskningshull innenfor samme tema. Særlig ettersom pandemien Covid-19 har utfoldet seg og påvirket verdenssamfunnet, vil det i lys av denne være formålstjenlig å studere andre helseforetak i landet og undersøke hvordan deres risikostyring kan påvirke organisatorisk resiliens. En pandemi av dette omfanget kan tenkes å være en stresstest for organisasjoners risikostyring og evne til å utvise organisatorisk resiliens, og det kan derfor være nyttig å gjennomføre ytterligere forskning på dette området. Også studier av en kvantitativ art ville kunne føre forskningen videre gjennom å sammenligne ulike faktorer innenfor risikostyringen opp mot organisatorisk resiliens.

7 Referanseliste

- Aleksić, A., Stefanović, M., Arsovski, S. & Tadić, D. (2013). An assessment of organizational resilience potential in SMEs of the process industry, a fuzzy approach. *Journal of Loss Prevention in the Process Industries*, 26(6), 1238-1245. <https://doi.org/10.1016/j.jlp.2013.06.004>
- Arbeidstilsynet. (2018). Tilsyn med ambulansetjenesten. Hentet 20.01.2020 fra <https://www.arbeidstilsynet.no/nyheter/tilsyn-med-ambulansetjenesten/>
- Arbeidstilsynet. (2020). Helse og sosial. Hentet 20.01.2020 fra <https://www.arbeidstilsynet.no/om-oss/prioriterte-aktiviteter/aktiviteter-2020/helse-og-sosial/>
- Aven, T. (2015). *Risk analysis* (2nd ed. utg.).
- Aven, T. (2017). How some types of risk assessments can support resilience analysis and management. *Reliability Engineering and System Safety*, 167, 536-543. 10.1016/j.ress.2017.07.005
- Aven, T. (2018). An emerging new risk analysis science: Foundations and implications. *Risk Analysis*, 38(5), 876-888.
- Aven, T. (2019). The Call for a Shift from Risk to Resilience: What Does it Mean? *Risk Analysis*, 39(6), 1196-1203. 10.1111/risa.13247
- Aven, T., Røed, W. & Wiencke, H. S. (2010). *Risikoanalyse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bara, C. & Brönnimann, G. (2011). Risk Analysis: Resilience–Trends in Policy and Research. *Focal report/Crisis and Risk Network (CRN)*, 6. Hentet fra <https://www.research-collection.ethz.ch/bitstream/handle/20.500.11850/50442/eth-5833-01.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Berkes, F. & Ross, H. (2013). Community Resilience: Toward an Integrated Approach. *Society & Natural Resources*, 26(1), 5-20. 10.1080/08941920.2012.736605
- Boin, A., Comfort, L. & Demchak, c. (2010). *Designing Resilience: an overview of questions and concepts*.
- Boin, A. & van Eeten, M. J. G. (2013). The Resilient Organization. *Public Management Review*, 15(3), 429-445. 10.1080/14719037.2013.769856
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2012). *Kvalitative metoder* (Empiri og teoriutvikling). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christmann, G. B. (2009). Expert interviews on the telephone: A difficult undertaking. I *Interviewing experts* (s. 157-183): Springer.
- Denyer, D. (2017). Organizational Resilience: A summary of academic evidence, business insights and new thinking. *BSI and Cranfield School of Management, Cranfield*.
- DSB. (2016). *Samfunnets kritiske funksjoner - Hvilken funksjonsevne må samfunnet opprettholde til enhver tid?* : Direktoratet for samfunnssikkerhet. . Hentet fra <https://www.dsb.no/lover/risiko-sarbarhet-og-beredskap/artikler/samfunnets-kritiske-funksjoner/>
- Duchek, S. (2019). Organizational resilience: a capability-based conceptualization. *Business Research*. 10.1007/s40685-019-0085-7
- Duit, A. (2016). RESILIENCE THINKING: LESSONS FOR PUBLIC ADMINISTRATION. *Public Administration*, 94(2), 364-380. 10.1111/padm.12182
- EU. (2017). *A Strategic Approach to Resilience in the EU's external action*. European Union. Hentet fra https://eeas.europa.eu/sites/eeas/files/join_2017_21_f1_communication_from_commission_to_inst_en_v7_p1_916039.pdf
- Falk, D. A., Watts, A. C. & Thode, A. E. (2019). Scaling Ecological Resilience. *Frontiers in Ecology and Evolution*, 7(275). 10.3389/fevo.2019.00275

- Fletcher, D. & Sarkar, M. (2013). Psychological Resilience. *European Psychologist*, 18(1), 12-23. 10.1027/1016-9040/a000124
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative inquiry*, 12(2), 219-245.
- Gibson, C. A. & Tarrant, M. (2010). A 'conceptual models' approach to organisational resilience. *The Australian Journal of Emergency Management*, 25, 6.
- Harvey, E. J., Waterson, P. & Dainty, A. R. J. (2019). Applying HRO and resilience engineering to construction: Barriers and opportunities. *Safety Science*, 117, 523-533. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2016.08.019>
- Hollnagel, E., Woods, D. D. & Leveson, N. (2006). *Resilience engineering: Concepts and precepts*: Ashgate Publishing, Ltd.
- Hosseini, S., Barker, K. & Ramirez-Marquez, J. E. (2016). A review of definitions and measures of system resilience. *Reliability Engineering & System Safety*, 145, 47-61. <https://doi.org/10.1016/j.res.2015.08.006>
- Internkontrollforskriften. (1997). *Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1996-12-06-1127?q=internkontrollforskriften>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Kantur, D. & İşeri-Say, A. (2012). Organizational resilience: A conceptual integrative framework. *Journal of Management & Organization*, 18(6), 762-773. 10.1017/S1833367200000420
- King, D. D., Newman, A. & Luthans, F. (2016). Not if, but when we need resilience in the workplace. *Journal of Organizational Behavior*, 37(5), 782-786. 10.1002/job.2063
- Kjellen, U. & Albrechtsen, E. (2017). *Prevention of Accidents and Unwanted Occurrences* (2 utg. Theory, Methods, and Tools in Safety Management, Second Edition).
- Krumsvik, R. J. (2014). *Forskingsdesign og kvalitativ metode : ei innføring*. Bergen: Fagbokforl.
- Labaka, L., Hernantes, J. & Sarriegi, J. M. (2016). A holistic framework for building critical infrastructure resilience. *Technological Forecasting and Social Change*, 103, 21-33. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2015.11.005>
- Linkov, I., Bridges, T., Creutzig, F., Decker, J., Fox-Lent, C., Kröger, W., . . . Thiel-Clemen, T. (2014). Changing the resilience paradigm. *Nature Climate Change*, 4(6), 407-409. 10.1038/nclimate2227
- NAS. (2012). *Disaster Resilience: A National Imperative.*: The National Academies Press 2012. Hentet fra https://www.nap.edu/resource/13457/13457_summary.pdf
- Nasjonal Sikkerhetsmyndighet. (2019). *Veileder i sikkerhetsstyring*. Hentet fra <https://www.nsm.stat.no/globalassets/dokumenter/veiledninger/2019/veileder-i-sikkerhetsstyring.pdf>
- NOU 2000:24. (2000). *Et sårbart samfunn - utfordringer for sikkerhets- og beredskapsarbeidet i samfunnet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/1c557161b3884335b4f9b89bbd32b27e/nou/pdfa/nou200020000024000dddpdfa.pdf>
- NS-ISO 31000. (2018). *Risikostyring - Retningslinjer*: Norsk standard (Standard Norge).
- Oltmann, S. (2016). *Qualitative interviews: A methodological discussion of the interviewer and respondent contexts*. Foredrag holdt ved Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research.
- Ormston, R., Spencer, L., Barnard, M. & Snape, D. (2014). The foundations of qualitative research. *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*, 2, 52-55.

- Pettersen, K. A. & Schulman, P. R. (2019). Drift, adaptation, resilience and reliability: Toward an empirical clarification. *Safety Science*, 117, 460-468. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2016.03.004>
- Prior, T. (2015). Measuring critical infrastructure resilience: possible indicators. *Risk and resilience report*, 9. Hentet fra <https://css.ethz.ch/content/dam/ethz/special-interest/gess/cis/center-for-securities-studies/pdfs/SKI-Focus-Report-10.pdf>
- Pursiainen, C. (2018). *The crisis management cycle*.
- Renn, O. (2017). *Risk governance: coping with uncertainty in a complex world*: Routledge.
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskaplig forskning og kvantitativ metode*: Fagbokforl.
- Roberts, K. H. & Rousseau, D. M. (1989). Research in nearly failure-free, high-reliability organizations: having the bubble. *Engineering Management, IEEE Transactions on*, 36(2), 132-139. 10.1109/17.18830
- Rose, A. & Krausmann, E. (2013). An economic framework for the development of a resilience index for business recovery. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 5, 73-83. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2013.08.003>
- Shenton, A. K. & Hayter, S. (2004). Strategies for gaining access to organisations and informants in qualitative studies. *Education for Information*, 22(3-4), 223-231.
- Silverman, D. (2005). *Doing qualitative research : a practical handbook* (2nd ed. utg.). London: Sage.
- Statistisk sentralbyrå. (2019, 20.09.2019). Pensjoner dominerer - samferdsel vokser mest. Hentet 20.01.2020 fra <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/pensjoner-dominerer-samferdsel-vokser-mest>
- Statistisk sentralbyrå. (2020, 1.3.2019). Helse- og sosialpersonell. Hentet 20.01.2020 fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesospers>
- Stavland, B. & Bruvoll, J. A. (2019). *Resiliens - hva er det og hvordan kan det integreres i risikostyring?* : Forsvarets forskningsinstitutt (FFI) FFI-Rapport 19/00363.
- Steen, R. & Aven, T. (2011). A risk perspective suitable for resilience engineering. *Safety Science*, 49(2), 292-297. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2010.09.003>
- Thagaard, T. (2015). *Systematikk og innlevelse - En innføring i kvalitativ metode* (bd. 4. utgave): Fagbokforlaget.
- UNDRR. (2020). Understanding risk. Hentet 20.01.20 fra <https://www.undrr.org/building-risk-knowledge/understanding-risk>
- UNN. (2017). Om oss - Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Hentet fra <https://unn.no/om-oss#befolkningstall>
- UNN. (2019). *Rapport Risiko og sårbarhetsanalyse Trusler og vold Ambulansetjenesten UNN HF*.
- UNN. (2020a). Akuttmedisinsk klinikk. Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Hentet fra <https://unn.no/avdelinger/akuttmedisinsk-klinikk>
- UNN. (2020b). Universitetssykehuset Nord-Norge HF Ambulanseavdelingen. Hentet fra <https://unn.no/avdelinger/akuttmedisinsk-klinikk/ambulanseavdelingen#les-mer-om-ambulanseavdelingen>
- Van Der Vegt, G. S., Essens, P., Wahlström, M. & George, G. (2015). *Managing risk and resilience*: Academy of Management Briarcliff Manor, NY.
- Vogus, T. J. & Sutcliffe, K. M. (2007). *Organizational resilience: towards a theory and research agenda*. Foredrag holdt ved 2007 IEEE International Conference on Systems, Man and Cybernetics.
- Weick, K. E. & Sutcliffe, K. M. (2007). *Managing the unexpected : resilient performance in an age of uncertainty* (2nd ed. utg.). San Francisco, Calif: Jossey-Bass.

- Weiss, R. S. (1995). *Learning from strangers: The art and method of qualitative interview studies*: Simon and Schuster.
- Williams, T. A., Gruber, D. A., Sutcliffe, K. M., Shepherd, D. A. & Zhao, E. Y. (2017). Organizational Response to Adversity: Fusing Crisis Management and Resilience Research Streams. *Academy of Management Annals*, 11(2), 733-769. 10.5465/annals.2015.0134
- Woltjer, R. (2015). *DARWIN—D1. 1 Consolidation of resilience concepts and practices for crisis management*. Hentet fra https://h2020darwin.eu/wp-content/uploads/2017/10/DARWIN_D1.1_Consolidate_resilience_concepts_and_practices_for_crisis_management.pdf
- Woods, D. D. (2015). Four concepts for resilience and the implications for the future of resilience engineering. *Reliability Engineering & System Safety*, 141, 5-9. <https://doi.org/10.1016/j.ress.2015.03.018>
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods*. Sage publications. *Thousand oaks*.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications : design and methods* (6. utgave. utg.). Los Angeles: SAGE.

8 Vedlegg A: Intervjuguide

Intervjuguide

Introduksjon

- Hvilken stilling har du, og hva går den ut på?
- Kan du fortelle kort om din faglige bakgrunn med tanke på relevant erfaring og utdanning?

Risikostyring

1. Vet du hvilke målsetninger dere har for risikostyringsarbeidet i ambulanseavdelingen?

Risikoidentifisering

1. Hvordan identifiserer dere risikoer/farene i tjenesten?
 - a. Blir du oppmuntret til å melde fra om nye feil og risiko, eller gjør du det på eget initiativ?
 - b. Hvis du melder fra om nye risikoer, hvordan blir dette mottatt blant andre i avdelingen?
2. Har du vært involvert i noen prosesser med å identifisere risiko?

Risikoanalyse

1. Når dere har identifisert risiko, hvordan vurderer og kartlegger dere den i detalj?
2. Hvordan er muligheten for at du og evt. de du er leder for, kan bidra med erfaring og kompetanse inn i disse vurderingene?
 - a. Har dere gode kunnskaper om årsaker, sannsynligheter og konsekvenser tilknyttet de risikoene dere har identifisert?
3. Er risikoanalysene tilhørende organisasjonen tilgjengelig for deg?
4. Hvor mye risiko er dere villig til å ta for å løse deres oppdrag? Hvilke risikokriterier er satt?

Risikohåndtering

1. Hvilke tiltak har dere for å redusere risikoforholdene?
 - a. Hvilke muligheter har du for å påvirke valg av risikohåndteringen?
 - b. Har dere iverksatt noen rutiner for å vedlikeholde eller utvikle egne ferdigheter?
2. Hvor ofte revurderer du eller dere oppdraget under gjennomføringen?
3. Føler du at du har påvirkningskraft overfor arbeidsgiver i saker som angår forbedring av deres sikkerhet på jobb?

Registrering, overvåking og kommunikasjon

1. Hvilke muligheter har du for å rapportere om hendelser, nye risikoer eller fremme forbedringsforslag for tjenesten i avdelingen?
 - a. Er det noen uformelle måter dere kan melde fra om deres synspunkter på?
2. Vet du hvordan informasjon om utfordringer i fremste linje innhentes fra de lenger opp i hierarkiet?
3. Hvor godt kjenner du til andre ansatte sine arbeidsoppgaver?
4. Kjenner du til hvilke rutiner og metoder som er etablert for å legge til rette for kommunikasjon i organisasjonen?
5. Har du opplevd at prosedyrer eller utstyret deres på et tidspunkt ikke har vært tilstrekkelig for oppdragsløsningen?

Resiliens – utfyllende

1. Hva gjør dere for å være forberedt på neste oppdrag?
2. Hvordan håndterer dere nesten-ulykker og hendelser?
3. Hvem har beslutningsmyndighet under oppdragsløsning?
4. Hvilke muligheter er det for å improvisere og å «tenke utenfor boksen»?
5. Hvilke muligheter har du for å kunne utvikle din kompetanse

